

link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/2 2018



sommario

rivista scientifica di psicologia

link

VOLUME 1/2 2018

Edit

- 5 Editoriale
VITO TUMMINO

Focus

- 10 Giustizia riparativa: gestire i conflitti, riparare l'offesa
GRAZIA MANNOZZI
19 Perché vogliamo vendicarci? Un approfondimento sul comportamento vendicativo
ALESSIO ANGELO GRILLO

Una storia

- 27 Psicologia e psicoterapia in Germania dal 1918 al 1945
GIOVANNI CAVADI

Strumenti

- 53 Rischio psico-sociale e stress lavoro-correlato
FRANCESCO LUCA, ALESSANDRA PAPALIA, MARIO SELLINI
58 Psicopatia e antisocialità: il dilemma di una classificazione.
Criteri nosografici e psicodiagnostici
GIAN-PAOLO MAZZONI

Esperienze

- 69 Comorbidità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi
dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica
UMBERTO NIZZOLI

Ricerche

- 80 Desiderio di un figlio e Mappa Esistenziale: tipologia delle coppie
che afferiscono ad un percorso di PMA
MARISA D'ARRIGO, OLIMPIA MIRAGLIA, NICOLA IANNANTUONI, CATERINA CAPUOZZO
93 Studio sulle culture professionali degli operatori della salute mentale in Italia
Sviluppo e validazione del *Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory*
AMBRA BERETTI

Una storia clinica

- 99 Un progetto sperimentale: percorso psicomotorio di gruppo integrato
all'intervento psicologico sulle emozioni
ISABELLA CARDANI, CYNTHIA LA MANNA, FEDERICA DELSANTE, MARIA GIULIA NOSEDA

Sperimentazioni

- 107 La 3D Therapy® applicata nella psicoterapia con i bambini
MARIANNINA AMATO

Società

- 114 Per una cura senza frontiere. Le nuove sfide legate al fenomeno migratorio
VITTORIA SPELTONI

Riflessioni

- 122 Neuroscienze e Teoria della mente applicate all'arte
LIDIA SCAGLIONE

Emozioni

- 128 Figli del tempo
MARICETA GANDOLFO

Recensioni

- 129 a cura di
GIOVANNI CAVADI

Link Art

- 137 Hiroshige: visioni dal Giappone
ROSA DE ROSA

link

VOLUME 1/2 2018



Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP),
Giovanni Cavadi (Docente Università degli Studi di Brescia)

Luca Milani, Eleonora Riva, Sara Scacchetti,
Erica Segat

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Rita Ardito, Presidente SITCC (Società Italiana Terapia Comportamentale e Cognitiva), Bernardo Carducci (Department of Psychology – Indiana University Southeast, USA), Anita Caruso (Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia – Direttivo SIPO, Società di Psiconcologia), David Lazzari (Direttivo SIPNEI – Società Italiana di Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), Antonio Loiacono (Presidente SIPS – Società Italiana di Psicologia), Francesco Macri (Segretario nazionale della FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche), Lorraine Mangione (Department of Psychology Antioch University, New England, USA), Oliviero Rossi (Presidente FEIG – Federazione Italiana Gestalt), Mario Sellini (Presidente Società scientifica Form AUPI)

Redazione Como
Studio di Psicologia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazioneLink2@gmail.com

Redazione Roma
Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Art director
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Stampa
Poligraf Srl Pomezia
tel. 06.9106822

ISSN 2611-6758
Link

Link Volume 1/2 2018 – Poste Italiane
SpA – Spedizione in abbonamento postale –
70% - C/RM/DCB



Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

VOLUME 1/2 2018

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it).

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

CODICE ETICO

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Sperimentazioni, Riflessioni, Emozioni, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).
Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

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

La nascita della scienza psicologica alla fine dell'Ottocento e l'affermarsi di un metodo psicoterapeutico, quale la psicanalisi, hanno evidenziato la sostanziale uguaglianza tra gli individui, non nell'accezione delle culture sociologiche, antropologiche e religiose ma nell'essenza dell'essere. Freud ci invita a riflettere sui valori e sui bisogni individuali emersi durante l'indagine psicologica con la scoperta dell'inconscio: una scatola nera che influenza comportamenti fino a quel momento inintelligibili e che invece rappresentano dei "determinanti" della natura umana che accomunano culture, generi e religioni differenti. Di contro abbiamo una sorta di anti-scienza che inventa artifici innaturali e onnipotenti, ad esempio la razza, e che agisce nella sostanziale negazione della realtà del limite e della morte attraverso il ricorso a miti superstiziosi e arcaici, come la discendenza divina dell'uomo ariano. Attraverso la mai dismessa pretesa superiorità tra i sessi, tra le etnie, tra le religioni, constatiamo a distanza di decenni quanto la cultura dell'accettazione e della tolleranza, capisaldi delle conquiste civili fin qui acquisite, si trovi ancora a combattere comportamenti che ricercano ossessivamente il Male, rappresentato dall'altro da sé. La comunità scientifica oggi più che mai ha bisogno di dialogare e riflettere al suo interno sui rischi che questi comportamenti individuali e collettivi possono produrre nelle relazioni sociali.

Una questione che riguarda da vicino la comunità degli psicologi è l'utilizzo di Internet. Google e Facebook, insieme a Instagram, WhatsApp, Twitter e gli altri social, costituiscono di fatto un impero che cerca di modificare i comportamenti individuali e collettivi. Abbiamo esperienza di come i social media riescano a sollecitare reazioni aggressive o adesioni passive tese a modificare il rapporto con la realtà, ad annullare la capacità di empatia, producendo di fatto lontananza dagli altri. Riflettiamo su ciò che Jaron Lanier, un pioniere dell'informatica, ha recentemente affermato che Internet – così come è ora – potrebbe alterare sensibilmente il nostro mondo poiché nei paesi sviluppati il suo arrivo ha corrisposto a bizzarre disfunzioni politiche, mentre nel mondo in via di sviluppo le rivalità etniche che stavano calando sono state riaccese nel modo più grottesco. Non doveva essere così. Internet doveva dare alle persone la possibilità di comunicare e arricchire la cultura e la democrazia.

Una notizia a lungo attesa dalla FISP e dalle società scientifiche riguarda l'Istituto Superiore di Sanità, che ha definito gli standard metodologici delle Società Scientifiche per la predisposizione delle linee guida, nonché i criteri di valutazione delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni contenute nelle stesse linee guida. Gli enti pubblici e privati, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco – di cui al decreto del Ministro della Salute del 2 agosto 2017 – che intendono elaborare linee guida, potranno inserire la proposta sulla piattaforma informatica del SNLG, gestita dall'Istituto superiore di sanità. L'auspicio è che quando leggerete questo editoriale il Ministero della Salute abbia provveduto a pubblicare l'elenco delle Società Scientifiche accettate dalla commissione e che hanno presentato le domande un anno fa.

Con questo numero la rivista si propone l'obiettivo di divulgazione scientifica dei propri articoli nei siti che ne prevedono l'*impact-factor* e l'indicizzazione scientifica.

Il tempo è maturo per muoversi in questa direzione, presentando le ricerche della psicologia scientifica italiana in una prospettiva di integrazione con le altre scienze, esplorando prevalentemente temi che riguardano le applicazioni e le eccellenze della psicologia. Le società scientifiche che si sono federate nella FISP saranno impegnate per una maggiore interconnessione e comunicazione fra gli psicologi e la comunità scientifica medica per costruire legami tra ricerca, sperimentazione e clinica.

Aperto questo numero troverete nella sezione *focus* gli articoli di Grazia Mannozi (Giustizia riparativa) e di Alessio Angelo Grillo (un approfondimento sul comportamento vendicativo dal titolo "Perché vogliamo vendicarci?").

Un vero e proprio caposaldo della giustizia riparativa moderna è il riconoscimento dell'altro come persona, quale percorso per realizzare una relazione diversa dalla vendetta che non porta mai al giusto risarcimento: sia esso reale (prigione) o economico, non riuscirà a sanare il danno subito dalla vittima così come a riabilitare il "carnefice". L'idea di sanzione intesa come ritorsione, fondata sulla sofferenza e sul soddisfacimento di bisogni di pena legati a logiche ancestrali di vendetta e di espiatione, lascia sempre un vuoto incolmabile di rabbia e sofferenza nella vittima. Il percorso di mediazione favorisce il dialogo, l'espressione delle emozioni, l'ascolto dell'altro attraverso un linguaggio che prende le distanze da quei tecnicismi del diritto di cui le parti faticano a decifrare il senso. In questo contesto chi se non gli psicologi possono sviluppare competenze professionali più adatte di altre professioni a qualificare la figura del mediatore in questo ambito in quanto capaci di gestire, in una relazione conflittuale, gli aspetti psicologici in esso implicati.

L'articolo di Grillo sulla vendetta e sui meccanismi psicologici mette in luce gli aspetti complessi della dinamica presente nella gestione del conflitto e del danno subito.

Nella sezione *Storia* di questo numero Giovanni Cavadi espone i tragici eventi del secolo scorso in Germania attraverso le biografie degli psicologi implicati o meno nell'affermazione della dittatura nazista. La vicenda della psicologia e della psicoterapia in Germania dal 1918 al 1945 descrive l'intreccio tra accademia e professione in cui la scienza è stata travolta e utilizzata a fini distruttivi e manipolativi. La presunta superiorità psicologica della razza ariana venne sostenuta da eminenti psicologi e psichiatri al servizio di Hitler. Si può citare ad esempio Jaensch – direttore dal 1913 dell'Istituto di Psicologia dell'università di Marburg – che pretese di dimostrare l'antitipo ebraico, appartenente al tipo litico, disintegrato e decadente. Al tempo della collaborazione degli psicanalisti con la psichiatria nazista e della sua insistenza sulle distinzioni fra inconscio ariano e quello ebreo, anche Jung si fece coinvolgere nelle vicende della psicoterapia tedesca ed europea dopo l'avvento di Hitler, giustificando la propria posizione con la preoccupazione per la sorte della psicanalisi.

La sezione *Strumenti* si sofferma su due argomenti: "Rischio Psico-sociale e stress lavoro-correlato" di Francesco Lucà, Alessandra Papalia e Mario Sellini e "La psicopatia e antisocialità: il dilemma di una classificazione" di Gian-Paolo Mazzoni.

Il primo ci mostra l'applicazione del questionario anonimo sulla misurazione dello stress lavoro-correlato della società scientifica Form-Aupi per determinare e analizzare i fattori legati allo stress lavoro-correlato in un gruppo di 176 dirigenti radiologi del SSN. Uno dei dati allarmanti del campione riguarda le scarse o quasi nulle opportunità per il medico di fare carriera, insoddisfacente remunerazione del lavoro e una percezione di insicurezza crescente, dovuta a fenomeni di precarizzazione del posto di lavoro e del reddito.

Il secondo articolo a cura di Gian-Paolo Mazzoni riguarda i dilemmi circa i criteri nosografici e psicodiagnostici della classificazione clinica, come ad esempio nella diagnosi dei disturbi di personalità.

Nella sezione *Esperienze* ospitiamo l'articolo di Umberto Nizzoli "Comorbilità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica". La dipendenza da droghe, comunemente sinonimo di "dipendenza", è una malattia cronica e recidivante caratterizzata dalla ricerca e dall'uso compulsivo di droghe nonostante le conseguenze avverse conosciute e da

cambiamenti negativi funzionali e talvolta duraturi, nel cervello. La dipendenza è un comportamento disadattivo, molto diffuso che richiede una competente gestione clinica medico-psicologica: ci sono domande alle quali rispondere per migliorare la gestione e la prevenzione clinica; poiché la comorbidità interna della dipendenza è così frequente, è importante rilevare quali disturbi sono implicati e con quale intensità è bene che il clinico costruisca un piano clinico-terapeutico a fronte di una moltiplicazione diagnostica tra un quadro e l'altro, dove gli individui sembrano muoversi in modo imprevedibile: che cosa spinge le persone a scegliere, a "preferire", una dipendenza particolare tra le molte possibili?

Link *Ricerche* di questo numero contiene i contributi di Marisa D'Arrigo, Olimpia Miraglia, Nicola Iannantuoni e Caterina Capuozzo su "Desiderio di un figlio e mappa esistenziale: tipologia delle coppie che afferiscono ad un percorso di PMA" e di Ambra Beretti con uno "Studio sulle culture professionali degli operatori della salute mentale in Italia. Sviluppo e validazione del Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory".

Nel primo articolo si affronta la questione del desiderio di avere un figlio che significa per la coppia far riferimento ad una ricerca, ad un accrescimento, ad una possibilità evolutiva della famiglia. Quando è il desiderio ad animare una persona, questa non rinuncia ad una progettualità, sia a livello individuale che di coppia, pur non negando il dolore e la fatica di una riorganizzazione futura. Utilizzando una rielaborazione del questionario SAHARAI, sono state intervistate 150 coppie per indagare gli aspetti psicologici della mancanza di un figlio desiderato: nell'analisi emerge una seria difficoltà sul piano dell'accettazione e dell'adattamento alla realtà con i suoi limiti e della capacità di modulare la propria progettualità ed il livello di soddisfazione, oltreché una riduzione delle capacità immaginative.

L'articolo di Ambra Beretti tocca uno dei temi caldi della psicologia applicata in ambito psichiatrico: quale pratica clinica è possibile nella "recovery" come un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. Nella definizione di William Anthony, direttore del *Boston Center for Psychiatric Rehabilitation* nel 1993, la "recovery" è un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. Implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma anche di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale. Si è scelto di indagare gli stili comportamentali di 213 operatori dei servizi di salute mentale pubblici utilizzando un questionario, il *Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory* (BMHPCI). Un dato interessante è che la "recovery" è più praticata nelle strutture leggere di tipo ambulatoriale e centri psico-sociali, piuttosto che nelle strutture residenziali: un indice di attività riabilitative maggiormente incisive dimostra quanto siano più utili prestazioni di riabilitazione, compresa la psicoterapia, svolte in ambienti di lavoro aperti nei contesti territoriali.

Nella sezione *Una storia clinica* Isabella Cardani, Cynthia La Manna, Federica Delsante e Maria Giulia Nosedà ci propongono "Un progetto sperimentale: percorso psicomotorio di gruppo integrato all'intervento psicologico sulle emozioni". Le autrici descrivono lo spazio settimanale in un servizio di Neuropsichiatria infantile di Como che offre ai piccoli pazienti disabili la possibilità di riconoscere progressivamente le modalità di comunicazione somatiche, agite ed emozionali.

Nella sezione *Sperimentazione* Mariannina Amato ci descrive una storia con La 3D Therapy® applicata nella psicoterapia con i bambini utilizzando la tecnica con la 3D; si tratta di materializzare l'emozione proiettata nell'oggetto tridimensionale. La 3D Therapy si applica nel normale percorso terapeutico-esperienziale del bambino e consiste nel facilitare, nella fase iniziale, l'evocazione dello stato emotivo disturbante, con la distribuzione di stimoli cromatici e verbali (lavagna cromatica e piano luminoso). L'emozione negativa attualizzata è trasposta: prima sotto forma di grafico (direttrice bidimensionale) e successivamente dal grafico in oggetto 3D (direttrice tridimensionale).

La sezione *Società* ospita un intervento dell'antropologa Vittoria Speltoni "Per una cura senza frontiere. Le nuove strade legate al fenomeno migratorio" in cui analizza la complessità dell'integrazione degli immigrati presenti in Italia, l'8% dell'intera popolazione.

Per *Riflessioni* proponiamo l'articolo di Lidia Scaglione "Neuroscienze e Teoria della Mente applicate all'Arte" in cui si documenta come l'arte sia stata utile alla sopravvivenza dell'umanità in epoche primitive, utile poi alla identificazione con modelli migliorativi ed evolutivamente superiori. L'arte arricchisce la nostra esperienza anche in campo psicologico a beneficio della nostra comprensione degli altri e della società, migliorando l'empatia, la domestichezza con il mondo emotivo e la comunicazione interpersonale. A partire dalla Teoria della Mente teorizzata e sperimentata da Chris e Uta Frith, dapprima nella clinica dell'autismo poi in ambito neuroradiologico con PET e risonanza magnetica, l'autrice ci mostra un esempio dell'applicazione di questi concetti nell'opera *Arlecchino* di Antonella Scaglione, analizzando l'impatto che la raffigurazione pittorica ha suscitato nell'autrice dell'articolo.

Nella sezione *Emozioni* presentiamo una riflessione di Mariceta Gandolfo su "Figli del tempo" dedicata appunto al tempo, un concetto filosofico che si è trasformato in un percorso psicologico di percezione soggettiva. L'autrice sostiene che «Il tempo non è una realtà ontologica, ma psicologica, cioè non esiste in sé, esiste solo in noi: il tempo non è una cosa, ma un nostro modo di cogliere le cose, è una "*distensio animae*": ciò che chiamiamo passato è la nostra memoria, ciò che chiamiamo futuro sono le nostre speranze, i nostri progetti e aspettative, ciò che chiamiamo presente è la coscienza di ciò che stiamo percependo, ma diventa subito memoria e dunque passato».

Infine Rosa De Rosa in *Link Art* ci fa conoscere il lavoro di Hiroshige, pittore della prima metà dell'Ottocento, interprete versatile della bellezza del Giappone antico e della grandezza della società del suo tempo: uomo, natura e ambiente non idealizzati ma vivi e veri, e ben interpretati dall'artista che ha percorso lui stesso una parte del viaggio tra Edo (l'attuale Tokio) e Kyoto (capitale culturale, religiosa ed economica del Paese). La simbiosi tra natura e umanità diviene armonica e genera armonia nella mente dell'osservatore.

VITO TUMMINO

link **focus**

Giustizia riparativa

GRAZIA MANNOZZI

Perché vogliamo vendicarci? Un approfondimento sul comportamento vendicativo

ALESSIO ANGELO GRILLO



Giustizia riparativa: gestire i conflitti, riparare l'offesa

Restorative Justice: how to manage conflict, how to redress offence

La giustizia riparativa è una modalità di gestione dei conflitti alternativa a quella penale; essa rinuncia alla ritorsione e alla logica di vendetta per adottare un approccio dialogico volto a favorire la riparazione dell'offesa e la riconciliazione. La diversità dell'assunto di partenza fa sì che la giustizia riparativa richieda un nuovo linguaggio, nuove categorie giuridiche, nuove norme, nuovi esperti (mediatori, facilitatori), nuove modalità di formazione. Dopo aver proposto le più accreditate definizioni internazionali di giustizia riparativa, vengono pertanto analizzate le sfide che la giustizia riparativa pone in campo linguistico, giuridico e culturale.

GRAZIA MANNOZZI *

PAROLE CHIAVE: giustizia riparativa, conflitto, offesa, riparazione, mediazione, autore, vittima

Un'introduzione "empatica" alla giustizia riparativa

«Dopo la violenza e le morti inferte, dopo, per gli autori materiali e per i concorrenti morali nelle organizzazioni eversive è arrivata la giustizia: ci sono stati, salvo qualche importante eccezione, gli arresti, i processi, le condanne, le lunghe – e a tratti lunghissime – detenzioni, espiate in una prima fase nelle carceri speciali e nei tristemente noti "braccetti morti". Eppure quasi nessuno, dal lato delle vittime e dal lato dei responsabili, ha sentito che "giustizia" era stata fatta. È da qui che bisogna iniziare» (G. Bertagna, A. Ceretti, C. Mazzucato, 2015).

La testimonianza è tratta da *Il Libro dell'incontro*, un volume che raccoglie saggi e testimonianze per raccontare un percorso di giustizia riparativa durato circa sette anni, il quale ha consentito alle 'vittime' del terrorismo degli "anni di piombo" e ai 'perpetratori' di incontrarsi faccia a faccia e di affrontare insieme il conflitto che li ha opposti.

I postumi di reati gravi, anzi gravissimi, dall'epilogo talvolta irreparabile, devastanti per chi li ha vissuti in prima persona, sconvolgenti per le vittime indirette, destabilizzanti per la collettività, sono stati narrati, ascoltati e pazientemente gestiti attraverso un percorso di *giustizia riparativa* complesso, difficile, faticoso, a tratti doloroso, che ha visto anche abbandoni del cammino intrapreso.

Si è trattato di lavoro, inedito e non scevro da rischi, di *condivisione delle memorie*, di narrazione di vissuti, di riconoscimento dell'umanità insita in chi si è trovato dalle parti contrapposte di una barricata. Un'opera lenta, difficile ma dai risultati sorprendenti, quasi un miracolo di ricostituzione dei legami sociali: questo è stato il cammino di giustizia riparativa descritto in quel libro.

Forse è davvero da qui che si può iniziare a parlare della "giustizia riparativa", delle sue origini e delle sfide che pone; si può partire dall'insoddisfazione che spesso accompagna il vissuto delle vittime rispetto alla giustizia penale, una giustizia capace di minacciare e irrogare sanzioni che appagano momentaneamente il bisogno di vendetta ma che non restituiscono nulla di veramente fondamentale alle vittime, che possa lenire il loro dolore e aiutarle a voltare pagina, senza oblio ma con una rinnovata capacità di resilienza (Pranis, 2002).

La giustizia riparativa è una giustizia nuova, diversa già a partire dal *nomen* rispetto alla giustizia punitiva che si è sedimentata da secoli nell'immaginario collettivo e che nella più classica delle allegorie assume le forme della figura femminile bendata (Prosperi, 2008), dotata di bilancia e di spada (Mannozi, 2003).

La giustizia riparativa è una giustizia nuova, diversa già a partire dal nomen rispetto alla giustizia punitiva che si è sedimentata da secoli nell'immaginario collettivo e che nella più classica delle allegorie assume le forme della figura femminile bendata, dotata di bilancia e di spada

Cos'è la giustizia riparativa?

Il lessema complesso «giustizia riparativa» (nella lingua inglese *restorative justice*) rimanda a un orizzonte di pensiero che ruota attorno all'esigenza di prendersi cura dei conflitti e delle vittime avendo di mira, prima ancora che la punizione dell'autore del reato, la presa in carico dei bisogni delle vittime.

La giustizia riparativa nasce da una profonda crisi del sistema penale, che fatica a mantenere le promesse di un effettivo contenimento della recidiva e che utilizza sanzioni privative di diritti giustificabili solo in chiave di difesa sociale ma difficili da legittimare sotto il profilo del pieno rispetto dei diritti umani.

Sviluppata a partire dalla fine degli anni Settanta, inizialmente come prassi e successivamente come modello teorico, la giustizia riparativa origina da diversi formanti (Mannozi e Lodigiani, 2017). Tra questi particolare rilievo hanno:

- a. l'antropologia, che ha fatto emergere i modelli di gestione del conflitto non formalizzati, tipici delle c.d. «società semplici», caratterizzate da presa in carico del conflitto, informalità delle procedure, interesse per la riparazione e la ricostituzione dei legami sociali;
- b. la corrente di pensiero abolizionista, la cui parte propositiva reca l'opzione secca per la sostituzione della risposta penale con tecniche di tutela, anche latamente coercitive, affidate alla comunità in cui il conflitto si è manifestato;
- c. la vittimologia, che ha promosso la consapevolezza del ruolo delle vittime nella genesi del crimine, analizzando altresì gli effetti dell'esperienza di vittimizzazione e mettendo in luce bisogni di ascolto, di riconoscimento identitario, di riparazione delle vittime; da questi studi sono emerse le dinamiche di vittimizzazione secondaria, connessa al ruolo delle agenzie del controllo formale e allo svolgimento del processo;
- d. il pensiero teologico: evidente il legame tra le modalità di soluzione dei conflitti riparative e riconciliative e il canone scritturistico ebraico-cristiano. Nella tradizione veterotestamentaria del *riv* (Bovati, 2005) la mediazione trova, infatti, uno dei suoi formanti più antichi.

La sinergia di tali percorsi culturali si è tradotta in una convergenza di sguardi sul conflitto, riletto secondo una prospettiva olistica, inclusiva (Gavrielides, 2018) di dinamiche costruttive e partecipative, e tale da far emergere, nel tempo, presupposti, contenuti, potenzialità e limiti della giustizia riparativa.

La ricchezza della letteratura in materia, nonché la molteplicità delle fonti normative sovranazionali e degli atti di *soft law*, fa sì che la giustizia riparativa sia insusctibile di una definizione assiologica e univoca. La nozione di *restorative justice* è stata elaborata attorno ad alcuni criteri guida e, soprattutto, a partire da prassi ed esperienze concrete di mediazione dei conflitti e di riparazione delle offese, secondo un procedimento di tipo *bottom up*.

Attualmente, le definizioni di giustizia riparativa proposte a livello sovranazionale godono di un ottimo livello di condivisione, che le rende funzionali alla costruzione di un linguaggio e un orizzonte di riferimento tendenzialmente unitario.

Ormai il riferimento fondamentale in materia è la definizione contenuta nei *Basic principles on the use of restorative justice programmes in criminal matters* dalle Nazioni Unite.

«Un percorso di giustizia riparativa è qualsiasi procedimento in cui la vittima e il reo e, laddove appropriato, ogni altro soggetto o comunità lesi da un reato, partecipano attivamente insieme alla risoluzione delle questioni emerse dall'illecito, generalmente con l'aiuto di un facilitatore. I procedimenti di giustizia riparativa possono includere la mediazione, la conciliazione, il dialogo esteso ai gruppi parentali [*conferencing*] e i consigli commisurativi [*sentencing circles*]».

Nella Raccomandazione R (2010)¹ del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulle *Regole del Consiglio d'Europa in materia di probation*, la giustizia riparativa viene definita a partire dai suoi contenuti operativo-funzionali.

«Giustizia riparativa: comprende approcci e programmi basati su diversi postulati:

- a. la risposta portata al reato deve permettere di riparare, per quanto possibile, il danno provocato alla vittima;
- b. occorre portare gli autori di reato a comprendere che gli atti da loro commessi non sono accettabili e che hanno reali conseguenze per la vittima e per la società;

- c. gli autori di reato possono e devono assumersi la responsabilità delle loro azioni;
- d. le vittime devono avere la possibilità di esprimere i loro bisogni e di essere associate alle riflessioni che mirano a determinare come l'autore di reato deve riparare, al meglio, il danno che ha causato;
- e. la comunità è tenuta a contribuire a tale processo».

La Direttiva 2012/29/UE – che istituisce «norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato» e che è un testo fondamentale in punto di riconoscimento del diritto a fruire di programmi di giustizia riparativa – si allinea con le definizioni sopra indicate poiché, all'art. 2.1.d) statuisce che la giustizia riparativa è «qualsiasi procedimento che permette alla vittima e all'autore del reato di partecipare attivamente, se vi acconsentono liberamente, alla risoluzione delle questioni risultanti dal reato con l'aiuto di un terzo imparziale».

Da ultimo va considerato anche il testo della *Draft Recommendation* del Consiglio d'Europa, che, sebbene ancora in fase di elaborazione, aggiunge alla definizione di *restorative justice* un tassello importante: quello della rilevanza della formazione dei mediatori e dei facilitatori, figure essenziali e indispensabili perché si possano fare percorsi di giustizia riparativa. «“Giustizia riparativa” – ivi si legge – indica qualunque procedimento che metta in grado coloro che sono stato offesi da un reato, e coloro che sono responsabili dell'offesa, se vi acconsentono liberamente, di partecipare attivamente alla soluzione delle questioni che scaturiscono dall'illecito, con il supporto di un terzo imparziale e formato (facilitatore). Le pratiche che non includono un dialogo tra vittime e autori di reato possono essere avviate e svolte secondo modalità che aderiscono ai principi base della giustizia riparativa. I principi e i metodi riparativi possono anche essere applicati all'interno del sistema penale ma in un contesto extraprocessuale».

Le definizioni sopra riportate contengono i tratti distintivi della giustizia riparativa e dicono qualcosa sul metodo principalmente utilizzato: la mediazione. Comprendere il significato e i metodi della giustizia riparativa richiede tuttavia – come esplicitato dal “padre” della giustizia riparativa (Zehr, 1990) – anzitutto nuove “lenti”. In particolare:

- a. un nuovo linguaggio;
- b. nuove categorie giuridiche;
- c. nuove norme;
- d. nuovi esperti (mediatori, facilitatori);
- e. nuove modalità di formazione.

Un nuovo linguaggio

Occorre iniziare dal linguaggio. Attorno ai due idealtipi di giustizia – quella penale e quella riparativa – ruotano termini in gran parte diversi, a loro volta specchio delle differenti matrici filosofiche di fondo.

La *figura 1* mostra alcune parole-chiave della giustizia penale, che rimandano a una visione disciplinare e punitiva dei conflitti originati o espressi attraverso un reato. Al centro compare una rappresentazione allegorica classica della giustizia, tratta da uno degli affreschi di Raffaello (databili al 1508) realizzati nella Camera della Segnatura in Vaticano.

I termini nei cerchi azzurri sono quelli che indicano i punti di contatto tra sistema penale e giustizia riparativa.

Nella *figura 2* sono invece indicate le principali parole-chiave della giustizia riparativa. Al centro vi è riprodotta l'opera del pittore finlandese Hugo Simberg “L'angelo ferito” (Helsinki 1903) che potrebbe essere scelta quale allegoria della giustizia riparativa (Mannozi e Lodigiani, 2017). Il lessico della giustizia riparativa è diverso da quello penalistico, risultando orientato alla cura del conflitto, attento alle dinamiche di ascolto, di riconoscimento e di riconciliazione, carico di riferimenti alle emozioni, inclusivo ed evocativo del ruolo che la comunità può avere quale attore o destinatario di politiche e interventi di riparazione.

I termini nei cerchi grigi indicano i punti di contatto tra giustizia riparativa e sistema penale.

Questa diversità di linguaggio si traduce, a valle, in una differenziazione sensibile tra le domande che sorgono rispetto a un conflitto, le quali, a seconda che il punto

La giustizia riparativa è «qualsiasi procedimento che permette alla vittima e all'autore del reato di partecipare attivamente, se vi acconsentono liberamente, alla risoluzione delle questioni risultanti dal reato con l'aiuto di un terzo imparziale»

Figura 1



Figura 2



di vista adottato sia penalistico o di restorative justice, rivelano una diversa gamma di preoccupazioni.

Le domande classiche dell'approccio disciplinare ai conflitti hanno il loro focus sull'autore di reato e tendenzialmente sono:

1. Chi è stato?
2. Perché ha commesso il fatto?
3. Come sanzionare l'autore dell'illecito?

Le domande di tipo *restorative* hanno il loro *focus* principalmente, ma non esclusivamente, sulla vittima e sono:

1. Chi è stato danneggiato o offeso?
2. Quali sono i suoi bisogni?
3. Che tipo di obbligazioni nascono dall'illecito?
4. Perché è accaduto?
5. Chi altri è rimasto coinvolto?
6. Quale percorso di riparazione è appropriato per ripristinare l'ordine delle cose e prevenire illeciti futuri?

Quando si interviene con un percorso di giustizia riparativa (in particolare attraverso una mediazione) è perché le vittime fondamentalmente esprimono una serie di

istanze legate alla loro condizione: il bisogno di essere ascoltate con rispetto e in un luogo diverso dallo spazio ritualizzato e carico di tensione qual è quello di un tribunale; la possibilità di fare domande, molto spesso quelle non ritenute utili o non consentite nel processo; il desiderio di illustrare l'ampiezza del danno subito e della sofferenza patita; e, forse soprattutto, l'esigenza di contestualizzare la violenza, l'umiliazione o l'orrore e di prenderne le distanze in modo da poter iniziare, allontanando da sé ogni istinto di ritorsione, un capitolo nuovo della propria vita (Miller, 2011). Non bisogna dimenticare infatti come il conflitto sia soltanto la punta dell'iceberg di complessi processi cognitivi, affettivi, motivazionali e identitari profondi (Winstok, 2008).

Nuove categorie giuridiche

La Direttiva 2012/29/UE propone, in linea con la migliore letteratura scientifica esistente, una rivisitazione del concetto di reato su base criminologica: «Un reato non è solo un torto alla società ma anche una violazione dei diritti individuali delle vittime» (*Considerando 9*).

Sotteso a tale prospettiva vi è il superamento della concezione del reato come mera «violazione di una norma giuridica» (Barry, 1995) e l'accoglimento, viceversa, di una visione allargata del fatto criminoso che tiene conto delle possibili estrinsecazioni dell'offesa (Zehr, 1990): la radicalizzazione del conflitto autore-vittima che il reato stesso tende inevitabilmente a generare, il disagio, l'umiliazione, il senso di insicurezza in cui vengono gettate le vittime, ma anche l'isolamento o la marginalizzazione che può subire il reo da parte della collettività o anche della stessa comunità di appartenenza oppure, infine, il senso di allarme sociale che la reiterazione di determinate condotte criminose può ingenerare nella comunità. Dal punto di vista della giustizia riparativa, dunque, il reato non si esaurisce in una condotta che provoca una frattura dell'ordine imposto dai codici e che richiede una "giusta" pena, ma diventa espressione di una realtà molto più complessa, che si compone di offese *multiple*, in quanto molteplici sono i soggetti che risentono negativamente del fatto criminoso: *in primis* le vittime *dirette* e *indirette*.

L'adozione di tale prospettiva implica una presa in carico dell'illecito che sia attenta alle persone offese *direttamente* o *indirettamente* da un reato, nel pieno rispetto delle norme sostanziali e processuali e delle garanzie del sistema penale.

Ne deriva, quale corollario, il principio, di importanza fondamentale, di garantire alle vittime di reato un trattamento *individualizzato* e *dignitoso*, dentro e fuori il contesto processuale.

La direttiva del 2012, in particolare, contiene una definizione 'allargata' di vittima, tale da ricomprendere anche i familiari, quali vittime *indirette*:

«Ai fini della presente direttiva si intende per:

a) "vittima":

- i) una persona fisica che ha subito un danno, anche fisico, mentale o emotivo, o perdite economiche che sono stati causati direttamente da un reato;
- ii) un familiare di una persona la cui morte è stata causata direttamente da un reato e che ha subito un danno in conseguenza della morte di tale persona;

b) "familiare": il coniuge, la persona che convive con la vittima in una relazione intima, nello stesso nucleo familiare e in modo stabile e continuo, i parenti in linea diretta, i fratelli e le sorelle, e le persone a carico della vittima».

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (c.d. Convenzione di Istanbul) include tra le vittime anche i minori che abbiano *assistito a forme di violenza*, prevedendo all'art. 26 che: «le Parti adottano le misure legislative e di ogni altro tipo necessarie per garantire che siano debitamente presi in considerazione, nell'ambito dei servizi di protezione e di supporto alle vittime, i diritti e i bisogni dei bambini testimoni di ogni forma di violenza rientrante nel campo di applicazione della presente Convenzione». La Convenzione, oltre a fornire una compiuta definizione dello *status victimae*, indica un sistema di tutele differenziate a seconda del grado di vulnerabilità della vittima, in modo da riconoscere uno statuto di vittima con *specifiche esigenze di protezione*.

Alla luce di quanto ricordato, anche le vittime indirette, dunque, possono a pieno titolo essere destinatarie di percorsi di giustizia riparativa (si pensi al *conference group*, al *restorative dialogue*, ai *victim empathy groups*) o di mediazione (Mannozi e Lodigiani, 2017).

Dal punto di vista della giustizia riparativa il reato non si esaurisce in una condotta che provoca una frattura dell'ordine imposto dai codici e che richiede una "giusta" pena, ma diventa espressione di una realtà molto più complessa, che si compone di offese multiple, in quanto molteplici sono i soggetti che risentono negativamente del fatto criminoso: in primis le vittime dirette e indirette

Caposaldo della giustizia riparativa moderna è il riconoscimento dell'altro come persona: esso può precedere o può porsi come esito di un percorso di giustizia riparativa orientato a gesti di riparazione simbolica prima ancora che materiale, gli unici veramente essenziali nell'ottica di un progressivo superamento dell'idea di sanzione intesa come ritorsione, fondata sulla sofferenza e sul soddisfacimento di bisogni di pena legati a logiche ancestrali di vendetta e di espiazione

Sempre nella prospettiva della giustizia riparativa, le categorie giuridiche del danno e dell'offesa richiedono un profondo ripensamento. Rispetto a qualsivoglia reato deve essere riconosciuta l'esistenza di una sofferenza patita dalla vittima che non è mai ricompresa nelle asfittiche categorie del danno emergente e del lucro cessante, categorie civilistiche la cui quantificazione è oggetto di risarcimento del danno. Elemento fondamentale della giustizia riparativa è il *riconoscimento* e la *riparazione dell'offesa vista nella sua dimensione globale*: i programmi di giustizia riparativa infatti, per essere considerati tali, non devono limitarsi a perseguire la sola riparazione materiale, che può essere agevolmente raggiunta attraverso gli strumenti dell'azione civile nel processo penale. L'obiettivo dei programmi di giustizia riparativa è promuovere la riparazione della dimensione emozionale dell'offesa, che spesso ha causato, in chi è vittima, la messa in crisi della propria immagine, la diminuzione della propria dignità, la perdita di fiducia nei propri simili e nelle istituzioni, la nascita e il radicarsi di un vissuto di insicurezza individuale tale da indurre persino a modificare le abitudini di vita.

Quanto affermato apre a una ulteriore riflessione: quella sul significato della *riparazione* e delle differenze di quest'ultima rispetto al *risarcimento*.

Come è noto, la riparazione materiale consiste nella corresponsione di una somma di denaro quale corrispettivo per un danno subito, sia esso materiale o morale. Mentre il primo viene liquidato nelle controversie civilistiche, il *danno morale* è quasi esclusivamente riconosciuto come *danno da reato*.

Per ottenere il risarcimento del danno da reato – materiale (perdite economiche e mancati guadagni) e morale (sofferenza, danni psicologici) – la persona offesa o il danneggiato possono intentare un'autonoma causa civile o costituirsi parte civile nel processo penale, sia pure con talune limitazioni, come avviene nel rito minorile (che non consente la costituzione parte civile per non pregiudicare le esigenze educative dell'imputato minorenni) e in caso di ricorso all'applicazione della pena su richiesta delle parti.

Vero e proprio caposaldo della giustizia riparativa moderna è il riconoscimento dell'altro come persona: esso può precedere o può porsi come esito di un percorso di giustizia riparativa orientato a gesti di *riparazione simbolica* prima ancora che materiale, gli unici veramente essenziali nell'ottica di un progressivo superamento dell'idea di sanzione intesa come ritorsione, fondata sulla sofferenza e sul soddisfacimento di bisogni di pena legati a logiche ancestrali di vendetta e di espiazione.

Strang (2003) ritiene, del pari, che la dimensione emozionale dell'esperienza di vittimizzazione sia talmente forte da richiedere una forma di riparazione che non possa essere ridotta alla materialità di una somma di denaro e, unitamente a Retzinger e Sheff (1996), che la riparazione simbolica sia prerogativa pressoché esclusiva della mediazione penale, nella sua forma semplice o allargata. Il percorso di mediazione, infatti, favorisce il dialogo, l'espressione delle emozioni, l'ascolto dell'altro attraverso un vocabolario che prende le distanze da quei tecnicismi del diritto di cui le parti faticano sempre di più a decifrare il senso.

In concreto, per riparazione simbolica si intende «ogni gesto volto a ricostruire positivamente la relazione fra le parti e capace di testimoniare l'avvenuto cambiamento nel rapporto interpersonale tra i soggetti. (...) La riparazione simbolica è parte stessa della mediazione ed è il momento nel quale l'autore di reato ha la possibilità di scusarsi con l'altra parte ma soprattutto di riscattarsi, di vedersi restituita un'immagine positiva, riparando laddove possibile, anche la comunità di appartenenza (...)» (Ceretti, Di Ciò, Mannozi, 2001: 343).

I gesti di riparazione simbolica comprendono l'offerta di scuse, la progettazione di momenti o tempi condivisi (partecipazione ad un evento in comune o anche con altri), la co-definizione di regole da rispettare per la successiva convivenza o, ancora, l'impegno a svolgere attività socialmente utili presso servizi sociali o culturali. In quanto vettore di *riconoscimento dell'altro*, la riparazione simbolica rappresenta un indicatore irrinunciabile di buona riuscita della mediazione.

Nuove norme

La giustizia riparativa richiede percorsi che si coordinino con il sistema penale-processuale.

In attesa di un apparato normativo *ad hoc* – peraltro elaborato compiutamente ma mai definitivamente approvato nella scorsa legislatura – gli operatori di giustizia riparativa si avvalgono della normativa esistente, che prevede spazi circoscritti ma

non minimali di potenziale operatività dei programmi di giustizia riparativa. La giustizia riparativa può operare quale percorso parallelo ma coordinato con il sistema penale, attraverso i meccanismi sospensivi del processo, come quelli da tempo previsti nell'ambito del processo penale a carico di imputati minorenni o per i reati di competenza del giudice di pace. Da ultimo, uno spazio significativo è offerto dalla normativa sulla sospensione del processo con messa alla prova per adulti, introdotto con l. 67/2014. In questa normativa è previsto espressamente che il percorso di messa alla prova possa anche prevedere la mediazione con la persona offesa (Bove, 2018).

Molte sono tuttavia le difficoltà e i ritardi nella diffusione della giustizia riparativa. Essi sono dovuti non tanto alla carenza di norme, quanto alla mancanza di una consapevolezza diffusa del significato e delle potenzialità della giustizia riparativa nell'ambito della magistratura e dell'avvocatura, e all'assenza di centri di giustizia riparativa o di mediazione omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale.

Nuovi esperti (mediatori, facilitatori)

Per anni, i programmi di giustizia riparativa sono stati identificati con il principale strumento della giustizia riparativa stessa: la mediazione autore-vittima. La letteratura e la prassi, soprattutto negli ultimi due lustri, restituiscono un mosaico metodologico più complesso: i programmi di giustizia riparativa sono più d'uno e possono essere pensati secondo una scala gradualistica, dal più semplice al più formalizzato (Wachtel J.-Wachtel T., 2012).

I programmi di giustizia riparativa che, alla luce della letteratura comparatistica, hanno una più consolidata tradizione e che risultano maggiormente applicati per gestire conflitti aventi rilevanza penale sono: il dialogo riparativo (*restorative and peacemaking circle*), la mediazione (*victim-offender mediation*), sia diretta che con vittima "surrogata", la mediazione allargata ai gruppi parentali (*family group conferencing*), i consigli commisurativi (*sentencing circle*), i resoconti di vittimizzazione (*victim impact statements*) e i gruppi di ascolto che promuovono empatia (*victim empathy groups*).

La varietà dei metodi di intervento sui conflitti di tipo riparativo richiede la presenza di un *mediatore* o di un *facilitatore*, a seconda di come è strutturato il programma di giustizia riparativa.

Modalità di intervento sui conflitti possono dirsi propriamente di *giustizia riparativa* se risultano soddisfatte le seguenti condizioni:

- a. la *partecipazione attiva delle parti*: reo e vittima, *in primis*, ma anche i familiari delle parti, quando la mediazione è in forma allargata, e la comunità;
- b. la finalità prioritariamente orientata alle esigenze della vittima;
- c. la *riparazione dell'offesa nella sua dimensione globale, che include forme di riparazione simbolica*;
- d. la strutturazione del percorso volta a promuovere *l'autoresponsabilizzazione del reo*;
- e. la assoluta e imprescindibile volontarietà¹: la partecipazione ai programmi di giustizia riparativa non può essere imposta ma richiede il consenso consapevole, informato, spontaneo e revocabile delle parti (H. Strang & L. Sherman, 2015);
- f. il rispetto della *confidenzialità* delle dichiarazioni rese in mediazione o altro programma di giustizia riparativa (van Schijndel, 2009).

I contenuti del percorso di mediazione sono peraltro insuscettibili di utilizzazione processuale; deroghe in tal senso possono essere previste tassativamente solo dal legislatore.

Nuove modalità di formazione

La definizione di giustizia riparativa contenuta nella *Draft Recommendation* del Consiglio d'Europa ha il pregio di esplicitare il ruolo fondamentale che la formazione alla giustizia riparativa riveste per la buona riuscita dei percorsi di mediazione, riparazione e riconciliazione e soprattutto per evitare che le vittime vengano esposte a seconda vittimizzazione. Anche la direttiva 2012/29/UE afferma esplicitamente l'importanza della formazione del mediatore.

Non ci si improvvisa mediatori o facilitatori. Il ruolo richiede un'adeguata formazione che implica un *saper essere* prima ancora che un *saper fare* (Morineau, 1998) e un *training* permanente.

Al mediatore sono richieste non solo e non tanto competenze specifiche – non esi-

Molte sono le difficoltà e i ritardi nella diffusione della giustizia riparativa. Essi sono dovuti non tanto alla carenza di norme, quanto alla mancanza di una consapevolezza diffusa del significato e delle potenzialità della giustizia riparativa nell'ambito della magistratura e dell'avvocatura, e all'assenza di centri di giustizia riparativa o di mediazione omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale

Al mediatore sono richieste non solo e non tanto competenze specifiche – non esistono, infatti, in astratto, competenze professionali più adatte di altre a qualificare la figura del mediatore – ma soprattutto abilità linguistico-relazionali, conoscenze giuridiche e criminologiche di base e doti umane, essenziali quando si pratici la mediazione secondo il modello umanistico

stono, infatti, in astratto, competenze professionali più adatte di altre a qualificare la figura del mediatore – ma soprattutto abilità linguistico-relazionali, conoscenze giuridiche e criminologiche di base, e doti umane, essenziali quando si pratici la mediazione secondo il modello umanistico. La presa in carico degli effetti di un conflitto richiede, in particolare, da parte dei mediatori, la capacità di gestire le emozioni e i sentimenti, talvolta molto intensi, che possono emergere nel contesto di un incontro di mediazione faccia a faccia, quando, scavando la superficie del conflitto, si può raggiungere il suo nucleo profondo. Quale “spazio protetto di ascolto”, la mediazione è il luogo dove il dolore può emergere nella sua dimensione più intima o più lacerante, dove la sofferenza può essere narrata e ascoltata in un luogo e in un tempo appropriato (Ciavola, 2015).

Per il mediatore sono decisive le capacità – che maturano anche attraverso la formazione ai principi e ai metodi della giustizia riparativa, al diritto penale e processuale, alla criminologia e alla vittimologia – di reggere la paura dei potenziali effetti distruttivi dei sentimenti che possono emergere nel *setting* di mediazione, di affrontare il silenzio, di saper restituire la narrazione dei vissuti, di essere capace di sospendere il giudizio ed evitare ogni riflessività su se stesso e la propria storia. Per questo è bene che il mediatore lavori sempre in *équipe* (Mannozi e Lodigiani 2017).

Un importante documento di riferimento per individuare lo standard di formazione del mediatore è la Raccomandazione R(99)19 del Consiglio d'Europa, relativa alla qualificazione della figura del mediatore in ambito penale, la quale richiede che i mediatori siano reperiti in tutte le aree sociali e possiedano generalmente una buona conoscenza delle culture locali e comunitarie (art. 22); ricevano una formazione iniziale di base e effettuino un training nel servizio prima di intraprendere l'attività di mediazione (art.24); acquisiscano un alto livello di competenza che tenga presenti le capacità di risoluzione del conflitto, i requisiti specifici per lavorare con le vittime e gli autori di reato nonché una conoscenza base del sistema penale (art. 24).

* Docente Università degli Studi dell'Insubria. [grazia.mannozi@uninsubria.it]

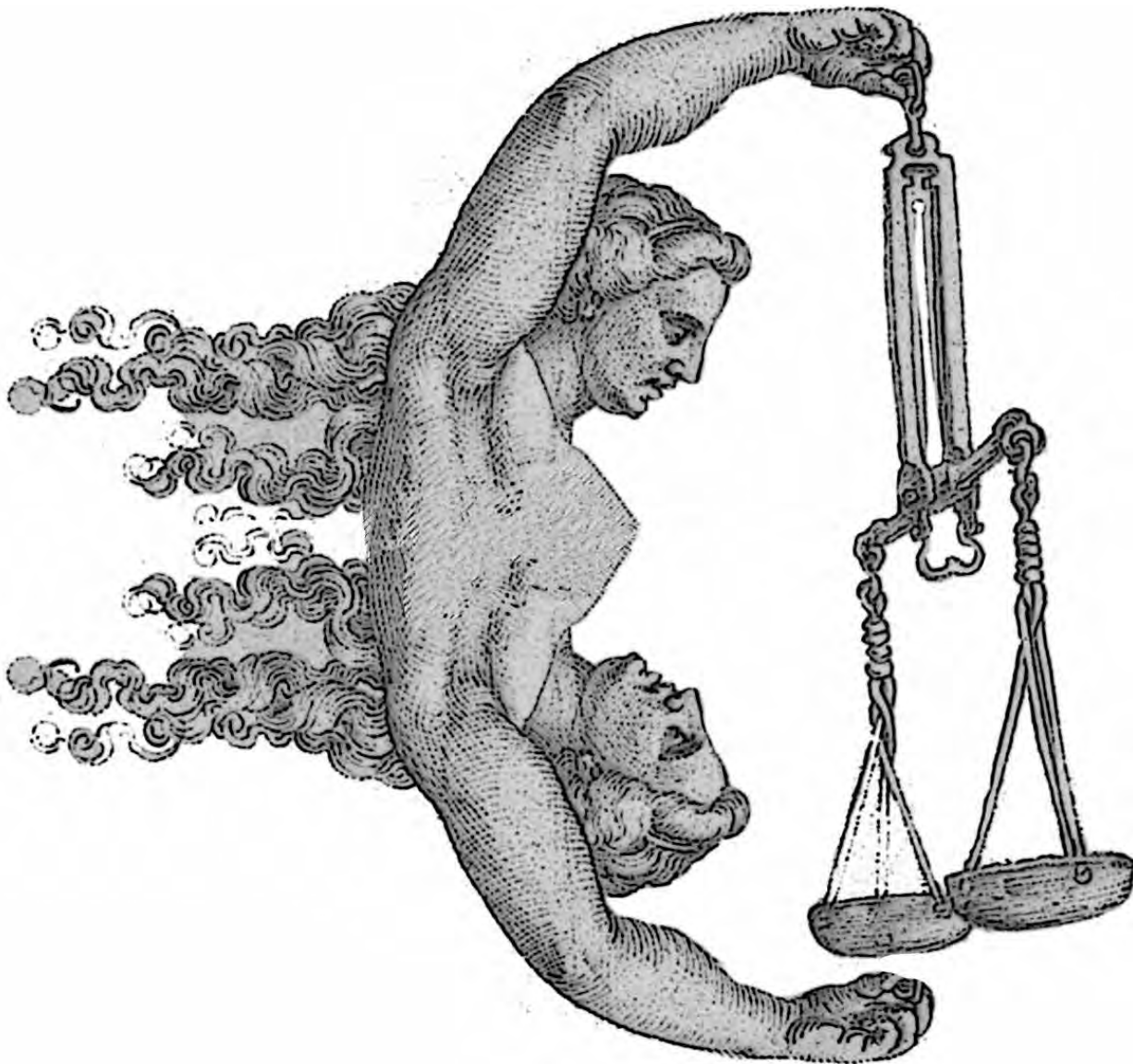
NOTE

1. Cfr. Raccomandazione R (99) 19, (§§ 29-31); *Basic principles on the use of restorative justice programmes in criminal matters*, cit., (artt. 7 e 13, lett. c). Per una decisa presa di posizione in tal senso, tra i molti, da ultimo, H.Strang-L. Sherman, *The morality of evidence: the second annual lecture for Restorative Justice: An International Journal*, in *Restorative Justice: An International Journal*, 3(1) 2015, p. 23.

BIBLIOGRAFIA

- Barry S. (1995) *Circle Sentencing. Mediation and Consensus: Turning Sword into Ploughshares*, in *Accord*, 14(1).
- Basic principles on the use of restorative justice programmes in criminal matters* adottati dalle Nazioni Unite il 24 luglio 2002.
- Bertagna G., Ceretti A. & Mazzucato C. (a cura di) (2015) *Il Libro dell'incontro. Vittime e responsabili della lotta armata a confronto*, il Saggiatore, Milano.
- Bovati P. (2005) *Ristabilire la giustizia. Procedure, vocabolario, orientamenti*, Ed. P.I.B., Roma.
- Bove V. (2018) *La messa alla prova*, Pacini Giuridica, Ospedaletto.
- Ceretti A., Di Cio' F. & Mannozi G. (2001) *Giustizia riparativa e mediazione penale*, in F. Scaparro (a cura di), *Il coraggio di mediare*, Guerini e associati, Milano, 340-354.
- Ciavola A. Working Paper, 2015, disponibile a: http://www.ristretti.it/commenti/2015/giugno/pdf7/riforma_carceri.pdf
- Direttiva 2012/29/UE.
- Gavrielides T. (a cura di) (2015) *The Psychology of Restorative Justice*, Ashgate, Burlington.
- Miller S., *After the Crime: The Power of Restorative Justice Dialogues between Victims and Violent Offenders*, New York Univ. Press, New York, 2011.
- Morineau J. (2003) *L'esprit de la Médiation*, Toulouse, Erès, 1998, trad. it. *Lo spirito della mediazione*, Franco Angeli, Milano.
- Pranis K. (2002) *Restorative values and confronting family violence*, in J. Braithwaite-H. Strang (a cura di), *Restorative justice and family violence*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Prosperi A. (2008). *Giustizia bendata. Percorsi storici di un'immagine*, Einaudi, Torino.
- van Schijndel R.A.M. (2009) *Confidentiality and victim-offender mediation*, Maku, Antwerpen, Apeldoorn, Portland.
- Raccomandazione R(2010)1 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulle «Regole del Consiglio d'Europa in materia di probation», adottata dal Comitato dei Ministri il 20 gennaio 2010 nel corso della 1075° riunione dei Delegati dei Ministri. La citazione è tratta dall'Appendice II alla Raccomandazione CM/Rec(2010)1 - Glossario dei termini utilizzati.
- Retzinger S.M. & Scheff T.J. (1996) *Strategy for Community Conferences: Emotions and Social Bonds*, in B.

- Galaway & J. Hudson (a cura di), *Restorative Justice: International Perspectives*, Criminal Justice Press, Monsay-New York, 315-336.
- Strang S. (2003) *Justice for Victims of young offender: The centrality of emotional harm and restoration*, in J. Johnstone (a cura di), *A Restorative Justice Reader: Texts, Sources, Context*, Willan Publishing, Cullompton.
- Strang H. & Sherman L. (2015) *The morality of evidence: the second annual lecture for Restorative Justice: An International Journal*, in *Restorative Justice: An International Journal*, 3(1), 6-27.
- van Schijndel R.A.M. (2009) *Confidentiality and victim-offender mediation*, Maku, Antwerpen, Apeldoorn, Portland.
- Wachtel J. & Wachtel T. (2012) *Building Campus Community*, International Institute for Restorative Practices, Bethlehem.
- Winstok (2008) *Conflict escalation to violence and escalation of violent conflicts*. *Children and Youth Services Review*, 297-310.



Abstract

Restorative justice is an instrument of conflict handling alternative to the penal one: it renounces the retaliation and the logic of revenge to adopt a dialogic approach aimed at favoring the reparation of the offense and reconciliation.

The diversity of the starting assumption makes restorative justice require a new language, new legal categories, new rules, new experts (mediators, facilitators), new training methods. After having proposed the most accredited international definitions of restorative justice, this paper analyses the challenges that restorative justice poses in the linguistic, legal and cultural fields.

KEY WORDS: restorative justice, conflict, offence, restoration, mediation, victim, offender

Perché vogliamo vendicarci?

Un approfondimento sul comportamento vendicativo

Why do we want to take revenge? A study of revengeful behavior

Il comportamento vendicativo, seppur ritenuto socialmente inaccettabile, fa parte dell'essere umano. È presente non solo a livello soggettivo, ma si manifesta anche in molti contesti sociali e artistici. Poiché strettamente legato alla rabbia e al narcisismo, possiede una carica emotiva molto forte. Questo comportamento ha sia una dimensione individuale che collettiva, e può spingere l'individuo o un gruppo alla vendicatività. Il presente articolo ha lo scopo di illustrare il concetto di vendetta e le sue tipologie, il suo funzionamento e le teorie che hanno caratterizzato questo fenomeno

ALESSIO ANGELO GRILLO*

PAROLE CHIAVE: Vendetta, Comportamento vendicativo, Rabbia, Narcisismo

Introduzione

L'origine della parola "vendetta" deriva dal latino *vindicta* e stava ad indicare la verga con cui si toccava lo schiavo che doveva essere posto in libertà, ma può significare anche rivendicazione, liberazione. Può essere interessante vedere come nel tempo ci sia stato il tentativo di confinare e censurare l'idea della vendetta poiché non consona a un buon costume e a un'idea di desiderabilità sociale. Si può dire che con il progredire della civiltà, la vendetta sia stata allontanata da quegli ambiti della società che si proiettavano sulla realtà concreta, come ad esempio l'ambito della legge (legge del taglione) e ha trovato rifugio in campi più umanistici, meno vincolati alla vita pratica. Ne è chiara manifestazione la presenza corporata nel mondo dell'arte, nella fantasia individuale e nell'immaginario collettivo. Non è affatto difficile individuare la vendetta in molti miti, leggende e tragedie antiche e contemporanee. Nell'Antica Grecia la vendetta muove uomini, eroi e persino gli stessi Dei: le Erinni sono le personificazioni femminili della vendetta. Le "Furie" della mitologia romana, le tre sorelle Aletto, Megera e Tisifone, nacquero a seguito dell'evirazione di Urano da parte di Crono, dal suo sangue.

La letteratura greca è ricca di opere che hanno come tema la vendetta: l'esempio più celebre è l'Iliade di Omero, dove la guerra fu scatenata per vendetta, inizialmente per il rapimento di Elena, moglie di Menelao e successivamente tra Achille ed Ettore per la morte di Patroclo. Questo tema non è solamente greco; vi sono, infatti, numerose opere letterarie dove esso è presente: La Divina Commedia, Otello, Oreste e Il conte di Montecristo, per citarne alcune.

Anche nella pittura troviamo rappresentazioni, per esempio: Giuditta con la testa di Oloferne di Saraceni, Mantegna e Giorgione. Anche Artemisia Gentileschi diede un contributo in questa direzione con Giuditta che decapita Oloferne, opera potente dove la pittrice riversa la sua rabbia e il suo risentimento per lo stupro subito poco tempo prima da parte di Agostino Tassi. In *La vendetta di Vulcano* di Parmigianino si racconta di Venere, moglie di Vulcano, che innamoratasi di Marte, tradì il marito nella propria camera nuziale. In *La morte di Marat* di David, Charlotte Corday

sorprese il politico mentre era nella vasca e lo pugnalò con un coltello. Anche Gustave Dorè, pittore e incisore francese, raffigurò scene di vendetta come *La morte di Abele, Dante e le Erinni* e *Gli iracondi*.

Nella scultura, in particolare nell'opera *Laocoonte e i suoi due figli lottano coi serpenti*, scultura greca della scuola di Rodi (I secolo), Laocoonte è vittima della vendetta della dea Atena. Egli infatti, avendo scagliato una lancia contro il ventre del cavallo di Troia, scatenò l'ira della dea che proteggeva i Greci. Atena evocò due serpenti marini che attaccarono i figli di Laocoonte, il quale, per difenderli, cadde vittima nello scontro. Anche la celeberrima opera di Antonio Canova *Amore e Psiche* nasce dall'invidia e successiva vendetta di Venere nei confronti della bella mortale. Nel sistema legislativo il concetto di vendetta può essere rappresentato dalla cosiddetta "legge del taglione". Chiamata in latino *lex talionis*, è un principio di diritto che consiste nella possibilità riconosciuta a una persona, che ha subito un danno causato intenzionalmente da un'altra persona, di infliggere a quest'ultima un danno, anche uguale all'offesa ricevuta. In uso presso diverse popolazioni in età antica, aveva la funzione di porre un limite alle vendette private, che spesso degeneravano in faide. La vendetta è da sempre considerata uno dei principali moventi criminogeni insieme al piacere, all'odio e al vantaggio personale. Manifestazione innata dell'aggressività umana, la vendetta quindi risponde all'esigenza di ristabilire un equilibrio alterato da un crimine. Con l'evoluzione delle dinamiche sociali, la società civile si è fatta carico di rispondere a questa esigenza attraverso le autorità costituite, i tribunali, sottraendo agli individui l'iniziativa della ritorsione; la sanzione viene applicata in nome della collettività. Secondo le regole sociali si tratta di vendetta quando il fare giustizia ha un carattere privato; è punizione quando l'applicazione delle leggi per fare giustizia ha un carattere collettivo.

Illustrazione e funzionamento del concetto di vendicatività

La dinamica comportamentale della vendetta si compone di tre fasi: un'iniziale esperienza di perdita o offesa subita più o meno ingiustamente; una mancata gratificazione dei bisogni personali, un senso di ferimento dell'orgoglio e di rabbia che danno vita a frustrazione e risentimento; una liberazione di aggressività verso la presunta causa della perdita che comporta il danneggiamento o la distruzione di colui che ha inizialmente arrecato danno, delle sue proprietà, del suo status e delle sue ricchezze. L'equilibrio infranto deve essere ripristinato attraverso il diritto-dovere del soggetto leso di rifarsi nei confronti del colpevole. Psicodinamicamente possiamo dire che lo sviluppo morale della persona (il Super-io) generalmente blocca la vendetta (l'impulso dell'Es) provocando dubbi ed incertezze nel comportamento (l'Io). Il dubbio sulla vendetta spesso sposta il comportamento su condotte moralmente e socialmente accettate, come l'ironia, il sarcasmo e la satira. L'impulso dell'Es non è innato, bensì nasce come conseguenza di un torto subito, vero o presunto, nel mondo reale.

Di fronte alla frustrazione della perdita e della mancata gratificazione dei propri bisogni, il soggetto psicologicamente immaturo tende ad esprimere i propri sentimenti con vari tipi di reazioni emotive: con un'esplosione di rabbia, con un ritiro autistico, con un profondo risentimento oppure con distacco e rigidità. È la frustrazione narcisistica, la ferita nell'orgoglio, che scatena la vendetta. Nell'individuo psicologicamente sano, invece, la frustrazione per la perdita subita può orientarsi verso altre direzioni: con il perdono, per esempio, è possibile uscire dal circolo vizioso di odio e desiderio di rivalsa. Il passaggio dalla giusta punizione alla rappresaglia costituisce, infatti, l'eccesso patologico della vendicatività.

Un ulteriore apporto alla definizione e chiarificazione del concetto di vendicatività è indicato da Daniels (1967), che ha descritto in quali circostanze la vendicatività sia da considerarsi normale piuttosto che patologica. L'autore considera il desiderio di vendetta una esperienza diffusa tra le persone nella vita quotidiana, rilevando come la vendicatività, per essere considerata patologica, deve rispondere ad alcune caratteristiche ben precise. Secondo Daniels la vendicatività normale consiste nella comune esperienza umana del voler contraccambiare offesa con offesa. La reazione è immediata e ha luogo nel momento in cui il soggetto subisce una ferita o un'offesa da parte di altri. Il sentimento vendicativo, in questo caso, sorge in maniera spontanea e naturale, ma si affievolisce con il passare del tempo. La vendicatività normale è un concetto sufficiente a spiegare l'esperienza occasionale di sentimenti vendicativi. In caso di vendicatività patologica, al contrario, la sete di vendetta e l'odio non sono

La "legge del taglione", in uso presso diverse popolazioni in età antica, aveva la funzione di porre un limite alle vendette private, che spesso degeneravano in faide. La vendetta è da sempre considerata uno dei principali moventi criminogeni insieme al piacere, all'odio e al vantaggio personale

La dinamica comportamentale della vendetta si compone di tre fasi: un'iniziale esperienza di perdita o offesa subita più o meno ingiustamente; una mancata gratificazione dei bisogni personali, un senso di ferimento dell'orgoglio e di rabbia che danno vita a frustrazione e risentimento; una liberazione di aggressività verso la presunta causa della perdita che comporta il danneggiamento o la distruzione di colui che ha inizialmente arrecato danno, delle sue proprietà, del suo status e delle sue ricchezze

mitigati dal passar del tempo: il soggetto gode delle fantasie di una vendetta che progetta con cura. Il pensiero e le energie sono interamente assorbiti da progetti vendicativi, a discapito di altri interessi o attività. Questo tipo di vendicatività è contraddistinto da un tono compulsivo e autosacrificale: l'individuo si sente spinto da una passione irresistibile a dedicarsi alla pianificazione della vendetta, che pregusta anticipandola con il pensiero. La ricerca di una rivalsa diviene la guida di tutto l'agire e porta al sacrificio di qualunque cosa sia ritenuta sacrificabile. L'impulso a vendicarsi è legato al passato, ad un torto (vero o presunto) che è stato subito e che deve essere restituito. Stimola il narcisismo che è in ognuno di noi e che non viene contenuto dalla ragione. È attivato da una sofferenza che può essere sublimata solo con il perdono. La psicoterapia ad esempio stimola il perdono per liberare il soggetto dalla dolorosa vendicatività. Le energie pulsionali così liberate sono disponibili per finalità più utili e costruttive e per un piacevole adattamento alla realtà. Questo impulso viene di solito superato con la sublimazione, meccanismo di difesa psicologico con cui l'Io della persona contiene gli impulsi distruttivi e li orienta in altre direzioni.

Lo psicologo sociale Heider (1958) illustra le funzioni della vendicatività individuando due motivazioni che possono spingere alla rappresaglia, in special modo entro un contesto di relazioni sociali in cui un atto assume valore anche per ciò che comunica ai soggetti non partecipanti attivamente all'interazione. Il primo obiettivo della vendetta in ambito pubblico è quello di "salvare la faccia", comunicando all'offensore e agli spettatori un messaggio sul proprio valore, finalità di cui parla anche Brown (1968). Heider rileva come le persone vittime di atti aggressivi attribuiscono tipicamente agli offensori la credenza che loro stesse non meritino un trattamento migliore di quello ricevuto. In questo senso la vendetta mira ad incidere sul sistema di credenze dell'aggressore, in un tentativo di modificare l'immagine che questi ha della vittima, da individuo di scarso valore a persona degna di rispetto.

Un secondo movente alla base della vendetta è il desiderio di "dare una lezione" all'offensore: la vendetta assume il valore di comportamento simbolico teso a convincere l'offensore che un determinato comportamento, da questi esibito, non sarà nuovamente tollerato. La punizione escogitata dalla vittima ha una funzione pedagogica e morale: insegnare che un dato comportamento non resterà impunito. Da questo punto di vista la vendetta è simile alle punizioni impartite ai bambini per disincentivare le azioni socialmente riprovevoli, differenziandosi dal "pareggiare i conti" perché la sua funzione è riferita all'insegnamento morale e non al conseguimento di un risarcimento pari all'offesa subita. Un altro autore è Berkowitz (1989), che ha dato una spiegazione della vendicatività basata sulla rilettura di un preesistente ed illustre modello causale dell'aggressività, la teoria della "frustrazione-aggressività" (Miller, 1941). Secondo questa teoria qualsiasi frustrazione, intesa come impossibilità a raggiungere un obiettivo importante, scatena l'aggressività. Nel 1989 Berkowitz, tenendo conto delle ricerche che validavano la posizione di Miller, ha sostenuto che l'aggressività non è innescata solo dalla frustrazione, ma da qualunque sentimento negativo: frustrazione, dolore, paura e irritazione. L'elaborazione di Berkowitz della teoria di Miller introduce per la prima volta il concetto di "aggressività potenziale": una situazione spiacevole o frustrante produce nel soggetto una sorta di carica aggressiva, senza che essa sia tradotta direttamente in azione. In un secondo momento, quando il soggetto che ha accumulato una tale carica aggressiva incontra un secondo evento avverso, si verifica la scarica dell'aggressività già attivata. L'offesa che genera il desiderio di vendicarsi può ricoprire il ruolo di originaria fonte di frustrazione, che attiva l'aggressività potenziale se l'offensore è troppo forte e potente per rivalersi direttamente su di lui. L'atto vendicativo può essere in questo caso considerato come scarica di aggressività potenziale in occasione di un'ulteriore frustrazione, secondo il principio energetico-meccanicistico di accumulo-scarica. In questo caso la vendetta si attua con uno spostamento dall'oggetto originario ad un secondo oggetto maggiormente disponibile perché più debole o inferiore. L'aggressività potenziale può essere attivata da condizioni ambientali disagiati e non direttamente dall'interazione frustrante con un altro individuo: una persona già "attivata" e predisposta all'aggressività reagirà presumibilmente con una ritorsione istantanea all'offesa o al torto subito in tali condizioni, agendo una vendetta immediata contro chi le reca ulteriore disagio.

Mentre la vendetta personale può portare al mantenimento delle relazioni con

l'offensore o permette di riparare senza elaborazione un danno soggettivamente intollerabile, nel caso di processi strettamente legati a traumi personali precoci o di intolleranza alla frustrazione, vendicare gli altri può assumere risvolti notevolmente differenti a seconda di chi sia la persona o le persone offese. Una prima ipotesi può essere rappresentata dalla possibilità di una "vendetta per procura" per la quale, sfruttando una situazione nella quale altri sono stati danneggiati, ci si erge a loro difesa. Il soggetto fa pagare all'aggressore altrui il prezzo di torti che ha subito in passato da altri, entro contesti in cui non ha voluto o potuto vendicare se stesso. Il vantaggio di questo meccanismo potrebbe risiedere nella totale libertà dai sensi di colpa e di disvalore che egli ha plausibilmente provato in occasione del torto subito in prima persona, alla base dell'inibizione della sua reazione. Non essendosi difeso per questi motivi, ha conservato il desiderio di "farla pagare" al suo offensore e coglie l'occasione per ottenere la propria rivalsa, utilizzando una situazione in cui i motivi dell'inibizione all'azione non sono più presenti. Intervenire in difesa di persone più deboli significherebbe in questo senso intervenire in favore del Sé danneggiato e mai vendicato: nella debolezza della persona offesa il vendicatore ritrova plausibilmente la propria. Un secondo caso di "vendetta per procura" è rappresentato dall'intervento in favore di persone appartenenti alla propria famiglia o alla cerchia delle amicizie più intime. Non si esclude che i meccanismi sopracitati siano attivi anche in questo caso, oltre a un movente culturalmente determinato e d'intensità variabile, ma il tipo di persona significativa vendicato dal soggetto induce a pensare che siano coinvolti ulteriori aspetti. Infatti, le persone con cui si vive una stretta relazione, parentale o amicale, sono oggetto di massicci investimenti libidici e, a volte, di fondamentali identificazioni. Esse rappresentano delle figure fortemente connotate da un punto di vista affettivo: quanto più il soggetto ha investito libidicamente e riconosce parti del proprio Sé in queste persone, tanto più quando queste subiscono un torto, l'offesa sarà percepita "bruciante" come se fosse vissuta in prima persona. Vendicare un proprio caro significherebbe vendicare quella porzione del Sé, del soggetto che, identificato con la persona oltraggiata, ha effettivamente vissuto un'offesa in prima persona.

Un'ultima tipologia di vendetta a favore di altri è data dal "vendicare gli oppressi". Il movente conscio è spesso di natura ideologica e gli oppressi in questione rappresentano il più delle volte, una classe astratta di persone con le quali manca totalmente o parzialmente, un contatto diretto. Il pretesto ideologico può in questo caso, nascondere un interesse rivolto non tanto alla difesa della vittima, quanto alla condanna dei supposti carnefici. Il movente inconscio di questo genere di spirito vendicativo è plausibilmente il desiderio di "farla pagare" al genitore onnipotente e crudele che ha maltrattato il bambino; contro tale genitore, ancora fonte di un'invidia indicibile, si dirige il tentativo di danneggiamento e la speranza di estinzione.

La vendetta non è sempre individuale, infatti può essere motivata ed eseguita all'interno di contesti gruppali, come le vendette di matrice mafiosa o ideologica. Si tratta di un ulteriore aspetto trascurato dalla letteratura, tuttavia di grande attualità. Già Freud (1916) aveva contemplato l'ipotesi dell'esistenza di una propensione alla vendetta da un punto di vista collettivo. Le sofferenze subite in passato non spingerebbero solo singoli soggetti, ma persino interi popoli, all'identificazione con il ruolo di vittima in diritto di vendicarsi in seguito a ulteriori offese percepite come non tollerabili a causa del dolore già patito in precedenza. Freud si riferiva ad eventi della sua epoca, oltre ad anticipare il tentativo di rivalsa della Germania che motivò in parte lo scoppio della Seconda Guerra Mondiale nel 1939. Proprio l'esistenza di questa psiche collettiva permette di spiegare come l'offesa e la vendetta si perpetuino nel corso dei decenni della vita di un popolo. La memoria delle sconfitte e il desiderio di lavare le offese sono conservate intatte dall'anima collettiva e vissute individualmente come questioni personali dai membri di un'etnia. È il caso del popolo ebraico e di quello islamico che conservano un profondo senso di unità e appartenenza a dispetto delle distanze temporali e spaziali fra i loro membri. Da questo punto di vista si può osservare come uno scopo collettivo possa coincidere totalmente con la motivazione del singolo a cercare giustizia per offese subite dal proprio popolo molto tempo addietro. La vendetta di una nazione può così diventare vendetta del singolo, questione personale che può portare al sacrificio della propria vita o di quella dei propri cari.

L'esistenza di una psiche collettiva permette di spiegare come l'offesa e la vendetta si perpetuino nel corso dei decenni della vita di un popolo. La memoria delle sconfitte e il desiderio di lavare le offese sono conservati intatti dall'anima collettiva e vissute individualmente come questioni personali dai membri di un'etnia

Durante il lavoro analitico, la sete di vendetta non si elimina solo elaborando l'ostilità contenuta nel paziente, ma anche e soprattutto rendendo pensabili il dolore e l'angoscia di separazione soggiacenti

Rassegna bibliografica sul comportamento vendicativo

Nel 1948 Horney pubblica il lavoro "The value of vindictiveness" in cui parla di carattere arrogante-vendicativo: per la prima volta il termine "vendicatività" appare in un testo scientifico, iniziando a conquistare una dimensione psicologica autonoma. Searles (1956), al pari di altri studiosi, ha sottolineato il ruolo del desiderio di vendetta come movente conscio che incanala una quota consistente di energia mentale impedendo l'irruzione di sentimenti minacciosi per l'omeostasi psichica e contribuendo al mantenimento dell'equilibrio psicologico individuale. La vendicatività avrebbe dunque il ruolo di un'unzione difensiva contro la presa di coscienza del dolore dell'angoscia di separazione rimosso: il dolore è eluso o posposto poiché il soggetto non ha realmente rinunciato alla persona verso cui dirige la propria vendicatività. Al contrario, si tiene psicologicamente aggrappato ad essa tramite le fantasie di rivalsa che lo tengono occupato: mantiene in questo modo inalterato l'investimento libidico nei suoi confronti e paradossalmente conserva con essa un legame. Il rapporto esistente tra l'aspirante vendicatore e il suo bersaglio presenta quindi un versante manifesto carico di aggressività e rancore, che funge da copertura a una rivendicazione inconscia di qualità affettiva. Il pericolo dell'invasione della mente cosciente da parte di sentimenti dolorosi di solitudine, disvalore ed impotenza spinge il soggetto ad annullare l'amore non corrisposto che li alimenta con un sentimento di qualità opposta, forse tanto più intenso quanto più è doloroso l'affetto intollerabile. Per questo motivo la terapia del soggetto vendicativo deve porre attenzione a questo tipo di assetto mentale, che costruisce una solida resistenza all'azione terapeutica: durante il lavoro analitico, la sete di vendetta non si elimina solo elaborando l'ostilità contenuta nel paziente, ma anche e soprattutto rendendo pensabili il dolore e l'angoscia di separazione soggiacenti.

Dal punto di vista dello sviluppo psicologico individuale, Kancyper (2003) osserva che il bambino, in seguito all'allontanamento dal narcisismo primario, sposta la propria libido sull'ideale dell'Io, con cui spera di raggiungere una coincidenza speculare tramite l'ausilio dei genitori. Quando questo non avviene, si ha la comparsa del risentimento: la rottura e la successiva impossibilità di sanare la frattura narcisistica sono addebitate alle figure genitoriali, eredi del narcisismo infantile. Su di esse sono proiettate le molteplici qualità e perfezioni di cui il bambino è carente e che i genitori, agli occhi del bambino, sembrano volere trattenere per Sé. Il desiderio di vendicarsi del bambino nascerebbe dunque dal senso di "svuotamento narcisistico" e dalla speranza di poter ottenere forzatamente in un secondo momento tutto ciò di cui i genitori l'hanno ingiustamente privato. Il risentimento intersoggettivo indica la reazione alle frustrazioni che il bambino subisce da parte dei genitori; il risentimento intrapsichico, al contrario, dipende dalle pulsioni di morte, e quindi non è connesso alle offese realmente subite. Kancyper afferma che in ogni caso concreto vede intrecciarsi queste due componenti, presenti ogni volta in misura differente. Inoltre l'autore afferma che il risentimento e il rancore sono due sinonimi che indicano la necessità del soggetto di ottenere una rivalsa in seguito ad una o più offese ed umiliazioni, rispetto alle quali sono stati repressi i sentimenti di ribellione. La vendetta nascerebbe pertanto dall'influsso continuo del risentimento sui pensieri e i ricordi del soggetto. Kancyper, riporta: «Il soggetto vendicativo è malato di reminiscenze». Secondo l'autore il risentimento nasce quando la persona non è in grado di sopportare il crollo dell'immaginaria unità spazio-temporale, spingendola regressivamente a tentare un recupero della condizione precedente a questo crollo. Nel risentimento, infatti, la realtà attuale è negata ed il passato esercita un predominio incontrastato: il ricordo blocca il soggetto e ne invade i pensieri. Lo spazio-tempo forma un tutt'uno privo di differenze fra momenti e soggetti: il soggetto risentito, immobilizzatisi il Sé e l'Altro, tende poi a incorporare l'oggetto. Da questo momento in poi tutto è immobilizzato, il Sé e l'Altro sono svuotati di ogni autonomia e differenza ma quando tale colonizzazione crolla, il soggetto reagisce come se si trattasse di una ferita narcisistica, la mitica totalità si infrange e compare il risentimento. La vendetta per Kancyper può presentare due forme. La persona offesa può sentirsi una "vittima privilegiata" che, in quanto tale, ha il diritto di rivalersi contro chi ha distrutto la sua illusione di un'alterata perfezione infantile; oppure il soggetto danneggiato può creare un'inversione di ruolo con il proprio offensore, provocandogli umiliazioni e una sensazione di debito inestinguibile.

Un altro interessante contributo sul tema è quello di Kohut (1972), che descrive la vendicatività con un'attenzione focalizzata sulla componente narcisistica. A partire dalle sue ipotesi teoriche relative allo sviluppo del narcisismo e della rabbia narcisistica, l'Autore considera le esperienze del periodo della formazione del Sé come il prototipo della successiva sicurezza e vulnerabilità di un individuo. Di riferimento, a questo riguardo, sono il grado di coesione del Sé, il livello di autostima, il bisogno di lode e di fusione con le figure idealizzate. Il soggetto vulnerabile risponde a una ferita narcisistica del passato, sentita anche nel presente, che può dar luogo a un attacco dell'altro o ad una fuga di quest'ultimo come espressione della propria rabbia narcisistica. Tale rabbia può presentarsi sotto varie forme: come bisogno di vendicarsi, di rispondere a un torto, di annullare un danno.

Il pensiero dominato dalla rabbia narcisistica è spesso pervaso da forti contenuti emozionali, ma non risulta intaccato nella capacità logica, essendo, al contrario, acuto e raffinato, come è osservabile in soggetti paranoici e in personalità narcisistiche. Contrariamente a quanto accade nel caso di mobilitazione a scopi maturi, nella coazione della ricerca di vendetta, l'aggressività è mobilitata al servizio del Sé grandioso arcaico, è illimitata e manca di uno scopo definito. Il nemico che suscita la rabbia arcaica del soggetto narcisisticamente vulnerabile non è da questi considerato come sorgente autonoma di pulsioni, ma come una "macchia in una realtà vissuta narcisisticamente". È la "parte recalcitrante di un sé dilatato su cui il soggetto si aspettava di esercitare un controllo pieno". La rabbia narcisistica insorge nel bambino e nell'adulto nel momento in cui le loro strutture narcisistiche arcaiche siano rimaste immutate, a motivo del loro isolamento dal resto della psiche in via di sviluppo. La causa di questa condizione è la frustrazione traumatica dei bisogni narcisistici infantili connessi alle fasi di sviluppo. I soggetti più "arrabbiati" necessitano di un controllo assoluto sull'ambiente arcaico: il mantenimento dell'autostima e del loro stesso Sé dipende dalla disponibilità incondizionata di oggetti-Sé speculari che approvino o di un oggetto-Sé idealizzato che consenta la fusione.

La rabbia narcisistica, secondo Kohut, domina l'Io e gli consente di funzionare solo come proprio strumento. Alla base di questa rabbia vi è un disturbo riguardante l'onnipotenza: il Sé grandioso necessita di avere controllo assoluto sull'ambiente, ma, se il dominio totale sull'oggetto-Sé non è possibile perché quest'ultimo non collabora, sorge la rabbia narcisistica. È il caso della madre non empatica, che non risponde ai bisogni del bambino in via di sviluppo. Gli atti vendicativi isolati e la vendetta programmata costituiscono la forma esteriorizzata della rabbia narcisistica cronica: essa si instaura quando l'ideazione conscia e preconsocia è sempre più soggetta alla rabbia diffusa e l'Io non è in grado di riconoscere le limitazioni del potere del Sé, attribuendo invece fallimenti e debolezze alla malevolenza dell'oggetto arcaico non collaborante.

Secondo Bloom (2001) le persone che hanno subito le situazioni di abbandono e trascuratezza durante l'infanzia non solo hanno dei motivi per cui vendicarsi, ma possono anche essere biologicamente predisposti alle reazioni violente, se provocati. Alcuni autori ritengono infatti che, se i genitori non pongono dei limiti saldi e definiti alle espressioni emotive del bambino tramite il rispecchiamento e il contenimento emotivo, il cervello del piccolo non sviluppa i normali meccanismi inibitori di autoregolazione e può subire dei danni alle strutture nervose che formerebbero il substrato biologico del comportamento vendicativo, in particolare a livello della corteccia orbito-frontale. Lo stadio edipico, con le sue gelosie e rivalità, gioca un ruolo non secondario nell'inasprire o sviluppare la vendicatività del bambino. Quando la relazione madre-bimbo è confusa o frustrante e i rapporti familiari sono disturbati, la perdita del possesso esclusivo dell'oggetto materno a causa dell'intervento del padre, provoca un blocco nello sviluppo psichico e la fissazione a desideri pregenitali non appagati: i normali compiti del periodo edipico non possono essere svolti quando la spinta alla vendetta è molto forte nel bambino, poiché i bisogni pregenitali non gratificati intralciano lo sviluppo di un Super-Io meno rigido e punitivo. Il bambino che presenta vendicatività patologica non trascorre un normale periodo di latenza: spesso non si verificano la repressione degli impulsi sessuali aggressivi e il ricorso alla sublimazione.

Gli atti vendicativi isolati e la vendetta programmata costituiscono la forma esteriorizzata della rabbia narcisistica cronica: essa si instaura quando l'ideazione conscia e preconsocia è sempre più soggetta alla rabbia diffusa e l'Io non è in grado di riconoscere le limitazioni del potere del Sé, attribuendo invece fallimenti e debolezze alla malevolenza dell'oggetto arcaico non collaborante

*Psicologo. [alessioangelo.grillo@gmail.com]

BIBLIOGRAFIA

- Berkowitz, L. (1989). *The frustration-aggression hypothesis. An examination and reformulation*. Psychological Bulletin, 106, pp. 59-73.
- Bloom, S. L. (2001). *Commentary: reflections on the desire of revenge*. Journal of Emotional Abuse, 2, pp. 61-94.
- Brown, B. R. (1968). *The effects of need to maintain face on interpersonal bargaining*. Journal of Experimental Social Psychology, 4, pp. 107-122.
- Daniels, M. (1967). *Further observations on the development of vindictive character*. American Journal of Psychotherapy, 21, pp. 822-831.
- Freud, S. (1916). *Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico*. OSF, Vol.8.
- Heider, S. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley.
- Horney, K. (1948). *The value of vindictiveness*. American Journal of Psychoanalysis, 8, 1.
- Kancyer, L. (2003). *Il risentimento e il rimorso. Uno studio psicoanalitico*. Milano: F. Angeli.
- Kohut, H. (1972). *La ricerca del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Miller, N. (1941). *The frustration-aggression hypothesis*. Psychological Review, 48, pp. 337-342.
- Searles, H. F. (1956). *The psychodynamics of vengefulness*. Psychiatry, 19, pp. 31-39.



Abstract

Vindictive behavior, even if it is considered socially unacceptable, is an inevitable part of the human character. It is present not only on a personal level, but also manifests itself in many social and artistic contexts. As it is closely associated with anger and narcissism, it has a very strong emotional charge and has both an individual dimension and a collective dimension, which means that it can push the individual or a group to enact vindictive performances. This article aims to illustrate the concept of revenge and its types, its working and the theories that have tried to explain this phenomenon.

KEY WORDS: Vindictiveness, Vengeance, Rage, Narcissism

link

una storia

Psicologia e psicoterapia in Germania
dal 1918 al 1945

GIOVANNI CAVADI



Psicologia e psicoterapia in Germania dal 1918 al 1945

Psychology and psychotherapy in Germany from 1918 to 1945

GIOVANNI CAVADI*

PAROLE CHIAVE Psicologia, psicoterapia, psichiatria, cultura, educazione, propaganda, nazionalsocialismo



Wundt, seduto, con alcuni suoi allievi: Friedrich M., Lehmann A., Münsterberg H.(1863-1916) e Kraepelin E. (1856-1926)].



Alfred Adler.



Frntespizio della rivista Jmago.

La psicologia in Germania fino al 1918

La psicologia scientifica nacque in Germania con l'opera di Fechner G.T. (1801-1887), Ebbinghaus H. (1850-1909), Müller G.E. (1850-1834) e Brentano F. (1838-1917). Il primo laboratorio fu fondato da Wundt W. (1832-1920) nel 1879 all'Università di Lipsia.

Sorsero altri laboratori a Gottingen nel 1881, fondati da Müller, a Berlino nel 1886 da Ebbinghaus, a München da Stumpf C. (1848-1936) nel 1889, a Breslau da Ebbinghaus nel 1894 e a Würzburg da Külpe O.(1862-1915) nel 1896. Nel 1918 Hirschfeld M. fondò a Berlino l'*Institute für Sexulforschung* e descrisse per primo il travestitismo, cioè il piacere di indossare indumenti del sesso opposto. Nel 1920 Kiorkowski e Lipmann O. (1880-1933) fondarono a Berlino l'*Institut der anwenden Psychologie* per la ricerca psicologica applicata. Nello stesso anno sorse la prima Clinica psicoanalitica per pazienti ambulatoriali. Goldstein K. (1878-1965) sviluppò la neuropsicologia clinica. L'unità della psicologia durò solo *in statu nascendi* e presto sarebbero sorte, sempre in Germania e Austria, altre scuole di psicologia. La scuola di Berlino fu fondata da Stumpf C. (1848-1936), allievo di Brentano F. (1838-1917), che avviò a Berlino fin dal 1912 un importante Istituto di psicologia ed ebbe tra i suoi allievi Gelb A. (1887-1936, von Allesch C. J., von Hornbostel E. M., Köhler W. (1887-1967), Koffka K. (1886-1941), Lewin K.(1890-1947), Poppelreuter H.(- 1939), Rupp H. e Wertheimer M.(1880-1943). L'Università di Lipsia, fondata nel 1409, era la seconda università più antica di tutta la Germania con attività didattica ininterrotta. Lì Wundt formò un gruppo di psicologi detti anche psicologi della totalità: Krüger F. A. (1874-1948), Klemm O. (1884-1939), Sander F. (1889-1971), Volkelt H.(1886-1964), Wellek A. (1904-). Krüger scrisse che «Il sentimento è madre a tutte le altre specie di esperienza ed è il terreno più fecondo su cui esse tutte possono svilupparsi». La scuola di Lipsia diede un nome all'elemento ignoto e misterioso che agisce al di sotto della coscienza. A Würzburg fu avviato da Külpe un indirizzo psicologico che combatté il sensualismo e tecnicismo della psicologia associativa, e che ebbe come allievi Ach N.K. (1871-1946), Bühler K.(1879-1963), Marbe K.(1869-1953), Messer A.(1867-1937), Selz O.(1881-1944). In Austria si costituì la scuola di Graz con Meinong A. (1853-1920) che fondò il primo laboratorio di psicologia nel 1894, con l'italiano Benussi V.(1878-1927), Weinhandl F.(1896-) e Witasek S. (1870-1915). A Vienna si costituì, su impulso di Freud S., la scuola psicoanalitica. Nei paesi di lingua tedesca furono editate anche delle importanti riviste scientifiche di psicologia. Nel 1890 la *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* (Giornale di psicologia e fisiologia degli organi di senso) e la *Zeitschrift für Psychologie* (Rivista di psicologia,1890-1944). Nel 1903 Stern W. (1871-1938) fondò con Lipmann O. (1880-1933) la *Zeitschrift für angewandte Psychologie* (Rivista di psicologia applicata,1903-1945). Nello stesso anno iniziarono a Lipsia le pubblicazioni dell'*Archiv für die gesamte Psychologie* (Archivio di psicologia generale,1903-1945). Nel 1908 Jung C.G. (1875-1961) diresse lo *Jahrbuch für Psychoanalyse und psychopathologische Forschungen* (Annuario di psicoanalisi e ricerche psicopatologiche). Nel 1910 fu pubblicata la rivista mensile *Zentralblatt für psychoanalyse* (Rivista centrale di psicoanalisi) edita da Adler A. (1871-1937) e Stekels W.(1868-1940). Nel 1912 fu fondata da Rank O.(1885-1939) e Sachs H. la rivista *Imago*. Nel 1913 fu fondata la rivista dell'Associazione psicoanalitica internazionale *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (Rivista internazionale di psicoanalisi medica). Adler fondò nel 1914

la *Zeitschrift für Individualpsychologie* (Rivista di psicologia individuale). A Berlino venne pubblicata la *Psychologische Forschung* (Ricerca psicologica, 1921-1938).

La repubblica di Weimar (1918-1933)

La Repubblica di Weimar nacque in Germania alla fine della prima guerra mondiale, nel novembre del 1918, e durò fino all'avvento di Hitler del 1933. Dopo la sconfitta bellica del 1918 in Germania cadde l'impero del Kaiser Guglielmo II e si instaurò una Repubblica che prese il nome dalla cittadina di Weimar, in Turingia (65.000 abitanti nel 1939), presso il fiume Ilm, importante centro culturale e storico. Nel XVIII sec. Weimar era stata un centro spirituale della Germania per opera della duchessa Anna Amalia e del suo successore che vi avevano chiamato molti letterati tra i quali Wieland, Goethe, Herder e Schiller.

A Weimar si riunì l'Assemblea del governo repubblicano per redigere, nel periodo febbraio-agosto 1919, la nuova Costituzione della prima Repubblica tedesca e l'11 agosto fu firmato l'atto di nascita. Al governo di questa repubblica c'erano liberali e socialisti, le forze che erano state all'opposizione sotto l'impero del Kaiser, e addirittura il primo presidente fu un operaio che si chiamava Hebert. All'opposizione c'erano le forze che avevano sorretto l'impero e l'imperialismo germanico, cioè la classe della nobiltà agraria, gli *Junker*, i militari, l'alta burocrazia e i grossi industriali. I governanti della Repubblica di Weimar ebbero subito vita difficilissima, stretti fra due fronti politici opposti: da un lato c'era l'opposizione di sinistra, cioè i comunisti, che sognavano di ripetere in Germania la stessa rivoluzione che c'era stata in Russia nel 1917. Questi comunisti avevano formato la *Lega Spartacus*, nome del famoso schiavo gladiatore romano, a capo della quale c'erano due intellettuali, uniti anche nella vita da un rapporto affettivo, Karl Liebknecht e Rosa Luxemburg. Subito dopo la fine della guerra, la Lega Spartacus tentò una insurrezione per rovesciare il governo socialdemocratico ed instaurare una dittatura sovietica sull'esempio della Russia, ma il governo della repubblica di Weimar reagì soffocando questa rivolta e i suoi due capi furono uccisi. Molto più pericolosa era l'opposizione che veniva da destra in quanto tutti i personaggi importanti dell'ex-Impero, ora messi in disparte, fomentavano il malessere e il risentimento dei tedeschi attribuendone abbastanza incoerentemente la colpa al nuovo governo. Infatti i nuovi governanti, pur non essendo stati in nessun modo responsabili dell'entrata in guerra della Germania, ora si trovavano nella difficilissima posizione di dover negoziare con i vincitori e di dover fare accettare al popolo tedesco le durissime condizioni di pace imposte dal trattato di Versailles. La Germania perse l'Alsazia e la Lorena e tutte le colonie, inoltre venne considerata l'unica responsabile morale del conflitto e fu costretta a pagare una altissima indennità di guerra, soprattutto come risarcimento alla Francia e al Belgio. Inoltre doveva pagare le spese di guerra di tutti i paesi vincitori (Francia, Inghilterra e USA) anche se questi ultimi erano in una condizione particolare in quanto erano creditori anche nei confronti degli ex alleati. Vennero anche imposti alla Germania il disarmo totale e la consegna della flotta all'Inghilterra, ma i tedeschi preferirono affondarla piuttosto che consegnarla agli inglesi. Queste condizioni, imposte come un diktat alla Germania, provocarono una gravissima crisi economica con conseguente caduta del marco ed una inflazione alle stelle. I nuovi governanti della repubblica di Weimar, pur non essendo stati responsabili di questo disastro, vennero additati agli occhi dell'opinione pubblica come i responsabili delle recenti sofferenze del popolo tedesco, ritenuti una classe politica inetta ed incapace di contrapporsi alle pretese dei vincitori. Tra l'altro bisogna tenere conto di un fattore psicologico: il popolo tedesco era stato abituato da un secolo di filosofia idealistica, a partire da Fichte (1762-1814) nei *Discorsi alla nazione tedesca* del 1804, a considerarsi il popolo eletto e quindi riusciva inconcepibile l'idea di essere stato sconfitto; bisognava trovare un capro espiatorio, e questo venne individuato dapprima nei socialisti e nei comunisti, che erano stati pacifisti e che nell'ultimo anno di guerra avevano dato vita ad una serie di scioperi e quindi considerati traditori della patria a cui imputare la sconfitta, e questo naturalmente danneggiava i socialisti che erano al governo. L'altro capro espiatorio, che poi venne esasperato dalla propaganda hitleriana, furono gli ebrei, considerati stranieri dentro la Germania ed identificati con una classe di ricchissimi banchieri, che avrebbero fatto parte di una congiura internazionale ai danni della Germania. Queste idee erano diffuse soprattutto nelle classi più basse del popolo e fra i reduci di guerra. E fu soprattutto fra questi ultimi che un oscuro sergente di

origine austriaca, Adolf Hitler, reclutò i suoi primi seguaci, ad imitazione di quanto aveva fatto Mussolini in Italia. Il gruppo, riunitosi intorno alla persona di Hitler, nato in una birreria di Monaco, si costituì poi come NSDAP (*Nationalsozialistische deutsch Arbeiterpartei*) (Partito nazionalsocialista tedesco dei lavoratori) e tentò nel 1923 un colpo di stato di destra, ma venne soffocato e lo stesso Hitler finì in prigione dove scrisse il *Mein Kampf* (uscirà per amnistia alcuni anni dopo). Intanto le difficoltà economiche aumentavano perché la Germania non era in grado di pagare i debiti di guerra e allora la Francia venne autorizzata ad occupare la Ruhr, che era il bacino carbonifero e industriale della Germania ed a intascare direttamente i proventi. Questo esasperò talmente la tensione in Europa che gli USA decisero di intervenire e venne formulato un piano economico che si chiamò Piano Dawes: gli USA rinunziavano a riscuotere immediatamente i loro crediti nei confronti di Francia e Inghilterra se queste avessero accettato una dilazione e una rateizzazione dei debiti della Germania. Con l'accettazione di questo patto la situazione economica e politica della Germania migliorarono e questa entrò finalmente nella Società delle Nazioni da cui era stata esclusa alla fine della Prima Guerra mondiale. Con la crisi del 1929 la situazione peggiorò nuovamente: gli USA, infatti, travolti essi stessi dalla crisi economica, richiesero indietro i soldi prestati agli ex alleati e così, in una reazione a catena, anche la Germania vide venir meno gli aiuti americani e farsi più pressanti le richieste di risarcimento economico dei vincitori. Il marco crollò nuovamente e l'inflazione raggiunse vertici altissimi (sono famose le foto che ritraggono i cittadini tedeschi che vanno ad acquistare il latte con una carriola piena di marchi svalutati).

La prima ricerca psicosociale sulla crisi del 1929 in Austria

I disoccupati di Marienthal: una ricerca sociografica sugli effetti della disoccupazione di lunga durata. Lo studio fu condotto a Marienthal, una piccola cittadina austriaca in cui la popolazione divenne quasi totalmente disoccupata a causa della depressione del 1929. La ricerca, a cura di Jahoda M. (1907-2001), Lazarsfeld P. (1901-1976) & Zeisel, fu condotta nel 1931 e pubblicata nel 1932 senza attribuzione, in quanto gli editori temevano che i nomi ebraici degli autori avrebbero attirato una attenzione indesiderata. Il libro che ne derivò è considerato un classico studio empirico delle conseguenze psicologiche della disoccupazione prolungata in una città che era stata sinonimo di sviluppo industriale. Furono studiate 100 famiglie, su un totale di 478 ridotte alla indigenza, mediante interviste a mogli e/o mariti, conversazioni con il gruppo familiare, osservazioni e descrizioni della casa: il 16 % erano famiglie indomite, il 48% rassegnate, l' 11% disperate e il 25% indifferenti. All'interno delle famiglie erano presenti 131 giovani tra maschi e femmine, dai 14 ai 21 anni ed anch'essi vennero intervistati. I ricercatori segnalavano il fatto che benché la gente avesse, in quel periodo, molto più tempo a disposizione, prelevava meno libri di prima dalla biblioteca pubblica. Coloro che erano completamente senza lavoro facevano meno sforzi per cercarne un altro in altre città rispetto a quelli che avevano ancora un lavoro. I figli dei lavoratori disoccupati avevano aspirazioni, sia riguardo al lavoro che ai regali di Natale, più limitate dei figli della gente che lavorava. I ricercatori incontrarono difficoltà di ogni genere, era molto difficile combinare degli appuntamenti perché la gente spesso non era puntuale o addirittura non si presentava alle interviste; nella cittadina sembrava che "niente più funzionasse". I ricercatori caratterizzarono la cittadina come la "comunità stanca": benché la gente non avesse niente da fare, appariva stanca e osservarono che la gente camminava lentamente e sembrava soffrire di una specie di paralisi generale delle energie mentali.

La cultura in campo educativo nel periodo della repubblica di Weimar

Prima dell'avvento al potere di Hitler una importante riforma della scuola primaria era stata realizzata in Germania nel 1906 a seguito dell'impegno di Kerschensteiner G. M. (1854-1932). Maestro elementare, aveva intrapreso gli studi di matematica e di fisica presso l'università di Monaco, e insegnato successivamente tali discipline in varie università tedesche. Nominato consigliere scolastico di Monaco, progettò la riforma delle scuole post elementari e della scuola popolare, basata sugli interessi pratici del fanciullo e sul lavoro manuale quale strumento di educazione. Per lui la meta ultima della formazione dell'uomo è «l'educazione alla sensibilità nazionale, alla capacità di inserirsi nella vita dello stato produttivamente e con dedizione». In concorrenza e per reazione alla pedagogia sociale e alla scuola-lavoro di Kerschensteiner fiorirono le scuole attive. A partire dal 1924 per iniziativa di Petersen P. si

concepì a Jena la *Erlebnisschule* (la scuola di vita) che, prendendo lo spunto dall'educazione di tipo familiare, raggruppava fanciulli e fanciulle di età differenti, che "giocano e simpatizzano tra di loro e allo stesso modo si associano spontaneamente nella vita, senza il bisogno di essere coetanei". Un altro educatore fu Gaudig H., che predicò una libera attività spirituale (*frei geistige Tätigkeit*) e una pedagogia della personalità (*Persönlichkeitspädagogik*).

Nel campo educativo la costituzione di Weimar istituì la scuola di base quadriennale per tutti i bambini, ma stabilì l'abolizione delle classi preparatorie. Le amministrazioni scolastiche cercarono di offrire possibilità di studio a tutti i giovani dotati e di aprire loro l'accesso agli studi superiori, senza alcuna distinzione di classe o di censo. Per quanto si riferisce alla formazione universitaria vi fu una tendenza che privilegiava la formazione tecnico-scientifica specialistica, rispetto allo sviluppo della persona nella sua globalità. Le *Technische Hochschulen* diventeranno lo strumento tipico dell'efficienza tecnica durante il regime nazista (Layton, 1984) e questa impostazione favorì l'asservimento degli studenti delle scuole superiori e degli universitari a fini politici.

Nella tabella presentiamo la distribuzione degli studenti tedeschi nel 1928.

	Classe elevata M F	Classe media M F	Classi inferiori M F	Media Totale M F
Università	32,4 44,9	61,5 52,1	4,1 1,2	32,7 32,6
Technische Hochschulen	37,8 55,2	56,5 44,2	2,7 2,0	32,3 33,8

La psicologia in Germania nel periodo di Weimar

In Germania, nel 1919, sorse la prima clinica psicoanalitica per pazienti ambulatoriali e si sviluppò la neuropsicologia clinica per opera di Gelb A. (1887-1936) e Goldstein K. (1878-1965) che esposero i risultati delle loro osservazioni cliniche condotte su soldati che avevano subito lesioni al SNC durante la "grande guerra" pubblicate nel volume *Trattamento, assistenza e valutazione dei soldati cerebrolesi*. Köhler W., uno dei fondatori della psicologia della Gestalt, pubblicò la monografia *Le forme fisiche in quiete e nello stato stazionario* (1920). Nel 1921 fu fondata a Berlino la rivista *Psychologische Forschung* (Ricerca psicologica) da Wertheimer M., Koffka K. Goldstein e Gruhle W. H. (1880-1958), e contemporaneamente Koffka presentò il libro sullo sviluppo psichico infantile *Fondamenti dello sviluppo psichico: un'introduzione alla psicologia infantile*. Nello stesso anno Ach N. K. (1871-1946) presentò *La formazione dei concetti*. Nel 1922 Lewin K. pubblicò *Il concetto di genesi in fisica, biologia e storia evolutiva*. Nello stesso anno Selz O. (1881-1944) pubblicò le sue ricerche sui processi di pensiero in *La psicologia del pensiero produttivo e dell'errore* seguito da *Le leggi dell'attività mentale produttiva e riproduttiva* (1924) lavori che individuarono importanti proprietà del "pensiero produttivo" poi sviluppate da Duncker. Tra il 1923 e il 1924 Stern W. (1871-1938), che nel 1912 aveva proposto la formula del QI, espose in *Person und Sache* la sua teoria della personalità e nel 1929 pubblicò le importanti ricerche sistematiche sulla psicologia infantile condotte con la moglie Clara e l'assistente Muchow M. pubblicate in *Problemi psicologici della prima educazione*. Nel 1924 lo psicologo Sommer R. (1864-1940) fondò l'Associazione tedesca di Psicoigiene all'interno però della Società tedesca di psichiatria. Bühler Karl (1879-1963) uno degli psicologi più influenti e importanti della scuola di Würzburg con il libro *La crisi della psicologia* (1927) ebbe una vasta risonanza per la sua denuncia della estrema frantumazione in scuole separate della psicologia dell'epoca. Bühler aveva affrontato subito dopo la fine della grande guerra il problema della formazione dei concetti nel bambino e quello dei rapporti tra pensiero e linguaggio in *Lo sviluppo psichico del bambino e la periodizzazione dello sviluppo psichico* cui si sarebbero riferiti vari psicologi negli anni successivi. Werner H. (1890-1964) pubblicò un importante contributo teorico alla psicologia dello sviluppo psichico infantile, *Introduzione alla psicologia dello sviluppo* (1928), ed elaborò una concezione generale dello sviluppo psichico del bambino comparato con quelli degli animali, degli uomini primitivi e dei malati di mente per individuare le leggi e la progressiva gerarchizzazione dei fenomeni dello sviluppo e delle funzioni mentali. Stumpf C., fondatore della psicologia della musica e di psicoacustica, profondo conoscitore della musica ed esperto violinista,



Willy Hellpach.

pubblicò *Sentimento e sensazione di sentimento* (1928). Figura emblematica fu quella di Hellpach W., medico orientato alla psicologia che aveva studiato con Wundt ed ex allievo di Kräpelin ad Heidelberg.

Dedito alla politica, dal 1922 al 1925 fu ministro della pubblica istruzione e contemporaneamente nel 1924-25 capo di stato del Baden e dal 1928 al 1930 membro del Reichstag. Svolse delle ricerche sulle malattie psichiche nei ceti operai e nei marinai. Fondò la Geopsicologia, campo di ricerca che ha per oggetto l'ambiente naturale nei suoi rapporti con la condotta e le esperienze interiori dell'individuo. Hellpach distinse quattro fattori: influenza del tempo, del clima, del terreno e del paesaggio sul comportamento umano. Krueger F. A. (1874-1948) psicologo, allievo e successore di Wundt, noto per avere costituito la seconda scuola psicologica di Lipsia nel 1917, alla quale aderirono Sander F. (1889-1971), Klemm O., Volkelt H. (1886-1964), Wellek A.. Krueger, si dedicò alla "psicologia genetica generale e strutturale" e sviluppò una psicologia della totalità (*Ganzheitspsychologie*) sostenendo la priorità degli affetti e dei sentimenti nella strutturazione della vita psichica: «I sentimenti devono considerarsi come qualità di complesso, ossia come la ragione della colorazione specifica che assume un tutto d'esperienza e dalla maniera secondo la quale la totalità di un processo psichico sale immediatamente ed originariamente alla coscienza» (1924). Ideò il laringografo, un dispositivo per la registrazione delle vibrazioni laringee durante il parlare o il canto. Nel 1929 studiò gli effetti di un prolungamento degli sforzi di acquisizione mnemonica al di là del momento in cui questa appare come completa, per cui tale iperfissazione o sovracquisizione assicurerebbe un guadagno di conservazione del ricordo e un rallentamento del declino. Moede W. (1888-1958) svolse delle ricerche sperimentali sul comportamento sociale e di psicologia applicata. Formulò la legge di livellamento (*Nivellierungsgesetz*) secondo la quale in un lavoro uguale e comune ha luogo un influsso contrario e livellatore (solidarietà) con diminuzione dei massimi rendimenti e aumento di quelli più bassi, e con un leggero incremento complessivo del livello di rendimento del gruppo. Secondo Moede tale fenomeno non si presenterebbe invece in certe situazioni socio-psicologiche, quali l'invidia, la concorrenza, la rivalità all'interno del gruppo, o in particolari condizioni di mercato del lavoro, come nel caso di una notevole disoccupazione.



Adolf Hitler.

Il Mein Kampf di Hitler, manifesto del nazionalsocialismo

Meinecke F., lo storico probabilmente più rappresentativo ed influente del periodo, nel 1924 pubblicò *Le idee della ragion di stato nella nuova storia*, una affermazione ed esaltazione della specificità dell'evoluzione politica ed intellettuale della Germania moderna, con una difesa della missione civilizzatrice della cultura tedesca e dell'ideale "imperiale". Il *Mein Kampf* (La mia battaglia) fu scritto da Adolf Hitler tra il 1924 e il 1925, durante i nove mesi di prigionia nella fortezza di Landsberg, in seguito al fallito putsch di Monaco fu pubblicato nel 1925 e nel 1927 in due volumi di enorme diffusione: oltre 4 milioni di copie sino al 1939, tradotto in sedici lingue e donato ad ogni giovane coppia che si sposava. La traduzione italiana del 1934 presso l'editore Bompiani fu curata da un ebreo, Angelo Treves. Il *Mein Kampf* è l'espressione basilare dell'ideologia nazionalsocialista; la prima parte è autobiografica, mentre la seconda anticipa le azioni che trovarono realizzazione nel Terzo Reich. Esso è basato su tre idee: 1. Una forzata interpretazione del principio derivante dal darwinismo sociale, della lotta eterna tra forti e deboli, che si esprime nella selezione naturale ed è associato alla teoria dello spazio vitale; 2. Il principio etnocentrico, che pone al centro di ogni azione e pensiero la razza o il popolo di appartenenza; 3. Il principio della personalità secondo il quale la storia è il risultato dell'azione di personalità eccezionali, mentre la massa è stupida ed incapace.

Un recente studio condotto con metodologia psicosociale, *Analisi del contenuto e analisi delle corrispondenze*, (Capozza & Volpato, 2004) ci offre una lettura non ideologica del *Mein Kampf*. Le autrici individuano due variabili sottese nel libro: la rappresentazione delle razze umane e la rappresentazione dei gruppi etnici, nazionali e politici. La prima variabile si riferisce a Ebrei, Tedeschi ed Ariani. Essa oppone l'umanità superiore (Ariani e Tedeschi), che ha capacità di creare civiltà, all'umanità inferiore, gli Ebrei, che usano l'intelligenza per l'inganno; contrappone la debolezza dei Tedeschi e i loro fallimenti all'atteggiamento degli Ebrei che tramano e corrompono. L'opera sottolinea l'importanza data alla nazione in opposizione ad una visione internazionale. Agli Ariani, definiti da genio e grandezza, che creano e diffondono civiltà e sono caratterizzati da capacità di conquista e volontà di dominio sono

contrapposti i Tedeschi, che sono un armento debole e diviso: essi hanno commesso errori e subito fallimenti, essi sono lontani dall'ideale ariano perché deboli, creduli, divisi e imbastarditi perché hanno tollerato gli Ebrei, che sono distruttori di cultura. Il concetto centrale dell'ideologia hitleriana è sulla razza ebraica e questa concezione razziale si basa su un fondamentale etnocentrismo. La seconda variabile si riferisce alla rappresentazione dei gruppi etnici, nazionali e politici. Essa esplicita come né la borghesia né un programma politico come quello del Partito Pangermanista hanno fallito politicamente. Alla fine i tedeschi ne risultano un prototipo degenerato: "bisogna trasformare ogni tedesco, farne un nuovo tipo nuovo di uomo... fustigare le masse... e stabilire che solo chi è sano possa procreare, che è scandaloso mettere al mondo bambini se si è malsani o difettosi". C'è anche una associazione tra ebrei e marxisti, che vengono definiti sostenitori di una dottrina che, in nome dell'uguaglianza, conduce al caos nella società. La filosofia di Hitler è basata sull'intolleranza, l'indignazione e il disgusto quali forze a sostegno del suo tipo di legge morale. Nel *Mein Kampf* Hitler dichiarava «Il nostro movimento riuscirà ad abbattere la proporzione odierna tra la popolazione tedesca ed il suo spazio vitale, guardando alla superficie sia come ad una sorgente di vita, sia come ad una colonna per la sua politica di grandezza». I principi del nazismo saranno la creazione di una comunità nazionale accentrata fondata sulla tradizione germanica, l'affermazione del principio della razza con esclusione dei non ariani dalla comunità nazionale e conseguente azione antisemita.

Lo psicologo clinico americano Henry Murray (1893-1988) ideatore con Morgan C. del TAT, nel corso della seconda guerra mondiale fu chiamato dall'OSS, i servizi segreti americani, per stendere un rapporto molto dettagliato, applicando la sua teoria della personalità, la personologia, su Hitler. Il lavoro fu consegnato nell'ottobre del 1943 con il titolo *Analysis of the personality of Adolf Hitler*. Sulla base della raccolta di informazioni di seconda mano fino alla genealogia di Adolf, della documentazione scolastica e militare, di notizie pubbliche di eventi e filmati, di scritti autografi, di biografie e di informazioni riservate dell'OSS, Murray propose un profilo psicologico mediante il quale prevede il suicidio del dittatore tedesco. Murray stabilì che la personalità del dittatore si inquadrava come un tipo di «narcisismo controreattivo che, stimolato da offese o da torti, include antichi rancori, bassa tolleranza alle critiche, eccessiva richiesta di attenzione... Hitler è incapace di esprimere un sentimento di gratitudine, mostra una tendenza a sminuire l'altro, appare un bullo e uno sbruffone, frustrato per rimproveri ed accuse, col desiderio di vendetta, persistente nella faccia tosta, impudente, con una estrema auto-volontà, elevata fiducia in sé, incapace ad accettare o a cogliere uno scherzo, in definitiva un criminale compulsivo».

Dalla caduta di Weimar all'avvento del potere nazionalsocialista del 1933

Nel 1932 la produzione industriale in Germania calò del 50% e i senza lavoro raggiunsero i 6 milioni: la disoccupazione toccava la metà delle famiglie tedesche. Il dissesto economico e l'esplosione della violenza andarono di pari passo con il collasso del sistema politico. Naturalmente si ebbero fortissime ripercussioni sulla tenuta della repubblica di Weimar e sull'ascesa del nazismo: se si confrontano i dati dei deputati nazional-socialisti al *Reichstag* nelle elezioni precedenti la crisi del '29 e i dati riguardanti le elezioni del 1930 vediamo il partito nazista passare da 12 a 107 deputati, promettendo il riarmo immediato, con la ripresa dell'industria siderurgica tedesca e il rigetto del trattato di Versailles. La repubblica di Weimar terminò nel gennaio del 1933 ma a partire dalle elezioni del 1930 era stata governata da Heinrich Brüning, un cattolico conservatore, in base a decreti di emergenza. Parecchi tedeschi colti e intelligenti erano disgustati dall'esperimento democratico rappresentato da Weimar, percepito come corrotto e inefficiente. Gli eventi successivi videro l'inarrestabile ascesa di Hitler, fra violenze di ogni genere e manipolazione del consenso. Nel 1933 Hitler aveva 44 anni quando divenne cancelliere; sciolse il Reichstag contro le opposizioni, e il ministro degli interni Göring Hermann, in Prussia, riorganizzò la polizia rafforzandola con le camice bruno e gli elmetti d'acciaio. In seguito all'incendio del *Reichstag*, attribuito ai comunisti, furono revocati gli articoli della Costituzione relativi alla libertà di stampa, di riunione, di propaganda, e promulgata la pena di morte per il sabotaggio e la rivolta armata. Vennero soppressi i sindacati, boicottati i negozi ebrei e instaurato il partito unico. Venne cancellata la socialdemocrazia di Weimar e fu demolito il federalismo; poi fu firmato un concordato con il Vaticano, che garantiva la libertà religiosa evitando così tensioni con i cattolici.



Un raduno delle Schutz-Staffen.



Il vincitore dell'Olimpiade del 1936, l'afro-americano Jesse Owens.

Nel 1934 vennero eliminati gli avversari politici con l'aiuto della Gestapo e delle SS *Schutz-Staffen* (squadre di difesa) trasformate in un'organizzazione autonoma. In quell'anno morì il vecchio cancelliere Hindenburg ed Hitler gli successe come Führer e Cancelliere del Reich: la Wehrmacht gli giurò fedeltà. Nel 1935 la Germania si riarmò, ricostituì l'esercito e venne istituito il servizio militare obbligatorio. Venne emanata una legge per la sicurezza della chiesa evangelica tedesca che esautorò tutti i pastori e le associazioni evangeliche scomodi e contrari al nazismo.

Le olimpiadi di Berlino del 1936

Hitler voleva mostrare al mondo che i tedeschi eccellevano dovunque, anche nello sport. Intendeva provare che la germanità era in grado di ridare alle Olimpiadi l'antico spirito ellenico. Volle perciò che i Giochi olimpici costituissero una esaltazione del paganesimo greco e di quello teutonico. Vi presenziarono oltre 100.000 spettatori con la partecipazione di 57 nazioni e di 4.070 atleti, 22 sport e 142 prove; tra gli atleti vi furono anche quelli ritenuti dai nazisti di razza inferiore: i "negri" e gli ebrei. Erano stati esclusi dalla competizione due atleti ebrei americani nel 4x100. Alla fine per pressioni del Comitato olimpico i nazisti dovettero accettare tutti. Gli atleti ebrei vennero espulsi da tutti i Club, e discriminati ad eccezione di Elena Mayer che vinse la medaglia d'argento nel fioretto. Pur essendo ebrea e non affiliata alla associazione di atletica tedesca fu obbligata a gareggiare. Il miglior atleta risultò l'afro-americano Jesse Owens, «con gran rabbia dei gerarchi nazisti: medaglie d'oro nei 100 m, 200 m, salto in lungo e staffetta 4 x 100» (Fugardi, 1972). I campioni tedeschi, protetti dal regime, non verranno inviati al fronte bellico. Nel 1938 l'attrice e regista Leni Riefensthal vicina al ministro Göbbels, capo della macchina propagandistica del regime, presentò il film *Olimpia* che divenne uno strumento di propaganda del regime con l'esaltazione della razza ariana e molte scene tratte dalle olimpiadi di Berlino del 1936.

La riforma nazionalsocialista della scuola e il tentativo di controllo dell'Università

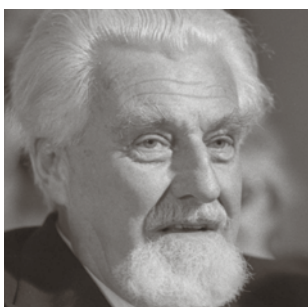
La riforma della scuola del regime nazionalsocialista provocò una radicale unificazione della scuola secondaria: la *Oberschule*, scuola superiore, divenne la scuola normale, e i ginnasi tollerati, mentre fu mantenuta la scuola di base quadriennale istituita nel periodo di Weimar. Nel 1941 vennero soppressi gli istituti universitari per la formazione dei maestri e al loro posto risorsero i vecchi Seminari con un ciclo di cinque anni. Nel 1933, 960 eminenti educatori e intellettuali tedeschi firmarono un giuramento pubblico a sostegno di Hitler e del regime; tra i firmatari il filosofo Heidegger M. il quale definì il nazismo come "volontà dei tedeschi di essere se stessi". In educazione i nazisti «erano famosi per la loro insistenza sulle virtù tradizionali.... La teoria genetica che sta alla base di tale comportamento moralistico era riferibile all'impossibilità di certi bambini a far fronte ai loro impulsi». (Lifton), Il Ministro per l'educazione e la cultura popolare Rust B. pubblicò *Educazione e istruzione*, un manuale ufficiale per gli insegnanti tedeschi nel quale osservava che «la scuola dovrebbe sempre subordinarsi alla vita, e non mai tentare di imporsi ad essa. La vita precede la scuola. Se le scuole seguiranno gli ordini del Partito, troveranno il posto che loro spetta... Scopo principale della scuola è di plasmare i giovani in maniera che arrivino a comprendere come lo Stato sia più importante dell'individuo, e come gli individui debbano essere pronti a sacrificarsi con entusiasmo per la nazione e per il Führer... Il carattere tedesco può formarsi soltanto se incontra molti ostacoli: le conoscenze allargano le vedute solo se sviluppano l'idea di potenza e se promuovono nell'individuo l'ubbidienza e la modestia... L'insegnante non deve tollerare alcuna opposizione, ma deve esigere ubbidienza cieca» (Ziemer, 1945). Anche l'Università tedesca, pur essendo una roccaforte quasi intoccabile, fu investita dalla marea nazionalsocialista. La *Humboldt-Universität* era la più antica delle università di Berlino e uno dei principali istituti di ricerca in Germania e come altre università fu colpita dagli sconvolgimenti e dalle fratture nella storia molto movimentata di Berlino, della Germania e dell'Europa. Essa ebbe anche un pesante carico di colpa: per gli studenti ebrei era molto difficile essere trattati in base al loro talento; dal 1933 i professori e gli studenti ebrei furono allontanati, esiliati e in seguito anche assassinati. Tutto ciò non avvenne per un progetto deciso dall'università, ma avvenne con il tacito consenso o la attiva partecipazione del corpo accademico. Anche tutte le altre università germaniche, a partire dal 1933, espulsero molti studiosi e docenti non ariani, costrinsero alle dimissioni gli ebrei o gli studiosi non allineati al regime nazional-

socialista. Emblematico fu il comportamento degli storici. Proprio perché erano leali e si riconoscevano in gran parte nella politica del Terzo Reich, gli storici, forti della loro unità interna rafforzata anche dall'emigrazione degli ebrei e dall'epurazione dei non allineati, seppero conservare la loro autonomia di fronte all'influenza del partito e il regime non riuscì nel suo tentativo di allineamento (*Gleichschaltung*) del corpo degli storici universitari. Essi continuarono, dopo il 1933, a insegnare e a fare ricerca come avevano fatto in precedenza. Frank W., uno dei pochi storici che aveva aderito con convinzione al partito nazista, creò e diresse un istituto di storiografia nazista. Il rettore dell'università di Jena, nell'inaugurazione dell'anno accademico dichiarò: «Non esiste la conoscenza fine a se stessa. La scienza può essere solo una educazione militaresca delle nostre menti al servizio della nazione. L'università deve essere un campo di battaglia per l'organizzazione dell'intelletto. Heil Hitler e i suo eterno Reich!». I roghi di libri inscenati il 10 maggio 1933 nelle pubbliche piazze e nelle università «simboleggiano l'auto-da-fé di un secolo di cultura tedesca» (Friedmann, 1977). Una grande quantità di copie della prima edizione del libro *I disoccupati* di Marienthal fu vittima della messa al bando da parte del regime hitleriano e la maggior parte delle copie fu bruciata. Nel maggio del 1933 anche le opere di Freud furono gettate nel rogo acceso davanti all'Opera di Berlino; Freud disse: «Nel medio-evo avrebbero bruciato me, oggi si accontentano di bruciare i miei libri». Nel 1936 anche le carte editoriali dei libri di Freud a Lipsia vennero sequestrate dalla Gestapo.

Il nazionalsocialismo e la teoria della razza

L'eugenetica è oggi intesa come il miglioramento della popolazione umana attraverso il cambiamento della sua composizione genetica, ottenuto incoraggiando gli accoppiamenti di organismi che abbiano geni desiderabili, eugenetica positiva, e scoraggiando gli accoppiamenti di organismi che si presume abbiano geni non desiderabili, eugenetica negativa (King, 1974).

In Germania ogni provvedimento antisemitico era stato abrogato nel 1869. Durante i successivi sessant'anni sembrò essersi avviato un periodo di convivenza pacifica. Gli attacchi verbali al tempo di Bismark erano relativamente lievi, il razzismo non era endemico in Germania. Allport G. W. (1897-1967) ha sostenuto però che «settant'anni di politica verbale antisemita hanno preceduto le leggi di Norimberga che entrarono in vigore sotto il regime di Hitler; gli ebrei vennero chiaramente ed ufficialmente accusati di ogni crimine immaginabile, dalle perversioni sessuali alla cospirazione ai danni dell'umanità. Subito dopo tali leggi si tradussero in un programma di effettivo sterminio». Il darwinismo sociale trovò sostenitori a partire dall'800 nel francese Gobineau che sosteneva che i nordici erano la razza biologica superiore. Anche la cultura medico-biologica del '900 trovò numerosi sostenitori. Negli anni '30 i paesi anglosassoni resero legale la sterilizzazione per gli omosessuali, i ritardati mentali, gli alcolizzati e i tossicomani ed altri "degenerati" ed anche i tedeschi presero delle misure che dovevano costituire impedimento alla propagazione delle tare ritenute ereditarie: la proibizione di matrimoni, la sterilizzazione, l'evirazione, la segregazione, l'internamento e persino la morte degli individui costituzionalmente non efficienti. Più tardi si giunse a sperimentare la fecondazione artificiale per la produzione di super-campioni della razza ariana. Riferisce Dobzhansky che per alcuni ideologi dell'impero britannico «gli inglesi erano un popolo destinato per natura a governare le razze inferiori del mondo, a vantaggio di entrambe le parti... e la parola lotta, nella frase lotta per la vita, era per Darwin una metafora». Hitler dichiarò enfaticamente nel *Mein Kampf* che solo «Una razza forte scaccerà le deboli, perché lo slancio vitale nella sua forma definitiva abatterà le assurde barriere della così detta umanità degli individui, per l'umanità della Natura, la quale distrugge il debole per dare il suo posto al forte... Al contrario della concezione borghese ed ebraico-marxista la filosofia del Volk ritiene che l'importanza dell'umanità è legata agli elementi fondamentali della razza...Essa non crede affatto nell'eguaglianza delle razze, ma insieme alle loro differenze riconosce una gerarchia di valori e vuol favorire la vittoria del migliore e del più forte». Le leggi antisemite di Norimberga, promulgate nel settembre del 1935 trovarono attuazione di questi pensieri e i massacri superarono in ferocia ogni episodio di antisemitismo mai verificatosi in Germania. La legge sulla cittadinanza del Reich suddivise i cittadini tedeschi in cittadini del Reich (*Reichsbürger*) e in appartenenti allo stato (*Staatsangehörige*), per cui gli ebrei divennero cittadini di rango inferiore. Inoltre furono considerati ebrei tutti coloro che avessero almeno tre avi di pura razza ebraica o quando gli avi avevano fatto parte di una comunità religiosa ebraica. La



Konrad Lorenz

legge per la salvaguardia del sangue proibì i matrimoni tra ebrei e cittadini di sangue tedesco o affine ed anche il rapporto sessuale extramatrimoniale tra gli appartenenti alle due razze fu proibito e poi punito come offesa contro la razza, con condanne fino alla morte. In conseguenza delle leggi razziali gli ebrei tedeschi furono prima posti in condizione di inferiorità giuridica rispetto ai cittadini del Reich, quindi furono estromessi dagli impieghi pubblici e dalle organizzazioni sindacali e di partito, poi obbligati al lavoro obbligatorio e, infine, apertamente perseguitati e sterminati. Per motivi razziali i tedeschi fedeli al nazismo perseguitarono prima gli omosessuali, gli zingari, i ritardati mentali e poi gli ebrei. Schmitt C., nel 1934, giustificò l'uccisione dei Röhm e gli psichiatri tedeschi furono mobilitati per la divulgazione e l'applicazione pratica dei principi dell'eugenetica. Nel 1936 fu promulgata la legge per la prevenzione di nuove generazioni di malati genetici, primo passo per l'eutanasia per chi era ritenuto indegno di far parte della comunità germanica, come dichiararono i funzionari dell'ufficio dello NSDAP: "sono considerati inadatti alla vita sociale coloro che per una disposizione mentale ereditaria e perciò irrimediabile non sono in grado di soddisfare le minime indispensabili richieste della Volksgemeinschaft a livello personale, sociale e nazionale". I medici nazisti tentarono di emarginare, sterilizzare e infine sopprimere quanti soffrivano di malattie rare e incurabili.

Anche Lorenz K., il fondatore dell'etologia e futuro premio Nobel, ed altri studiosi trovarono delle ragioni per la discriminazione legale degli ebrei. Scriveva nel 1940 "Dovere dell'igiene razziale deve essere quello di occuparsi con sollecitudine di un'eliminazione degli esseri umani moralmente inferiori, in modo più severo di quanto non la pratica oggi... Noi dovremmo letteralmente costituire tutti i fattori che determinano la selezione in un vita naturale e libera... Nei tempi preistorici dell'umanità la selezione delle qualità della resistenza, dell'eroismo, dell'utilità sociale, ecc. fu praticata esclusivamente da fattori sociali esterni. Questo ruolo dev'essere oggi assunto da un'organizzazione sociale; in caso contrario l'umanità, per mancanza di fattori selettivi, sarà annientata dai fenomeni degenerativi che si accompagnano alla domesticazione". Ciò fu pubblicato su una rivista di psicologia, la *Zeitschrift für angewandte Psychologie und Charakterkunde*. Nel 1941 comparve il film *Ich klage an!* (Io accuso!) di Liebeneier W. che narrava la vicenda di un medico che, per pietà, uccide la moglie pianista affetta da sclerosi multipla: forse il film rientrava in un programma propagandistico per rendere più popolare l'eutanasia. Nell'aprile del 1941 il ministro della giustizia Thierack varò il programma per l'eutanasia degli elementi asociali: ebrei, zingari, russi, ucraini. Come avremo modo di vedere nei paragrafi successivi, durante il nazismo vi fu una assimilazione tra le tipologie caratteriologiche e la teoria della razza. I nazisti difatti appoggiarono le ricerche di psicologia scientifica miranti a «dimostrare il ruolo dell'ebreo come anti-tipo, costruito biologicamente e sociologicamente in modo da avere un effetto disintegratore sulla comunità tedesca più ampia» (Lifton).

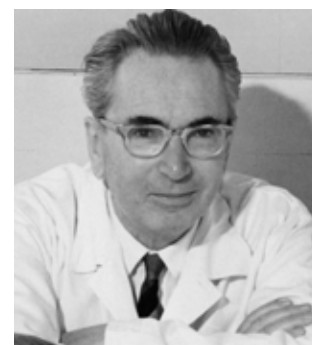
Le immigrazione degli ebrei in America prima dell'avvento del nazionalsocialismo

Lo psicologo sociale americano Thomas W. I. pubblicò nel 1921 una approfondita indagine sugli immigrati d'America dalla quale si evince che nel 1918 risiedevano negli USA 3.320.000 ebrei provenienti dalla Russia, Romania, Polonia, Turchia e Germania; 1.500.000 di questi risiedevano a New York. Thomas sottolineò che «Essi hanno la psicologia del colono stabile. Portano con sé i loro intellettuali, professionisti, uomini di affari, come anche i rivoluzionari e i lavoratori, e possiedono più di altri gruppi immigrati, gli elementi necessari a creare una società completa in tutte le sue parti... Hanno notevoli capacità creative ed organizzative in vari campi – economico, scientifico, artistico, ecc. – e i loro esponenti migliori non solo vivono senza sfruttare la propria gente, ma consacrano sinceramente le capacità e le risorse di cui dispongono al miglioramento del proprio popolo... Abbiamo l'impressione che i tentativi messi in atto da questa comunità per risolvere i propri problemi contengano una ragione di interesse che travalica la comunità ebraica per estendersi alla società americana nel suo complesso». I movimenti migratori del popolo ebraico furono certamente antecedenti alle persecuzioni successe nella Germania nazista.

Le persecuzioni politiche e razziali verso gli psicologi

Con l'avvento del nazionalsocialismo iniziarono le persecuzioni contro gli psicologi e gli psicoterapeuti ebrei e gli intellettuali non allineati. Reick W. (1897-1957) nel

1933 emigrò prima a Vienna e poi in Danimarca. Nel 1937 a Jaspers K. (1883-1969) fu negato l'insegnamento di filosofia ad Heidelberg e dovette emigrare. Heimann P. (1899-1982), dopo l'incendio del *Reichstag* fu arrestata, poi liberata ed emigrò. Ed emigrarono in Inghilterra Klein M. (1882-1960), Rosenfeld H., Blick E., i Freud. I coniugi Bühler e gli Stern emigrarono negli USA e così Gelb, Hartmann, Horney, Katz, Köler, Lewin, Wertheimer e così pure Horkheimer M. (1895-1973), Adorno T. W. (1903-1969) Fromm E. (1900-1989) e Frenkel-Brunswick E. (1908-1958), tutti questi ultimi del famoso *Institut für Sozialforschung* di Francoforte. Rittmeister J. (1898-1943) tornato in Germania dall'esilio svizzero per assumere la direzione della clinica per pazienti esterni dell'Istituto Göring, fu giustiziato per aver militato nella resistenza. Inoltre alcune donne accademiche si opposero al Nazismo. L'Istituto di psicologia applicata fondato da Lipmann O. (1880-1933) nel 1912 fu distrutto. La psicologa olandese Bigiel R. (1886-1943), responsabile del Laboratorio di psicotecnica degli Uffici postali olandesi, preferì suicidarsi pur di evitare una morte atroce in un campo di sterminio, Lahy M. J. (1872-1943), famoso psicotecnico francese, perì nel corso della fuga dai nazisti. In Polonia Segal J., docente di psicologia sperimentale, fu fucilato dai nazisti. Lipszykowa Z., psicologa scolastica di Varsavia, si suicidò durante il trasporto in un campo di concentramento. Anche la prima ispettrice del lavoro in Polonia Przedborska M. fece una fine atroce. A Vienna, nel 1938, esercitavano la professione solo 4 dei 120 psicoanalisti di un tempo anche se Anna Freud aveva organizzato l'apertura della *Casa della psicanalisi*. Le SA fecero un'incursione in casa Freud e la Gestapo fissò un prezzo per la libertà di Freud dato che, per poter abbandonare il Reich era necessario versare una consistente tassa. Karsten A. (1902-1988), allieva di Lewin a Berlino, era una finlandese, nordica di pura razza ariana; tuttavia si trasferì in Finlandia nel 1939. Fino al 1944 collaborò alla rivista *Nordlicht* che favoriva le relazioni tra Finlandia e Germania. A causa di ciò fu arrestata ma non essendoci a suo carico alcuna collaborazione diretta con i nazisti fu rilasciata. Non scrisse direttamente contro gli ebrei, sebbene come editor chiaramente promosse alcuni contributi finnici favorevoli al nazional-socialismo. La società psicoanalitica danese nel 1941 deliberò di sciogliersi non accettando l'espulsione dei suoi membri ebrei, come reazione alle imposizioni dell'occupazione militare nazista. Frankl V. E. (1905-), psichiatra e psicoterapeuta viennese dal 1942 al 1945 fu prigioniero in quattro campi di concentramento nazisti, tra cui Auschwitz e Dachau. A partire dall'esperienza della deportazione scrisse i volumi *Alla ricerca di un significato della vita* e *I fondamenti spirituali della logoterapia*. In *Uno psicologo nei lager* scriverà: «Guai a chi non si ritrova l'unico suo sostegno del tempo trascorso nel lager - la creatura amata. Guai a chi vive nella realtà l'attimo del quale ha sognato nei mille sogni della nostalgia, ma diverso, profondamente diverso da come se l'era dipinto. Sale sul tram, va verso la casa che per anni ha visto davanti a sé nei pensieri e solo nei pensieri, suona il campanello - proprio come lo ha desiderato ardentemente in mille sogni... ma non gli apre la persona che avrebbe dovuto aprirgli - e non gli aprirà mai più la porta». Franziska Baumgarten Tramer, che era sopravvissuta all'olocausto trasferendosi in Svizzera, al convegno di Berna *La Psychotechnique dans le monde moderne* del 1949 dichiarò che «Gli psicologi tedeschi non ebbero alcun sentore della catastrofe mondiale. Parecchi di essi furono a favore di Hitler, del militarismo e antisemitici». Parecchi psicologi e i sociologi tedeschi, sotto il regime di Hitler, dichiararono con tutta serietà «ogni criterio di ricerca sull'uomo deve basarsi sulla razza». Gli stessi attribuirono la delinquenza all'eredità razziale e dichiararono: «Gli slums derivano dalla delinquenza di chi vi abita, e non viceversa». In base alle loro ricerche essi scoprirono che i quattordicenni delle scuole tedesche, nel 1940, erano fisicamente più dotati dei bambini che avevano 14 anni nel 1926 e ciò fu interamente attribuito alla applicazione delle linee direttive ricevute dal Führer.



Victor Frankl.

L'Anschluss

Nel marzo del 1938 fu effettuata l'annessione dell'Austria alla Germania, l'*Anschluss*. Dopo il tentativo di un plebiscito avversato da Berlino, il cancelliere austriaco Schuschnigg si dimise e il potere venne assunto dal nazista Seyss-Inquart: il giorno successivo le truppe tedesche entrarono a Vienna, sanzionando l'inglobamento della Repubblica austriaca al Reich della grande Germania: l'Austria divenne un Land tedesco. Vennero anche annessi, con la conferenza di Monaco, i territori tedeschi dei Sudeti. Nel novembre vi fu la "notte dei cristalli", un grande pogrom antisemita in Germania. Nel 1939 le truppe tedesche entrarono in Boemia e Moravia ed occuparono



la regione del Memel. Nel discorso del 19 settembre 1939 a Danzica Hitler disse: «Questa razza inferiore, i polacchi, a causa dei loro complessi d'inferiorità si comportano con gli altri nel modo più barbaro». Il pregiudizio verso i polacchi era condiviso anche dagli austriaci come scrisse Zilborg «Hitler usò una terminologia pressoché freudiana per descrivere il suo disprezzo per i Polacchi» (1963). Il 1° settembre la Germania invase la Polonia, quindi la Danimarca, la Norvegia, i Paesi Bassi, il Belgio, la Francia, la Jugoslavia, la Grecia e una parte della Russia. Pubblichiamo una carta geografica del 1939 che mostra quanto si sia ampliato il Grande Reich, la cui superficie divenne di 499.183 km² con una popolazione di 112.151.000 abitanti. La Germania attuale riunificata ha una superficie di 357.000 km², con una popolazione di 81.800.000 abitanti.

L'ideologia del lavoro: Arbeit macht frei

Il sociologo Weber M. (1864-1920) avanzò l'idea che l'avvento del capitalismo fosse stato «favorito dalla Riforma protestante, la quale aveva sostenuto l'idea che il duro lavoro è un obbligo morale e che le buone opere di una persona costituiscano la pro-



va che essa è stata scelta da Dio per essere salvata; pertanto la persona lavora sodo per dimostrare che è stata eletta. L'età del lavoro è una secolarizzazione dell'etica protestante». Dopo gli anni '20 in Germania il numero di ore settimanali di lavoro fu, determinato con legge, di 48 ore. Le virtù dell'autocontrollo, della disciplina e del senso del dovere e la preoccupazione per la produttività individuale in campo civile e militare era a base del sistema di valori del popolo tedesco. Fin dalla fine del grande guerra furono insediati i consigli di fabbrica che davano ai lavoratori certi diritti di fronte ai datori di lavoro, ma stabilirono anche per legge che tra i doveri legali dei consigli di fabbrica c'era anche quello di assistere i datori di lavoro per migliorare rendimento e produttività. I sindacati nel periodo di Weimar «nonostante perdessero aderenti e fossero divisi per linee politiche e religiose, rimasero abbastanza forti da controllare i consigli di fabbrica, anche se in generale non collaborarono con i datori di lavoro per migliorare l'efficienza» (Pollins, 1984). Con l'avvento del nazionalsocialismo furono aboliti i liberi sindacati e sostituiti da quello unico diretto dai nazisti. I datori di lavoro «si adoperarono per avere una forza lavoro non sindacalizzata o licenziarono gli attivisti o non riconobbero i sindacati, pur astenendosi dal contrastarli esplicitamente» (Pollins). Nel 1934 fu emanata una legge sull'ordinamento del lavoro nazionale e il decreto sulla costituzione del Fronte tedesco del lavoro. Nell'ottobre del 1939 fu emanato il decreto relativo all'introduzione del lavoro coatto per la popolazione ebraica. L'art. 1 recitava: «A tale scopo gli ebrei verranno riuniti in squadre per il lavoro coatto» e l'art. 2: «Il capo delle SS e della polizia emanerà le norme richieste per l'applicazione di questo decreto». Il lavoro rende liberi!

Nel 1930 Freud S., ne *Il disagio della civiltà*, aveva scritto che il lavoro «... acquista per l'uomo tutta una serie di significati profondi che vanno ben oltre la sua importanza per la produttività aziendale e che riguardano la natura stessa dell'uomo, la sua dinamica soggettiva, e quindi la sua stessa salute psichica». Aggiungerà, quasi prevedendo quanto accadrà nella Germania nazionalsocialista, che «... la grande maggioranza delle persone lavora soltanto per forza di cose e da questa naturale avversione umana al lavoro sorgono i più difficili problemi sociali». E Reich in *Psicologia di massa del fascismo* precisò che «L'economia del profitto non ha interesse a trattare con cura la forza lavoro perché in seguito alla continua meccanizzazione e razionalizzazione del lavoro diventano superflue tante forze-lavoro che per ogni forza-lavoro consumata se ne trovano immediatamente altre in numero più che sufficiente».

La psicologia e la psichiatria nel periodo nazista 1933-1945

Nel 1933, quando salì al potere, Hitler aveva 44 anni. Abbiamo calcolato che l'età media degli psicologi e degli psichiatri in quell'anno (N = 75) era di 48,9 anni (con una gamma di 37 anni fino a 60 anni). I nazisti ritenevano che il vero ariano dovesse essere caratterizzato non solo da tratti somatici, ma anche da caratteristiche interiori e intangibili qualità della sua personalità, e ciò spiegherebbe il loro interesse per le indagini psicologiche, in particolare di caratteriologia. Nella *Zeitschrift für Psychologie* diretta da Jaensch e Kroh O. (1887-1955), presidente della Società tedesca di psicologia, comparvero numerosi articoli di caratteriologia a firma di Jaensch, Ach, Pfahler, Ehrenstein ed altri, sulla superiorità della razza ariana.

La caratteriologia: la teoria degli strati (*Schichttheorie*)

La caratteriologia si occupa del «modo in cui l'uomo sviluppa, specifica, compensa e reagisce alle sue disposizioni» (Klages). Essa fu oggetto di studio approfondito nei paesi di lingua tedesca e trovò i suoi fondamenti nella teoria degli strati (*Schichttheorie*). Essa si fondava su basi anatomiche-fisiologiche e su concreti modelli del sistema nervoso centrale. Essa ebbe una certa fortuna nella psicologia tedesca negli studi di Freud S., Hoffman H. (1921), Kraus F. (1926), Klages L., Lersch Ph. (1938), Rothacker, Wellek A. Il concetto di strato è considerato oggi solo una immagine di limitato valore intrinseco, come una metafora geologica. Jaspers K., nel descrivere la teoria degli strati, affermò: «la vita psichica è immaginata come un insieme, in cui tutti gli elementi hanno il loro posto, ma in modo che ognuno di questi è disposto per così dire in una piramide di strati, la cui cima è considerata come il fine o come la realtà massimamente vitale». Kraus F., medico internista, nella sua opera parlò di persona profonda e di persona corticale (*kortikalperson*), in conformità ai due strati, quello profondo e quello corticale per definire un tipo umano che sarebbe determinato soprattutto dal pensiero e le cui azioni sarebbero dirette dalla corteccia cerebrale.

Hoffmann H. F., psicologo specializzato in problemi educativi, aderì alla teoria per la quale gli strati superiori hanno una influenza regolatrice e direzionale su quelli inferiori. Birnbaum K., (1878-) psicoanalista, sviluppò nel 1926 un *Quadro della stratigrafia della personalità* dove la parola strati aveva una duplice funzione: quella di indicare la stratificazione della sostanza nervosa e quella dei processi psichici ad essa collegati: «Gli strati biologici, più antichi, cioè i più profondi, comprendono l'esistenza primitiva degli impulsi, degli istinti e degli affetti... Gli strati biologicamente più giovani ad essi sovraesposti formano la sovrastruttura della personalità». Ambedue le stratificazioni «sembrano connesse e vincolate funzionalmente secondo un ordine gerarchico, sicché gli elementi organizzati superiormente esercitano una funzione regolatrice e direttiva su quelli inferiori, li mantengono latenti e in un funzionale assoggettamento, li frenano, li indeboliscono o almeno li correggono». Egli intese lo sviluppo della vita psichica infantile come una sovrapposizione progressiva di strati corticali. Notò che nei processi demolitivi della vecchiaia e nelle malattie mentali, hanno luogo spesso degli stati di carenza degli strati: «Le prime a cadere sono le funzioni regolatrici di quelli superiori; prendono allora un evidente sopravvento quelle degli strati inferiori: il fenomeno si manifesta come insufficiente controllo della vita affettiva ed istintiva, come eruzione degli istinti primitivi e della concupiscenza, come mancanza di responsabilità, con perdita della visione generale delle cose e della sensazione del tempo... Anche le deficienze di personalità d'impronta individuale, l'instabilità, l'impulsività, la sfrenatezza, si possono considerare come conseguenze della mancanza di forze regolatrici». Lersch P.(1898-1972) fu il principale teorico della teoria degli strati. Nato a München, dal 1929 al 1936 fu docente a Dresden, successivamente a Breslau e Leipzig e dal 1942 di nuovo a München. Definì il carattere come «quel complesso di proprietà individuali che cominciano a rivelarsi in un soggetto appena egli esce dallo stadio di incoscienza delle prime fasi della vita e che vanno sempre a porsi in quel complesso di sentimenti, di intenzioni, di propositi, di idee nelle quali il soggetto sente vivere la propria individualità». Ammise l'esistenza di due strati nei fenomeni psichici: il substrato endotimico che comprende il sentimento vitale, il sentimento di se stessi, gli affetti e le tendenze, ed una sovrastruttura, a cui attribuì la volontà e le funzioni intellettuali. Dal gioco reciproco di queste due zone cercò di dedurre, analizzando singole caratteristiche, il carattere individuale: «Non esisterebbe alcuna tensione antagonista fra le due zone, ma piuttosto un rapporto complementare, evidente nelle varie fasi di sviluppo... Tre specie di esperienze interiori si articolano in questo settore della psiche, gli stati stazionari del sentimento della vita (serenità, gaiezza, riservatezza, malinconia, ansietà) e del sentimento di sé (senso della propria capacità e del proprio valore) e i processi in essi incorporati delle tendenze (forze finalizzate) e i moti dell'animo (valutazione dei fatti ambientali). A tutte queste esperienze interiori è comune una cosa: esse influenzano e soverchiano l'uomo... possono però essere dirette dalla volontà e dal pensiero, dalla sovrastruttura personale, che rappresenta uno strato superiore della vita psichica» (1938). Lersch era partito dalla necessità di superare la ristrettezza della classificazione che «la psicologia tradizionale ci ha dato dei processi psichici e sono restati esclusi quei concetti che il linguaggio comune, nella sua secolare tradizione, indica con termini di uso corrente e si riferiscono ai procedimenti centrali più intimi della nostra individualità, quelli, cioè, che appartengono alla sfera degli istinti, dei sentimenti, delle passioni, delle tendenze». Individuò delle «tendenze normative alla partecipazione obbligatoria (ad es. la veracità, la giustizia, il dovere) nel campo endotimico e in quello delle esperienze impulsive che ne originano, che sono tendenze dell'essere oltre se stessi con il desiderio di produrre interessi e amore per qualcosa. Queste tendenze sono al servizio di esigenze sovra personali e possono essere in concorrenza con l'istinto di autoconservazione». Lersch operò una distinzione fra base endotimica e tetto spirituale: «ambidue riposano sulla strato pre-psichico della base vitale, sul comportamento». Egli successivamente inserì nella connessione integrativa verticale «un cerchio funzionale dell'esperire orizzontale, cerchio che si estende tra i due poli del mondo ed il centro personale della vita»; questi sono i pilastri della sua teoria del carattere. Il passo è breve perché per analogia si possa considerare stratificata la coscienza. Il suo sistema cadde in forte discredito anche per essere stato riconosciuto aderente all'ideologia nazista: «In Germania la simpatia romantica per l'individuo e la sua forza creatrice diede origine ad un filone culturale che culminò nella caratteriologia nazionalsocialista di Jaensch»(Cocks). Braun E., medico, si occupò dell'esplosività, reazione psicogena

caratterizzata dal «manifestarsi di una situazione affettiva a corto circuito che porta al divampare improvviso di una sindrome motoria più o meno sottratta al controllo della volontà» e interpretandolo nella teoria degli strati sostenne che «gli strati superiori hanno un'influenza regolatrice e direzionale su quelli inferiori. Ogni strato superiore domina quello inferiore, lo frena, e nel contempo si giova della sua forza. Essi, i superiori, si assumono le funzioni degli inferiori, quelle funzioni che nelle forme più basse di vita, negli organismi primitivi, sono espletate completamente dagli strati più bassi». Nel 1937 Braun aderì alla federazione dei medici nazisti e durante la guerra fece parte della sanità militare della Wehrmacht. Klages L. (1872-1956) (il primo in piedi sulla destra della foto), nacque ad Hannover e morì in esilio a Kilchberg (Zurigo). Fu un avversario dell'indagine esatta della personalità e il suo fu un sistema caratteriologico a base filosofica «Il carattere appartiene all'essenza dello psichismo e la psicologia, poiché si muove completamente nel mondo delle qualità, si allontana completamente, quanto allo scopo ed ai metodi, da quelle che finora si sono chiamate scienze naturali» (1920). Il manifesto del suo lavoro è considerata l'opera *Lo spirito come antagonista dell'anima*: «Il carattere rappresenta la dinamica corpo-anima e il concetto di espressione comprende tutto ciò che ci comunica un'impressione: l'espressione di questa dinamica è rilevabile nella scrittura» (1929).

La grafologia diviene così un nuovo modo esterno per accedere al mondo interiore dell'individuo. Nella sua concezione filosofica Klages vede in gioco tre fattori fondamentali: «il corpo (*Leib*) che risulta dal complesso dei dati fisiologici; l'anima (*Seele*) che comprende le attività istintive, inconsapevoli; lo spirito (*Geist*) le attività razionali consapevoli, capaci di progresso, ma anche soggette ad errore. «Nella civiltà moderna il *Geist* ha sopraffatto il *Seele*, il tecnicismo ha soppiantato la spontaneità e portato una nota discordante nell'ordine del mondo». Egli diede tutto il valore all'anima e giudicò lo spirito «come un elemento distruttore. Nella calligrafia si rispecchierebbe questa lotta tra anima e spirito e il carattere vero della persona si comprende solo come il risultato di questa lotta». Nel fondare l'esame grafologico affermò che «non si può attribuirgli un valore assoluto, cioè una correlazione immediata del carattere della persona: anzi la calligrafia è soggetta ad una duplice interpretazione, perché è il risultato sia di una forza spirituale che della resistenza che questa trova nella sua espressione». Sostenne che la psicopatia è la malattia delle autoillusioni necessarie alla vita. Considerato uno dei massimi esponenti della caratterologia in Germania, formulò l'idea di un inconscio non represso, anteriore alla coscienza e chiamato anima. Fu perseguitato dalle autorità naziste e nel 1942 fu attaccato dalla stampa di regime, per cui emigrò in Svizzera.



Ludwig Klages.

La caratteriologia: le teorie costituzionali

Kretschmer E. (1888-1964), dopo gli studi medici a Tübingen e München, compì le sue prime osservazioni psichiatriche durante la grande guerra, in qualità di medico militare. Fu docente di psichiatria e neurologia all'università di Tübingen. Nel 1926 si trasferì all'università di Marburg e nel 1946 tornò a Tübingen come direttore della clinica universitaria di neurologia. Partendo da osservazioni su malati di mente sostenne che alle due forme fondamentali di Kraepelin (la demenza precoce e la follia maniaco-depressiva) corrispondevano costantemente due tipi di costituzione somatica. Egli cercò di mettere in relazione i quadri clinici con quelli psicologici, e questi ultimi con i tratti somatici. In *Costituzione del corpo e carattere* (1921) egli distinse tre tipi somato-costituzionali: il leptosomico o astenico, alto ed esile, di più frequente riscontro tra i pazienti schizofrenici; il picnico, basso e tarchiato, di più frequente fra i pazienti sofferenti di psicosi maniaco-depressiva; l'atletico, dall'apparato muscolo-scheletrico ben sviluppato, di più frequente negli epilettici. Aggiunse poi il displasico, tipo morfologico che presentava delle deviazioni antropometriche dagli altri tre. Secondo Kretschmer la teoria dell'*habitus* (originaria di Ippocrate, 400 a. C.) «serve a rivelarci dati caratteriologici partendo da constatazioni di origine somato-costituzionale, risultato di accurate misurazioni e reperti fotografici ottenute dall'esame di numerosi malati». Accanto a questi tre tipi, Kretschmer cita l'esistenza di forme miste. Kretschmer accertò che le forme principali di psicosi endogene hanno, rispetto ai tipi di costituzione somatica, una distribuzione non casuale. Egli estese le sue osservazioni alle persone normali e queste scoperte acquistarono, per lui, valore anche per la psicologia normale, per cui alla schizofrenia fece corrispondere il carattere schizotimico, «caratterizzato da un comportamento da caparbio, è insensibile o



Ernst Kretschmer.

timico, fa fatica ad allacciare relazioni con altri uomini e coltiva per proprio conto sentimenti spesso fantastici ed irreali. Tra queste persone si ritrovano anche freddi calcolatori e fanatici esaltati». Il carattere ciclotimico «con la sua apertura d'animo ed i suoi mutamenti d'umore, spesso improvvisi e caratterizzato da una facile emotività, esultante fino alle stelle – triste fino alla morte. Si tratta di persone socievoli, aperte di buon cuore, dotate però di un sano realismo che non fa perdere loro di vista l'interesse personale. Individui estremamente attivi e pratici, gaudenti e buontemponi, empirici e chiari ed incisivi nelle loro descrizioni, oratori popolari ed umoristi». Al temperamento dell'epilettico «corrisponde il carattere viscoso, caratterizzato da ostinatezza, caparbieta, da circospezione, da freddezza, che non impediscono di esplodere a volte in accessi d'ira». Kretschmer fu un membro fondatore della Società di psicoterapia medica e presidente dal 1929 al 1933, dalla quale si dimise in seguito all'espulsione dei membri ebrei, non intendendo collaborare con i nazisti e perciò si ritirò nel relativo silenzio della clinica universitaria. Fu sostituito nella carica di presidente da Jung. Kretschmer fu tuttavia nominato responsabile della rivista *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie*. Egli fornì interessanti contributi alla psichiatria clinica, con lo studio approfondito della paranoia, e alla psicoterapia con la messa a punto di nuove tecniche ipnotiche. Nell'opera *Isteria, riflesso e istinto* del 1923, espose la teoria che la formazione dei sintomi dell'isteria è inizialmente un processo conscio che diventa inseguito un meccanismo automatico e inconscio. Egli si oppose alla teoria psicoanalitica sostenendo che nessuna nevrosi «poteva essere affrontata su un piano puramente introspettivo per mezzo della elaborazione psicoanalitica, essendo in ogni caso necessarie informazioni sullo psichismo del paziente desumibili solo dalla studio della sua conformazione e dal tono somatico». Egli riteneva che ogni psicoterapeuta doveva essere «medico per cogliere le sottili manifestazioni di stati e di processi somatopsichici»: intendeva riservare la pratica psicoterapeutica ai soli psichiatri. La teoria caratteriologica di Kretschmer ha oggi un interesse prevalentemente storico e le sue attribuzioni ai tipi furono criticate sia per la loro rigidità, sia per i metodi di indagine impiegati per la identificazione dei tipi costituzionali. Nel 1929 pubblicò il volume *L'uomo di genio*. Westphal K., nel 1931, a conferma del lavoro di Kretschmer, presentò i dati relativi su 8.099 ammalati mentali in relazione al tipo costituzionale così percentualmente suddivisi:

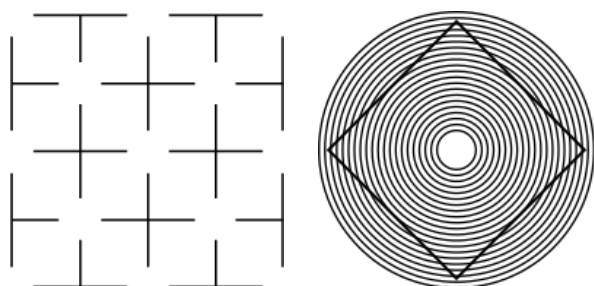
Patologia mentale	Leptosomici	Picnici	Atletici	Displasi	Non caratterizzati
Schizofrenici (5233 casi)	50,3	13,7	16,9	10,5	8,6
Maniaco depressivi (1.361 casi)	19,2	64,6	19,2	1,1	8,4
Epilettici (1.505 casi)	25,1	5,5	28,9	29,5	11,0



Uno dei test ideati da Jaensch per lo studio della immaginazione eidetica (*Eidetische Unlage*, 1934).

Jaensch E. R. (1883-1940) fu allievo di Müller e diresse dal 1913 l'istituto di psicologia dell'università di Marburg. Iniziò con ricerche sulla percezione visiva: acuità visiva e profondità, seguendo un'impostazione fenomenologica. Partì da rilevazioni eseguite tra i bambini che presentavano un alto grado di immagini eidetiche. Dai suoi studi sui fenomeni eidetici passò alla formulazione di una tipologia bipolare, basata sulla capacità di produrre immagini visive, quella del tipo "integrato" (che conserva l'unità psichica nella varietà delle funzioni) e del tipo "disintegrato" (in cui l'integrazione è debole o assente). I due tipi estremi si fondano sulla integrazione della vita psichica e sulla reciproca compenetrazione e solidarietà delle singole funzioni psichiche: pensieri, sentimenti, atti volontari. Gli eidetici, che hanno una particolare vivacità di immagini, sono tipi integrati: in essi non solo le immagini, ma tutte le manifestazioni della vita interiore si trovano strettamente connesse. Negli eidetici disintegrati, invece, i pensieri, i sentimenti, gli atti volontari sono indipendentemente sviluppati e si ha quindi un minore contatto col mondo circostante. Quanto all'origine dei diversi tipi Jaensch pensava che fossero da mettere in rapporto con la loro distribuzione geografica: «Nei paesi caldi e soleggiati prevalgono uomini fortemente integrati, di fantasia vivace e di esuberante espressività, con ricca pigmentazione nera dei capelli. Nei paesi temperati freddi, invece, predomina una

mediocre integrazione, orientata più verso il mondo interiore che è legata all'ambiente e alla scarsa pigmentazione dei capelli. Egli pensava ad una correlazione geografica della distribuzione dei vari tipi, piuttosto che non ad una loro dipendenza da ragioni immediatamente genetiche o da ragioni prettamente culturali. Jaensch pretese così anche di dimostrare la psicologia dell'antitipo ebraico, che doveva appartenere al tipo litico, disintegrato e decadente. Aderì al nazionalsocialismo. Pfahler G., (1897-1976) elaborò una teoria caratteriologica come uno sviluppo ed una sistematizzazione di quella di Kretschmer. Rispetto al problema dell'eredità dei tratti del carattere, propose una soluzione di natura speculativa. Egli riconobbe che "bisognava attribuire al patrimonio ereditario un trattato caratteriologico quando esso si presenta stabile e duraturo nel singolo individuo, e non può essere attribuito né all'esercizio, né alla permanenza di condizioni ambientali» (Metelli, 1964). Egli costruì la sua classificazione tipologica in riferimento a tre funzioni fondamentali ereditarie, che sono il modo con il quale si svolgono i contenuti mentali (attenzione e perseveranza), la reattività affettiva (che può realizzarsi secondo il tono di godimento, o di sofferenza, o di indifferenza) e la energia vitale che può essere forte o debole. A fondamento della sua tipologia individuò una stabilità o una labilità dei contenuti mentali, per cui contrappose tra: 1. *tipo a contenuto psichico rigido* «un carattere chiuso, con la tendenza a chiudersi in se stesso, un atteggiamento prudente, riservato, una certa difficoltà e incertezza nell'avvicinarsi agli altri». Il loro compito specifico nella società consiste nell'affermare l'ideale nella sua purezza. La loro qualità e i loro difetti sono l'intransigenza, il rigorismo, l'ortodossia, e 2. *tipo a contenuto psichico fluido* «mancano di perseverazione, in loro mancano le formule fisse, i principi immutabili, le decisioni definitive. Sono soggetti che hanno la capacità di comprendere i propri simili, si immedesimano nel destino altrui, più sensibili all'influenza delle esperienze e delle persone». Per la diagnosi caratteriologica Pfahler considerò tre forme dell'affettività: l'euforia, la depressione, la scarsa affettività, dalla cui combinazione ricavò 12 sottotipi. Conrad K. (1905-1961) studioso costituzionalista a Gottingen, cercò di ridurre la tripartizione tipologica di Kretschmer a serie polari di variazione. Egli distinse, come varianti primarie, la serie continua lepto-picnomorfica, e come varianti secondarie una serie astenico-stenica o astenico-atletica. Le varianti primarie furono considerate come forme di crescita: il picnomorfo è in tutte le sue proporzioni corporee di tipo 'conservativo', più vicino all'infanzia, mentre il leptomorfo rappresenta una forma di crescita 'purposiva', più differenziata. Sostenne che anche in campo psichico i caratteri delle varianti primarie presentano un aspetto auxologico: i bambini si differenziano dagli adulti nello stesso senso in cui i picnomorfi si differenziano dai leptomorfi. Kroh Oswald (1887-1955) presidente degli psicologi tedeschi nel periodo nazista, sostenne la validità della teoria costituzionalistica di Kretschmer dal punto di vista psicologico con una serie di ricerche sperimentali che avrebbero mostrato delle significative differenze fra tipo ciclotimico e schizotimico riguardo al tempo personale (rapidità dei movimenti), al metodo di lavoro, all'affaticamento, alla predominanza delle forme e dei colori, alle caratteristiche dell'attenzione, al tipo di ideazione, al comportamento in condizioni diverse. Ehrenstein W., partendo da ricerche sui processi attentivi che si fondavano su una teoria della "globalità strutturale della coscienza" prospettò, su una proposta di Benussi V., due tipi principali che definì Tipo A (analitico) e Tipo G (che coglie la forma, *Gestalterfassend*). Egli perciò cercò di classificare le persone a seconda del «loro modo di prestare attenzione o in modo particolaristico, volto a rilevare i singoli dettagli, o in modo globalistico, che tendono al rilievo immediato della situazione nella sua totalità e che sarebbero caratterizzate da un globalismo





Carl Gustav Jung.

superiore alla media». Ehrenstein è conosciuto per l'illusione ottica da lui scoperta, in cui un quadrato, posto dentro una serie di cerchi concentrici, i cui lati mostrano una apparente curvatura.

La caratteriologia: le teorie tipologiche

Secondo la teoria dei tipi psicologici, le differenze tra le persone non sono dovute al caso, ma piuttosto ad alcune differenze di base nelle loro preferenze. Le tipologie partono dalla considerazione che diversi individui possono essere tra loro simili, non riguardo ad un solo carattere, ma per avere in comune un aspetto generale che li differenzia da tutti gli altri. Dal punto di vista descrittivo si distinguono tre classi fondamentali di tipologie, a seconda che siano fondate sulle caratteristiche della costituzione somatica, sul modo di percepire la realtà, su quello di viverla o di concepirla. La teoria dei tipi psicologici di Jung C. G. (1875-1961) del 1921 si basa su due atteggiamenti e quattro funzioni. L'estroversione e l'introversione sono i due atteggiamenti complementari verso la vita.

Nell'atteggiamento estroverso l'attenzione è rivolta verso il mondo esterno degli oggetti e delle persone. Le persone estroverse, ad es., tendono ad essere socievoli, orientate all'azione, impulsive. Nell'atteggiamento introverso l'attenzione è rivolta verso il mondo interno delle idee. Le persone introverso tendono ad essere, ad es., contemplative, solitarie ed a basarsi sui concetti più che sulle esperienze esterne. Secondo Jung poi ciascuna persona utilizza quattro funzioni mentali di base denominate sensazione, intuizione, pensiero e sentimento. Le funzioni sono delle attività psichiche stabili che rimangono uguali a se stesse con il variare delle condizioni. La sensazione e l'intuizione sono funzioni irrazionali scarsamente influenzate dalla critica razionale; il pensiero e il sentimento sono funzioni razionali in quanto si esprimono in accordo con la ragione. Jung portò avanti la teoria di un "inconscio razziale" fino al punto di immaginare popoli superiori e inferiori, fino alla sua logica conclusione. Nel 1930 Jung fu nominato presidente onorario dell'Associazione tedesca di psicoterapia. Con l'avvento del nazismo questa associazione, a cui aderivano parecchi psicoterapeuti ebrei, fu sciolta e «ne fu creata un'altra, a carattere internazionale, con Jung presidente che accettò la carica ufficiale dai nazisti» (Parelhoff, 1946). I nazisti avevano «una certa simpatia per la psichiatria junghiana, particolarmente al tempo della collaborazione di Jung con la psichiatria nazista e della sua insistenza sulle distinzioni fra inconscio ariano e quello ebreo» (Lifton). Jung si fece coinvolgere «nelle vicende della psicoterapia tedesca ed europea dopo l'avvento di Hitler per la preoccupazione per la sorte della professione» (Cocks), anche se aveva sostenuto che «già da qualche tempo le persone di autentica sensibilità e indipendenza intellettuale hanno compreso che la differenza tra la mentalità tedesca e quella ebraica non può essere più a lungo misconosciuta, dal che la scienza non potrà che trarre beneficio» (1933). Jung riteneva che la psicoanalisi freudiana «fosse un prodotto della mentalità ebraica adatto solo alla cura degli ebrei, e che la razza fosse un elemento decisivo in qualunque situazione terapeutica» (Cocks). Nel 1934, Jung che aveva sostenuto che «ogni movimento trova il proprio organico compimento in un leader» fu criticato per la sua adesione ad una organizzazione di origine nazista, oltre che per la sua funzione di redattore capo della rivista *Zentralblatt für Psychotherapie*, un periodico di analogia matrice nazista. Egli replicò sostenendo che «la sua presenza in questi organismi avrebbe permesso di salvaguardare l'attività degli psicoterapeuti tedeschi ebrei» (Mecacci). Nel 1936 Jung valutò il nazismo in modo più critico quando dichiarò che «l'aspetto più impressionante degli eventi tedeschi è che un uomo evidentemente 'posseduto' ha contagiato a tal punto un'intera nazione, che ogni sua parte s'è messa in moto, e percorre la via verso la catastrofe» (Cocks). Furst scriverà che «È vero che i nazisti avevano altre fonti oltre Jung cui attingere teorie di inferiorità razziale, ma ancora una volta possiamo vedere i diretti legami sociali fra la scienza 'pura' e l'azione politica» (1960). Giese F. (1880-) nel 1939, conscio della molteplicità delle tipologie caratteriologiche, propose un'unica tipologia umana per superare i molti ostacoli che stavano sul cammino di una rappresentazione unitaria della tipologia umana.



Wilhelm Reich.

La caratteriologia secondo Reich

Reich W. fu un geniale pensatore anticonformista che con il suo coraggio, c'è chi disse "con la sua follia", sfidò la scienza e la cultura psicopatologica dell'epoca per affermare una dimensione integrale dell'uomo.

Fu inoltre un precursore, con le sue intuizioni sull'energia orgonica, del pensiero ecologico ed olistico in cui l'uomo è indissolubilmente inserito nel processo vitale della terra. Negli anni Trenta Reich in *Analisi del carattere* (1933) vide come il carattere di ciascuno si strutturi nel corpo, come le emozioni non espresse vengano cronicamente imprigionate nella muscolatura e come una respirazione ridotta e contratta sia la modalità più determinante per attuare il processo di repressione, in particolare quella sessuale. Egli dimostrò quanto una sana e naturale sessualità fosse inseparabile da un'autentica capacità di amare e di sentirsi parte della natura e del cosmo. Per lui il corpo divenne persona, linguaggio ed espressione: egli affermò con forza l'interrelazione, all'interno del sistema uomo, fra le differenti dimensioni, muscolare, cognitiva ed affettiva. Egli infatti evidenziò come le emozioni non espresse nell'individuo si traducevano in un irrigidimento del corpo, rimanendo cronicamente imprigionate nella muscolatura, in cui ad es. la respirazione ridotta e contratta è la modalità determinante del processo di repressione. In *Psicologia di massa del fascismo* parlò di sesso-economia con cui pensò di risolvere «la contraddizione che fece dimenticare alla psicoanalisi il fattore sociale e al marxismo l'origine animalesca dell'uomo... La psicoanalisi è la madre e la sociologia è il padre della sesso-economia». Nella Vienna in cui operò fu assistente di Freud al policlinico psicoanalitico e nel 1928 fondò i Centri di igiene sessuale. Dopo un trasferimento in Germania iniziò a militare nel partito comunista tedesco da cui fu poi espulso e nel 1933 tornò a Vienna da cui fuggì rifugiandosi prima in Danimarca e poi in Norvegia. Nel 1939 scoprì l'orgone cosmico ed emigrò negli USA, dove morirà in prigione nel 1957.

Schultz J. H. (1884-1970) nacque a Gottingen dove iniziò gli studi di medicina seguendoli poi a Breslavia e Losanna. Fu allievo dell'ipnotista Vogt O.; si interessò al movimento psicoanalitico, da cui poi si staccò per realizzare una propria tecnica psicoterapeutica. Nel 1919 fu incaricato dell'insegnamento di psicologia medica a Dresda. Nel 1928 presentò il training autogeno. La rivista *Berlin Weltpolitische Rundschau* scrisse che «La respirazione corretta è un mezzo per acquisire una eroica mentalità nazionale. L'arte della respirazione era in origine caratteristica del vero ariano ed era nota a tutti i capi ariani». Schultz fu uno dei pionieri della formazione psicoterapeutica del medico nel volume del 1929 *Trattamento psicologico dell'ammalato*. Dal 1936 al 1945 fu presidente dell'Istituto Göring di Berlino, per il quale curò il settore della ricerca. Si interessò alle tecniche di psicoterapia attiva, capaci di valorizzare l'esperienza e la capacità del terapeuta di mobilitare la ragione del paziente contro le disfunzioni del proprio organismo biopsichico. Egli riteneva che l'Io razionale fosse potenzialmente capace di rendersi conto della propria forza e delle proprie risorse, e rifiutava la concezione freudiana di un inevitabile disagio della civiltà dell'essere umano. Utilizzò un approccio eclettico al problema delle nevrosi. Ritenne che spetta allo psicoterapeuta comprendere ogni persona in tutta la sua complessità fisica, psichica e sociale; secondo lui né la psichiatria né la psicoanalisi facevano ciò fino in fondo. Schultz fu favorevole alla formazione di psicologi con funzioni clinico-terapeutiche, purché lavorassero sotto la supervisione di medici e sottolineò il pericolo rappresentato dall'appropriazione, da parte di discipline limitrofe come la pedagogia, la sociologia, l'igiene, la religione e così via, di concetti che considerava adeguati solo in un contesto sostanzialmente medico. Per questo i metodi della *kleine Psychotherapie* dovessero far parte della normale formazione medica. Si prodigò per la psicoterapia senza rinunciare al proprio fervido e militante patriottismo, infatti nel 1936 approvò la legge di sterilizzazione. Lasciato l'incarico dell'Istituto Göring continuò la propria missione di docente terapeuta fino alla morte.

Il problema della volontà

Un altro campo di indagine e ricerca in cui si cimentarono gli psicologi tedeschi fu quello della volontà, tema molto caro alla cultura educativa e alla concezione della personalità di base della popolazione tedesca. Il termine e la sua concettualizzazione di origine filosofica, ha trovato una notevole fortuna nella psicologia tedesca anche per il legame con la filosofia idealista. Il poeta Goethe scrisse «... e ogni volontà è soltanto un volere che si adegua ad un dovere e davanti alla volontà ogni arbitrio tace». Adler utilizzò il termine volontà di potenza, mutuato da Nietzsche, quale «una forza motrice, propria della natura umana, che influisce come fattore basilare sulla vita psichica di ogni individuo, indirizzandolo a livello conscio o inconscio, verso una finalità di elevazione e di affermazione personale» (Parenti). Il linguaggio comune considera la volontà come una facoltà della mente per cui è dotato di volontà chi ha



Naziß Ach.

un forte controllo di se stesso, la capacità di decisione ferma capace di superare gli ostacoli esterni o interni alla propria persona, quali la fatica o il dolore. L'atto volontario, come decisione autonoma, include anche il concetto di libertà e di responsabilità, che è stato al centro dell'interesse nei paesi di tradizione luterana. La psicologia contemporanea non considera più l'uso di questo termine e lo ha sostituito con motivazione. Sono state elaborate numerose teorie sulla volontà: teorie autogenetiche che riconoscono nell'atto volontario una esperienza psichica autonoma, non assimilabile a nessun'altra (Ach, Erismann, Rohrer) e le teorie eterogenetiche che vogliono ricondurle ad altre categorie psicologiche quali i sentimenti, le sensazioni organiche, l'immaginazione, le sensazioni del pensiero (Klages, Lersch, Spranger). La scuola di Würzburg sviluppò la teoria del volontarismo; mentre la psicologia della comprensione vide nella volontà un principio formale descrivendola secondo i suoi settori di influenza: volontà di vita, di apprendimento, di prestazione e di valore. Ach N. K., allievo di Stumpf, docente a Königsberg e Göttingen, nel 1905 parlò di un pensiero senza immagini, cioè quei processi psichici che intervenivano sia sul piano cognitivo che volitivo nel corso dell'esecuzione di un compito (oggi parleremmo di inconscio cognitivo). Ach mise in evidenza come la formazione dei concetti non fosse una semplice catena di associazioni tra un oggetto o un'idea e la parola, ma fosse un processo dinamico, produttivo, generato dal perseguimento di un fine e orientato da una tendenza determinante a tale scopo. Il metodo ideato per queste ricerche fu ripreso da Vygotskij (1896-1934) nel 1930. Ach elaborò la teoria autogenetica che riconosce nell'atto volontario una esperienza psichica autonoma. Usò per definire i processi di coscienza il termine intenzionalità (*Bewusstheiten*). In base ad una numerosa serie di ricerche considerò la capacità di oggettivazione una disposizione psichica fondamentale, dalla quale si possono dedurre molte caratteristiche singole dei due tipi principali di Kretschmer «La causa ultima dell'oggettivazione sarebbe l'impulso a scaricarsi che costringe l'individuo ad alleggerire la parte della coscienza costituita dall'Io, rendendola libera per altri compiti» (1932). Ach scoprì, nel 1935, la legge della tendenza determinante che afferma che «un'intenzione è tanto più facile da realizzare quanto più specifica è la determinante rappresentazione della meta... L'intensità di associazione corrisponde all'intensità della tensione volitiva che egli chiamò equivalente associativo. In una serie di esperimenti riscontrò che «se, nonostante la diversa impostazione del quesito, il soggetto reagisce ad una parola stimolo con la consueta associazione, allora, l'intensità dell'associazione tra gli elementi coinvolti è maggiore della tensione volitiva provocata dal quesito». Nel 1935 scoprì la legge della difficoltà della motivazione e con essa i motivi predominanti e i limiti delle motivazioni. Nella legge della tendenza determinante speciale affermò che «un'intenzione è tanto più facile da realizzare quanto più specifica è la determinante rappresentazione della meta. L'intensità di associazione corrisponde all'intensità della tensione volitiva che chiama equivalente associativo». In questo modo ritenne di poter misurare l'intensità della volontà.



Karl Jaspers.

La psichiatria e la psicoterapia medica

Jaspers K. (nella foto) definì la psichiatria biologica di Wernicke «mitologia cerebrale». Elevò la psicopatologia al rango di una scienza articolata metodicamente. Distinse nettamente il metodo del neurologo da quello dello psicopatologo: «Il neurologo potrebbe spiegare i processi nervosi solo mediante uno studio esatto, lo psicopatologo avrebbe in più il compito di comprendere la vita psichica del paziente». Egli insistette sulla relazione personale che deve legare il medico e il malato e sulla necessità di tener conto di tutti gli elementi che il contatto diretto con lui può rivelare, senza considerare come entità il concetto generale di malattia. Affermò chiaramente e definitivamente che «una cosa è ricondurre i processi mentali e nervosi a leggi fisiche con mezzi scientifici, e un'altra risalire alle esperienze ed agli aspetti umani dei casi patologici. Si tratterebbe di una mescolanza irresponsabile di due mondi e metodi diversi se si volesse sostituire l'uno con l'altro con il trattarli con i medesimi mezzi di conoscenza». Nel 1919 pubblicò *Psychologie der Weltanschauungen* sulle intuizioni del mondo come principi di atteggiamenti essenziali di fronte all'universo, che si presentano come sistemi oggettivi. Normale e patologico non sono mondi distinti, sono modalità diverse attraverso le quali gli individui progettano la loro vita nel mondo psico-culturale. Jaspers ideò uno schema tripartito di tipi ad ognuno dei quali fece corrispondere un tipo particolare di concezione e di vita spirituale. Nel 1930 abbandonò la psicopatologia e fondò una filosofia dell'esistenza umana. Verrà

perseguitato dai nazisti e nel 1937 fu espulso dall'università e costretto ad emigrare in Svizzera.

Bumke O., (1877-1950) psichiatra di Monaco, definì la capacità attentiva e la memoria come due funzioni fondamentalmente diverse: «in termini psicologici la capacità attentiva consisterebbe solo nella capacità del sistema nervoso di afferrare nuove impressioni, la memoria invece consiste nelle modificazioni durevoli che queste impressioni imprime nel sistema nervoso. Pertanto l'una dipende dall'altra, ma sarebbe errato ammettere, anche soltanto per le condizioni normali, l'esistenza di un parallelismo tra memoria e contenuti di coscienza vissuti nel passato e la capacità di percepire o afferrare». Convinto nazista, non seppe resistere alla tentazione di approfittare del clima culturale per sottolineare il legame della psicoterapia con la psicoanalisi ebraica. Fu consulente psichiatrico del settimo distretto militare della Wehrmacht (*Wehrkreis VII*) a Monaco. Nel libro del 1938 *La psicoanalisi e la sua prole* dimostrò che la sua ostilità verso la psicoanalisi e la psicoterapia era dovuta al fatto che per la psichiatria ottocentesca la psiche era «immateriale e per cui era impossibile scomporla nei suoi elementi costitutivi». Nel periodo nazista rimase come docente e rettore dell'università di München, dove «raccomandò di non sterilizzare le persone non schizofreniche, ma solo schizoidi, oltre a sostenere che la schizofrenia stessa non poteva essere eliminata per mezzo della sterilizzazione a causa della complessità delle influenze ereditarie» (Lifton, 1988). Nel corso della seconda guerra dichiarò che «se la guerra non fosse durata troppo a lungo nevrotici e sofferenti di esaurimento causato dai combattimenti (*Kriegszitterer*) non avrebbero costituito un problema per le forze armate. Se invece il conflitto fosse proseguito a lungo era necessario affidare tali casi a psichiatri psicoterapeuti». Nel 1946, con l'occupazione degli Alleati, fu rimosso dall'insegnamento, ma poi l'anno successivo gli fu restituito l'incarico universitario.

Gruhle W. H., (1880-1958) apparteneva alla Scuola di Berlino, psichiatra a Bonn, si occupò di criminologia collegando una psicologia criminale alla psicopatologia. Distinse: a) un pensiero direzionalmente normale, ma disturbato nella sue espressioni come nell'inibizione, nella distraibilità, nella confusione, nel decadimento mentale e nel blocco del pensiero; b) un pensiero normale che però assume direzioni anormali come nel caso delle idee coatte, delle idee dominanti e nel delirio; c) un pensiero disturbato sia nella direzione che nello svolgimento, come nei disturbi schizofrenici. Kleist K., (1879-1960) (nella foto) neurologo, fu docente di psichiatria a Erlangen, Rostock e Frankfurt am Main. Effettuò suddivisioni ancora più sottili sulla schizofrenia, in base «alla differenziazione dei sintomi che permette di formulare una prognosi differenziale».

Nel suo lavoro sulla localizzazione cerebrale del 1934 si occupò della sordità tonale, che si inquadra nell'amusia ricettiva, un disturbo della percezione dei suoni di cui non vengono distinte l'altezza e gli intervalli, non vengono compresi i rapporti di sintonia tonale degli accordi e del ritmo. Sostenne le tesi localizzatrici affermando l'esistenza di diverse stratificazioni della coscienza (coscienza dell'io corporeo, di un mondo esterno, della propria personalità psichica, dell'io sociale e dell'io religioso) ognuna legata ad una struttura cellulare specifica. Riconobbe nell'aprassia innervativa l'incapacità di compiere rapidamente ed esattamente movimenti fini e complicati, soprattutto con le dita e le mani. Sostenne che le lesioni del tronco cerebrale erano causate da disturbi di un meccanismo facilitante sottocorticale automatico che a sua volta induce dei movimenti grossolani. Kleist fu uno dei pochi medici tedeschi che continuò, in pieno nazismo, a curare pazienti ebrei e a adoperarsi per colleghi ebrei e fu una voce critica sulla politica dell'eugenetica e dell'eutanasia.

Il nazionalsocialismo e la psicologia

Quattro aree della psicologia ottennero il sostegno del nazionalsocialismo: la psicologia del lavoro, la psicologia educativa, la psicologia militare, la psicoterapia e la psicoanalisi.

La psicologia del lavoro

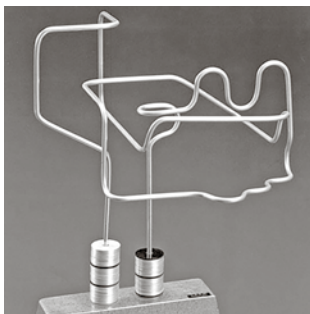
Münsterberg H. (1863-1916) è considerato il fondatore della psicologia del lavoro; nel 1886 mise a punto, nella sua abitazione a Freiburg, il primo laboratorio di psicotecnica di cui tracciò le linee fondamentali come di «una nuova scienza che rappresenta un ponte tra la psicologia sperimentale e l'economia politica» (1912). Gli psicologi tedeschi che gli succedettero nel periodo 1920-1945 erano essenzial-



Karl Kleist.



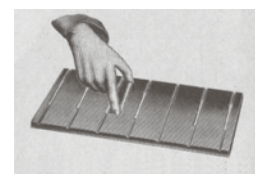
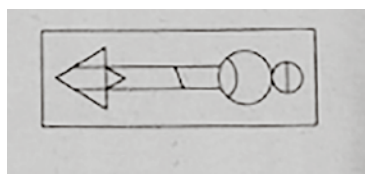
Hugo Münsterberg.



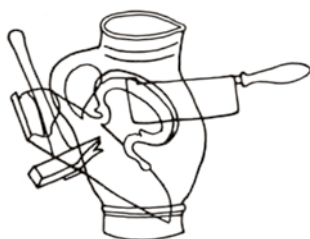
Deterimetro a rondelle di Moede.

mente preoccupati di mettere a punto validi metodi diagnostici. In Germania, con la collaborazione degli stessi sindacati, che per giunta lo finanziarono, si decise di fondare il *Psychologische Institute von Charlottenburg Hochschule* di Berlino, diretto da Moede W. (1888-1958) mentre ad Essen, presso gli stabilimenti Krupp, iniziarono i primi laboratori di psicologia industriale "prime realizzazioni che si inserirono nelle polemiche che già cominciavano sulla dipendenza della psicologia dal potere economico" (Spaltro, 1966).

Lipmann O. (1880-1933) si occupò di distinguere le professioni in superiori, medie ed inferiori prendendo come criterio di distinzione l'attitudine a dare una forma personale alla propria attività professionale. Egli divise inoltre le professioni superiori in gnostiche (es. quella del medico), tecniche (es. quella dell'ingegnere) e simboliche (es. quella del filosofo). Lipmann tentò di lanciare il termine di *tecnopsicologia* che però non ebbe molta fortuna. Nel 1922 Erisman Th. (1883-1961) e Moers M. (1887-1966) pubblicarono uno studio che riassumeva le attitudini necessarie e il grado in varie professioni quali: dattilografa, dentista, allevatore di bestiame, contadino, rappresentante, utensilista, telefonista, tipografo e tranviere. Giese F. (1880-1935) fu un pioniere della psicologia applicata al lavoro. Nel 1925 operò una distinzione tra psicotecnica soggettiva, quale applicazione psicologica delle conoscenze sul soggetto agente (es. domande sulla selezione, idoneità, stanchezza, affaticamento) e la psicotecnica oggettiva «quale adattamento del mondo esterno alla particolare vita spirituale umana» (es. domande sulla conformazione del posto di lavoro, degli attrezzi di lavoro, delle organizzazioni di lavoro). Giese ideò la batteria *Das Giese-Test-System*, che fu poi rielaborata da Dorsch F. (1952), per verificare l'aspetto qualitativo di alcuni parametri di rendimento quali la valutazione dell'intelligenza, dell'attitudine



visiva, dell'abilità manuale, della prontezza dei riflessi, delle capacità tecniche, delle attitudini commerciali e direttive, dell'atteggiamento generale di fronte al lavoro. La batteria per l'accertamento professionale fu elaborata per la consulenza professionale agli uffici del lavoro.



Poppelreuter W., Figura composita.

Giese ideò anche il test della tavola degli utensili (*Werkzeugrahmen Test*) come prova dell'abilità lavorativa dell'operaio, prova che comportava, in una riproduzione fotografica, l'indicazione del posto di lavoro destinato di una serie di utensili rappresentati alla rinfusa sulla tavola lasciata vuota.

Poppelreuter W. (-1939) allievo di Stern, fu il direttore del *Laboratorium für Psychotechnik* di Aachen. Ideò figure composite come quella qui a lato che sono state oggetto di numerose ricerche sul rapporto tra percezione e disturbi neurologici.

Klockenberg E. A. nel 1926 si occupò sull'impiego delle macchine da scrivere e Lorenz E. dei gruppi di lavoro, nel 1933, anno in cui fu pubblicato l'*Aufruf der Gesellschaft für Psychotechnik* (Proclama della società di psicotecnica), che legò la psicologia applicata al regime nazionalsocialista.

Arnold K. (1884-1970) ingegnere meccanico interessato alla razionalizzazione dei processi lavorativi e alla psicologia applicata, diresse l'Ufficio per l'addestramento professionale e la organizzazione del lavoro. Fu un portavoce della DAF *Deutsche Arbeitsfront* (Fronte tedesco del lavoro) che nel 1941 fu inglobata nell'*Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik* (Istituto per la psicologia del lavoro e la pedagogia del lavoro).

La psicologia educativa

Hoffmann H.F. fu uno psicologo specializzato in problemi educativi. Aderì, in caratteriologia, alla teoria degli strati secondo la quale gli strati superiori hanno una influenza regolatrice e direzionale su quelli inferiori (1935).

Kroh O., psicologo e pedagogista, docente a Berlino e collaboratore di Jaensch, studiò le immagini eidetiche e ideò una nuova divisione delle fasi evolutive. Riteneva la differenziazione della vita mentale un fenomeno generale e la interpretò successivamente come un processo di stratificazione dei modi primitivi dell'esperire e di comportarsi, processo che avviene ad opera delle funzioni spiritualmente più elevate. Studiò il giudicare, il concludere, l'apprezzare, l'esperire emozionale e volitivo. Usò il modello della teoria degli strati nei suoi due testi *Psicologia dello scolaro elementare* (1928) e *Psicologia della scuola media superiore* (1932), teoria che influì sulla prassi scolastica e pedagogica. Concepì lo sviluppo come una trasformazione qualitativa che si compie in stadi, fasi o gradi. I bambini del livello inferiore di età si appassionano e sono sollecitati dalla scuola e si dimostrano desiderosi di imparare e di sapere. Suppose nei bambini l'esistenza di una sensibilità alle esperienze psichiche (in senso fenomenologico) che si manifestano progressivamente nell'età della giovinezza. Lo sviluppo verso l'autonomia comincerebbe in concomitanza con il periodo della maturità. Per Kroh il pensiero realistico del fanciullo toccherebbe un certo culmine intorno ai 10 anni, dopo di che scopre altri tipi di realtà, in primo luogo il mondo fisico (1944). Kroh sostenne la validità della teoria costituzionalistica di Kretschmer dal punto di vista psicologico con una serie di ricerche sperimentali che mostrerebbero delle significative differenze fra tipo ciclotimico e schizotimico riguardo al tempo personale (rapidità dei movimenti), il metodo di lavoro, la predominanza delle forme e dei colori, le caratteristiche dell'attenzione, il tipo di ideazione, il comportamento in condizioni diverse. Kroh aderì al nazionalsocialismo. Moers Marta (1887-1966) aderì alla lega delle donne nazionalsocialiste, adattò al nuovo clima politico le proprie esperienze di psicologa applicata ai problemi lavorativi, favorendo la realizzazione delle direttive politiche nell'educazione delle ragazze e delle insegnanti, in consonanza con uno slogan di Hitler "Nella donna vediamo l'eterna madre della nostra nazione, e la consorte dell'uomo nella vita, nel lavoro e nella battaglia". Nei suoi scritti Lavoro femminile industriale e L'inserimento delle donne nell'industria sottolineò e mostrò le qualità femminili e l'importanza per le donne di ricevere una appropriata educazione. Unica donna ad insegnare nella scuola superiore di insegnamento magistrale (*Lehrerbildungshochschule*) dalla quale fu espulsa senza una motivazione nel 1939. Nel 1936 pubblicò *Die Verwirklichung der politischen Forderungen in der Mädchenerziehung und Lehrerinnenbildung*.

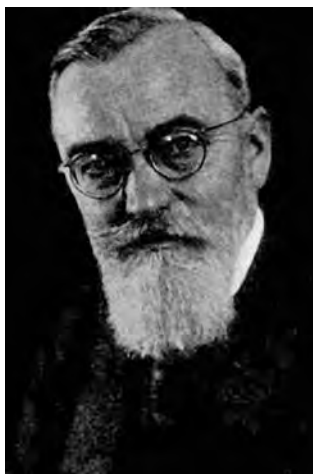
Nella tabella sottostante viene presentata la percentuale (%) di donne nelle Università in Europa nel periodo 1900-1930. Con l'avvento del nazionalsocialismo nel 1933, l'accesso delle donne all'università fu fortemente precluso. (Ringer, 2000).

Nazione	1900	1910	1920	1930
Austria	--	8	14	17
Germania	--	4	9	18
Francia	3	9	13	26
Svizzera	20	22	12	12
Gran Bretagna	17	19	27	26
Olanda	7	14	15	18

La psicologia militare

I primi centri di psicologia militare, sorti sul finire della prima guerra mondiale, si dedicarono soprattutto alla selezione del personale specializzato (autisti, avieri, radiotelegrafisti, ecc.). Dal 1920 al 1931 lo psicologo Rieffert J. B. (1883-1956) fu il capo della psicologia militare tedesca; egli mise a punto, a partire dal 1926, un metodo per la selezione degli aspiranti ufficiali e per la prima volta utilizzò un test situazionale che teneva conto del successo che l'aspirante candidato dimostrava di riscuotere in una situazione di piccolo gruppo. Inoltre fu introdotta la caratteriologia diagnostica individuale da parte di Lersch, Eckstein L., Rudert J e Simoneit M. (1896-1962) che dal 1931 al 1943 fu il capo della psicologia militare tedesca. A partire dal 1935, con la reintroduzione del servizio militare obbligatorio, la psicologia militare godette di un'ampia fortuna e così si crearono nuovi posti per gli psicologi. Nei laboratori psicologici della *Reichswehr* e della *Wehrmacht* furono svolti esperi-

menti psicofisiologici sulla percezione, sullo sviluppo di apparecchi per l'esame dei tempi di reazione e di test per accertare capacità tecniche e l'attitudine alla radio-rice-trasmissione. Gli psicologi militari furono i primi a riconoscere la necessità di selezionare i candidati ufficiali. Questa selezione era eseguita da una commissione di esaminatori costituita da due ufficiali, un medico e tre psicologi. La selezione psicotecnica si svolgeva in quattro fasi. Prima veniva effettuato un esame delle attitudini mentali mediante test di intelligenza e di memoria. Seguiva un esame del carattere durante il quale il soggetto, nell'esecuzione di un test di reazione di scelta, veniva disturbato da ogni sorta di eccitazioni improvvise, e una prova di comando, il test situazionale ideato da Rieffert, nella quale il candidato doveva dirigere un gruppo di uomini nell'esecuzione di un compito determinato. Seguiva un esame dell'espressione che comprendeva un esame delle espressioni facciali e verbali, dei gesti e una analisi della scrittura. L'esame si concludeva con una intervista finale che riguardava una ricostruzione della biografia del candidato. Sulla base della valutazione del consiglio di selezione, i candidati erano accettati o meno come ufficiali della Wehrmacht e seguivano un addestramento specifico. Gli psicologi militari, in collaborazione con l'Istituto Göring, si occuparono anche delle tecniche di guerra psicologica: «la gestione degli aspetti emotivo-affettivi di una guerra è, dal punto di vista psicologico, un esempio di arte della Seelenführung collettiva. Essa richiedeva una sofisticata capacità di leadership medica e militare e di sostegno psicologico delle proprie truppe». Gli psicologi militari tedeschi auspicavano che unità, motivazione e senso di appartenenza alla comunità avrebbero consentito una prevenzione efficace dei fenomeni nevrotici tra i soldati.



Göring Matthias Heinrich.

Göring Matthias Heinrich e la psicoterapia sotto il nazionalsocialismo

Nel 1930 Jung fu nominato presidente onorario dell'Associazione tedesca di psicoterapia. Con l'avvento del nazismo questa associazione, a cui aderivano parecchi psicoterapeuti ebrei, fu sciolta e ne fu creata un'altra, a carattere internazionale, con Jung presidente. Fin dal 1936 il movimento psicoanalitico in Germania era stato completamente smembrato e, al suo posto, c'era una *Società generale medica tedesca per la psicoterapia* affidata alla direzione di Matthias Göring. La filiale di Berlino dello *Psychoanalytischer Verlag* fu chiusa dalla Gestapo, tutti i libri e i soldi sequestrati: oltre la metà degli analisti che operavano in Germania erano emigrati in Inghilterra e Francia. La prima commissione statale per l'insegnamento della psicoterapia fu affidata nel 1936 a von Hattinberg H. a Berlino, anche se la maggior parte delle università rimase comunque inaccessibile alla psicoterapia, il cui insegnamento rimase appannaggio degli psichiatri e degli psicologi medici accademici. Wirz F., responsabile per gli affari universitari del partito (*Dezernat für Hochschuleangelegenheiten der NSDAP*), in una riunione svoltasi il 26 aprile 1936 fece notare che non si potesse fare a meno degli importanti contributi dati da Freud e "rispondendo alle consuete critiche nei confronti di Freud da parte degli psicoterapeuti medici, più desiderosi di mostrarsi ossequianti al regime, sottolineò che il partito era contrario non tanto alla psicoanalisi, quanto alla pratica di quest'ultima da parte di ebrei, e aggiunse: Noi tutti sappiamo che la reazione Wassermann sia stata scoperta da un ebreo, ma nessun medico in Germania sarebbe così sciocco da non farne più uso" (Cocks). Göring Matthias Heinrich, (1879-1945) (nella foto) laurea in legge poi in medicina con preparazione psichiatrica e neuropatologica, di formazione adleriana, praticava la psicoterapia. Nel 1909-1910 fu assistente nella clinica psichiatrica di Kraepelin a Monaco. «Era una persona schiva e sinceramente votata al progresso della psicoterapia... Accettò il nazionalsocialismo in nome di quelli che egli credeva fossero i suoi ideali» (Cocks). Nel 1935 scrisse «Fermi agli strati più superficiali è inutile; bisogna affermare il nocciolo stesso dell'uomo, come il Führer ha più volte sottolineato, e agire su di esso con istintiva sicurezza, in modo che anche il nostro subcosciente s'incammini nella direzione giusta». Matthias era il cugino di Hermann, il visir nazista della Prussia, e sotto questo ombrellone la psicoterapia poté sopravvivere e persino prosperare sino al 1945. Matthias aveva la speranza di giungere ad una sorta di sintesi dei principali sistemi teorici della psicologia medica, che costituisse nel contempo una nuova psicoterapia specificamente tedesca. Il tentativo di dare vita ad una cosiddetta nuova psicoterapia tedesca (*Neue Deutscher Seelenheilkunde*) dipese da Matthias per la sua solida posizione istituzionale grazie al nome Göring, che permise che tutti gli aspetti della psicologia medica, psicoanalisi compresa, venissero coltivati con serietà nell'Istituto. Egli incorporò l'Istituto psicoanalitico

di Berlino, ormai decimato, che nell'estate del 1936 sotto la sua direzione, divenne l'Istituto Germanico per le ricerche psicologiche e la psicoterapia. Nello stesso periodo pubblicò un articolo, *Psychotherapie*, sulla rivista *Zentralblatt für Psychotherapie*. L'Istituto operò nel periodo 1937-1941 e prevedeva la presenza di medici e non medici che avevano fatto un opportuno training. L'Istituto Göring seppe garantire l'esistenza di un'organizzazione professionale centralizzata a livello nazionale: la psicoanalisi poteva essere utilizzata da personale specializzato e affidabile sotto supervisione dell'Istituto, dato che essendo stata inventata da un ebreo, non poteva essere tollerata come disciplina autonoma. Alcuni membri dell'Istituto asserirono persino che un ariano non poteva curare bene un ebreo, anche se un certo numero di essi, i medici in particolare, non si sottrassero a questo dovere professionale e deontologico. Nell'Istituto ebbe come collaboratori degli psicoanalisti di orientamento freudiano non ebrei quali Aichhorn A., Boehm F., Müller-Braunschweig C. e Rittmeister J.. Erna, la moglie di Göring, fu analizzata da Kemper W., e così suo figlio Ernest, in analisi didattica con Müller-Braunschweig. L'Istituto, oltre a trattare molti disturbi psichici di origine bellica, curò 'segretamente' numerosi casi di omosessualità e fu coinvolto in programmi di ricerca tra i più diffusi disturbi psicopatologici. L'Istituto si occupò in primo luogo della salute dei pazienti e dal 1939 ottenne finanziamenti dal fronte tedesco del lavoro. L'Istituto collaborò con l'assistenza sanitaria ed alcuni dei suoi membri ebbero contatti regolari con l'Ufficio di polizia criminale del Reich (Reichskriminalpolizeiamt), con funzionari della Gioventù hitleriana (Hitler-Jugend) e della Lega delle giovani tedesche (Bund Deutscher Mädel) e della SS-Lebensborn. In seguito collaborò con vari enti governativi quali il Servizio di assistenza per madri e bambini (Hilfswerk Mutter und Kind), il Soccorso giovanile (Jugendhilfe), l'Ufficio femminile del DAF (Frauenamt), il Servizio madri del Reich nell'Organizzazione delle donne tedesche (Reichsmutterdienst im deutschen Frauenwerk). Furono aperte succursali dell'Istituto a Monaco, Stoccarda, Düsseldorf, Wuppertal e Francoforte sul Meno. Nel 1944 fu ribattezzato Istituto del Reich per la ricerca psicologica e la psicoterapia nel Consiglio del Reich per le ricerche in cui "la psicologia e la psicoterapia raggiunsero il culmine del proprio riconoscimento professionale da parte del Terzo Reich" (Cocks). Nel 1939 l'Istituto stabilì un rapporto particolarmente stretto con la Luftwaffe (l'aeronautica tedesca) che fornì i finanziamenti. Un certo numero di alti ufficiali frequentò seminari ed esercitazioni pratiche sulle psicoterapie brevi per migliorare la capacità di gestire i rapporti con i subordinati. Secondo gli psicologi e gli psicoterapeuti medici della Luftwaffe erano più frequenti ed anche più pericolosi i disagi psicologici per gli equipaggi degli aerei da combattimento. I piloti soffrivano di esaurimento da volo (abgeflogen) ed erano particolarmente suscettibili allo stress a causa della solitudine durante le missioni, persino a bordo di aerei con più uomini di equipaggio. Il figlio di Matthias, Ernest, medico della Luftwaffe, utilizzò la ippoterapia per quei piloti che non riuscivano più a salire sugli aerei da combattimento. L'Istituto collaborò ai programmi di psicologia militare in tre settori: tecniche di guerra psicologica, terapia delle nevrosi di guerra, addestramento clinico degli psicologi militari del ministero della guerra, con i quali collaborò alla preparazione di profili psicologici di alcune nazioni belligeranti (Völkerpsychologische Untersuchungen), profili che avrebbero dovuto consentire di individuare i punti deboli dei nemici: le nazioni prese in esame furono l'Unione Sovietica, gli USA, la Gran Bretagna, la Francia e la Cecoslovacchia. Göring Matthias, dopo aver combattuto nella milizia popolare costituita con le ultime forze disponibili e sacrificata sul finire della guerra nel tentativo di fermare l'avanzata sovietica su Berlino, fu fatto prigioniero dai russi e tradotto in un campo di prigionia in Russia. Morì in prigione a Poznań nel 1945.

Considerazioni sulla psicoterapia sotto il nazionalsocialismo

I nazisti ritenevano che il vero ariano dovesse essere caratterizzato non solo da tratti somatici, ma anche da interiori e intangibili qualità della sua personalità; i nazisti non potevano usare categorie razziali o biologiche per spiegare i disturbi nevrotici degli ariani, i disturbi mentali della razza superiore non potevano essere genetici, o comunque solo di origine costituzionale e organica. Di conseguenza ogni membro della *Volksgemeinschaft* doveva poter guarire da simili disturbi, anche in considerazione delle superiori risorse del carattere tedesco, tramite gli interventi della psicologia medica (Cocks). Già nel Congresso di psichiatria infantile del 1940 la psicagogia o educazione psicologica (*Psychagogik*) era stata caldeggiata da Reiter H., medico e alto funzionario del Ministero degli interni, in cui venivano esaltate le

virtù dell'autocontrollo, della disciplina, del senso del dovere e la preoccupazione per la produttività individuale in campo civile e militare del popolo tedesco. I nazisti erano «ossessionati dal principio di cura e controllo (Betreuung) della popolazione, per cui una psicologia ed una psicoterapia arianizzate ed integrate con nozioni razziste e romantiche, potevano costituire strumenti assai efficaci per garantire la lealtà e la produttività del Volk (popolo)» (Cocks). Gli psicoterapeuti tedeschi «appartenevano ad una tradizione culturale e intellettuale che molto contribuì all'accettazione del nazionalsocialismo, mentre l'adesione entusiastica e decisamente opportunistica fu più rara... I pochi psicoterapeuti tedeschi che, spinti da uno sciovinismo romantico e politicamente ingenuo, videro sinceramente ed entusiasticamente nel nazionalsocialismo una forza di rinnovamento ideale e culturale, alla fine dell'avventura bellica si trovarono a mani vuote... Per la maggior parte di essi, come per il popolo, fu più facile e vantaggioso farsi guidare dalla corrente e affidarsi a quei piccoli compromessi quotidiani che permettevano un'esistenza tranquilla, sicura e relativamente comoda. «Però nell'insieme gli psicoterapeuti non fecero troppe concessioni al regime e non sacrificarono principi sacrosanti al consolidamento della loro professione» (Cocks). La psicoterapia, in Germania, non divenne mai uno strumento efficace per la manipolazione delle masse, per tre motivi: 1. La vaghezza delle idee naziste intorno alla volontà e al modo di influenzarla; 2. le carenze burocratico-amministrative; 3. La capacità degli psicoterapeuti di difendere, almeno sino a un certo punto, la propria autonomia professionale. Secondo Cocks vi furono altri fattori che favorirono la psicoterapia in Germania: 1. una pura e semplice esistenza di un gruppo di psicoterapeuti decisi a promuovere la diffusione della nuova professione in ambito medico; 2. il protratto disordine organizzativo causato dalla mobilitazione delle forze sociali e delle istituzioni da parte del regime; 3. un interesse dei nazisti per la psicologia e le sue applicazioni, anche quelle terapeutiche.

La guerra totale proclamata da Goebbels nel febbraio del 1943 creò un clima psicologico in cui ogni forma di incapacità a combattere poteva essere interpretata come codardia e insubordinazione e richiedere non l'intervento dello psicoterapeuta, ma del plotone di esecuzione. Nel 1941 fu emanata la disposizione che le informazioni rilevanti per la sicurezza nazionale fossero escluse dal segreto professionale. Nel giugno del 1942 le ricerche psicologiche e l'uso della psicologia applicata furono sospese nella Luftwaffe. Ogni problema psicologico che non risultasse dipendere da una specifica disfunzione organica, era giudicato una forma di simulazione intenzionale: una rivincita dei neuropsichiatri! Nel giugno del 1944 fu emessa una direttiva che sconsigliava l'uso ufficiale del termine "nevrosi" da sostituire con "reazione psichica abnorme" (*abnorme seelische Reaktion*), il termine "disturbi psicogeni puri" con quello di "reazioni esperienziali abnormi" (*abnorme Erlebnisreaktionen*), "disturbi psicosomatici" con "disturbi funzionali condizionati dall'esperienza". Furono vietate espressioni come "nevrosi di guerra", "esaurimento nervoso da trauma bellico", "isteria di guerra": i nazisti temevano le conseguenze negative dell'aumento di tali forme patologiche sul morale delle truppe.

* Psicologo e docente di Psicologia del lavoro Università di Brescia. [cavadi@libero.it]

NOTA

La bibliografia di questo articolo sarà pubblicata nel prossimo numero.

Abstract

The years before 1918 saw the birth of scientific psychology in Germany. What happened in the years between 1918 and 1945? How did psychologists deal with the psychological effects of the war and the instances of the time? Did they embrace the nazi ideology? Which fields were developed? This is an astonishingly rich survey of the work which was carried out in those years.

KEYWORDS Psychology, psychotherapy, psychiatry, culture, education, propaganda, nazisocialism

link **strumenti**

Rischio psico-sociale e stress
lavoro-correlato

FRANCESCO LUCÀ, ALESSANDRA PAPALIA, MARIO SELLINI

Psicopatia e antisocialità:
il dilemma di una classificazione
Criteri nosografici e psicodiagnostici

GIAN-PAOLO MAZZONI



Rischio psico-sociale e stress lavoro-correlato

Psychological and social risk and working place related stress

La valutazione del grado di Rischio Psico-Sociale e Stress Lavoro Correlato commissionata dal Sindacato Nazionale Area Radiologica, per un totale di 176 radiologi, è stata realizzata utilizzando il "Questionario Rischio Psicosociale e Stress Lavoro Correlato" (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). La somministrazione è stata effettuata in occasione di due eventi formativi:

21104117 - Problematiche gestionali e medico-legali In Radiologia (Sezioni: Etica e Radia. Forense Gestione risorse in Radiologia) CIO Casa dell'Area Radiologica;

19105117 - Gestire il cambiamento: l'area Radiologica nelle Aziende Sanitarie Cio Auditorium S. Gaetano di Padova.

Pertanto non è finalizzata, ai sensi dell'art. 28 del D. Lgs. 81108, alla valutazione dei Rischi psico-sociali e Stress Lavoro-correlato. Ha puramente lo scopo di fotografare le problematiche rilevabili all'interno del gruppo e individuare i fattori di rischio e di stress

FRANCESCO LUCÀ*, ALESSANDRA PAPALIA**, MARIO SELLINI***

PAROLE CHIAVE Rischio psicosociale, stress, valutazione, questionario

Strumento e Metodologia

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario suddiviso in sei parti:

- a. una parte iniziale in cui vengono rilevate informazioni riguardanti i "contenuti del lavoro";
- b. la seconda parte in cui vengono rilevate le "condizioni di lavoro";
- c. la terza parte in cui vengono considerate le "caratteristiche dell'impiego";
- d. la quarta parte in cui si analizzano i "rapporti sociali sul lavoro";
- e. la quinta parte nella quale è effettivamente valutato lo "stress lavorativo";
- f. l'ultima parte in cui viene rilevata la "percezione dei disturbi della salute".

Gli item che indagano il grado di stress sul lavoro sono valutati in base a due possibili risposte: Sì e No. La somministrazione è stata effettuata in forma rigorosamente anonima.

Anagrafica campione

Il campione è composto da 59,66% uomini e 21,59 % donne. L'età media 51,37 anni. Il 79,55% del campione svolge l'attività lavorativa articolata su 415 giorni a settimana; il 10,8% su 516 giorni, il 3,41% lavora 314 giorni a settimana. Il 5,68% si è astenuto dal rispondere.

Contenuti del lavoro

Il dato complessivo evidenzia:

- a. Lavoro breve e ciclico, fortemente segmentato e frenetico 51, 14% (A -K01);
- b. Elevato coinvolgimento emotivo 77,84% (A - K02);
- c. Basso livello di comunicazione ed una ridotta capacità di ascolto 56,53% (A - K03).

ANAGRAFICA CAMPIONE

TABELLA 1. ETÀ - DISTRIBUZIONE TRA I SESSI

Descrizione		
	M	F
Età - Distribuzione tra i Sessi	59,66%	21,59%
Età Media per Sesso	51,92	44,50
Età Media	51,37	

GRAFICO 1. ETÀ - DISTRIBUZIONE TRA SESSI

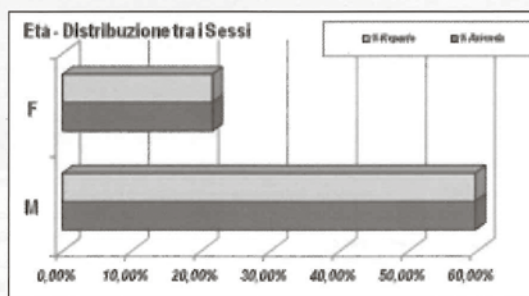
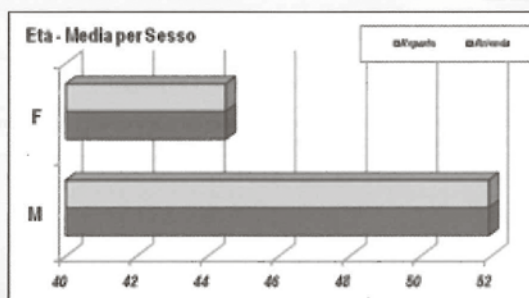


TABELLA 2. GRADO DI ISTRUZIONE

Grado di Istruzione	%
Elementare	0,00%
Media	0,00%
Secondaria	0,00%
Università	94,32%
N.R./Err.	5,68%

GRAFICO 2. ETÀ - MEDIA PER SESSO



Condizioni di lavoro

Il dato complessivo evidenzia:

Percezione soggettiva di rischio degli ambienti lavorativi per la salute conseguente a esposizione a sostanze nocive 52,46% (B - K 09).

Caratteristiche dell'impiego

Il dato complessivo evidenzia:

- Scarse opportunità per i dipendenti di fare carriera 61,65% (C -K10);
- Rischi di precarizzazione del posto di lavoro 64,49% (C -K11);
- Insoddisfacente remunerazione del lavoro 60,80%(C -K12).

Rapporti sociali sul posto di lavoro

Il dato complessivo evidenzia:

- Mancanza di informazioni circa gli sviluppi e le prospettive dell'Azienda 74,43% (D - K15);
- Assenza di procedure oggettive nei criteri di affidamento degli incarichi al personale dipendente 69,89% (D - K18);
- Atteggiamenti e atti punibili giuridicamente 9,09% (D -K19). In particolare dall'analisi dei questionari sono emersi 25 casi di discriminazione (in base al sesso, alla razza, ecc.) e 7 casi di molestie sessuali.

Percezione dei disturbi della salute

Gli item con una più alta percentuale sono:

- Soffri di tanto in tanto di disturbi alla schiena? 55,68% (F07);
- Ti senti stanco di frequente? 52,84% (F05);
- Generalmente ti svegli poco riposato? 52,27% (F13).

In conclusione

Considerando i limiti della ricerca e nonostante il campione non sia rappresentativo della popolazione, dall'analisi dei questionari sono emersi 25 casi di discriminazione (in base sesso, nazionalità, religione, opinioni e qualsiasi altra condizione) e 7 casi di molestie sessuali .

Note anche come mobbing o violenza psicologica, le molestie sono ampiamente riconosciute come un rischio psicosociale sul luogo di lavoro. Ci si riferisce a

CONTENUTI DEL LAVORO

TABELLA 4. CRITICITÀ CONTENUTI DEL LAVORO

Criticità	Sez. e Codice	% Rischio
Lavoro breve e ciclico, pesante, fortemente segmentato e frenetico	A - K01	51,14%
Elevato coinvolgimento emotivo	A - K02	77,84%
Basso livello di comunicazione ed una ridotta capacità di ascolto	A - K03	56,53%
Basso livello di gratificazione ed un basso livello di consapevolezza rispetto al proprio operato	A - K04	30,97%
Ridotta libertà di gestione del proprio lavoro	A - K05	20,45%
Ridotta collaborazione e scambio di informazioni tra colleghi	A - K06	24,43%
Modalità di comunicazione up-down (verticale) dal responsabile al lavoratore e assenza di una comunicazione tra pari (orizzontale)	A - K07	32,01%

CONDIZIONI DI LAVORO

TABELLA 5. CRITICITÀ CONDIZIONI DI LAVORO

Criticità	Sez. e Codice	% Rischio
Condizioni dell'ambiente di lavoro l'impegno fisico richiesto al lavoratore	B - K08	35,16%
Percezione soggettiva di rischio degli ambienti lavorativi e l'esposizione a sostanze nocive	B - K09	52,46%

CARATTERISTICHE DELL'IMPIEGO

TABELLA 6. CRITICITÀ CARATTERISTICHE DELL'IMPIEGO

Criticità	Sez. e Codice	% Rischio
Scarse opportunità per il dipendente di fare carriera	C - K10	61,65%
Rischi importanti di precarizzazione del posto di lavoro (uso frequente di contratti di lavoro precari e clima organizzativo dell'Azienda)	C - K11	64,49%
Insoddisfacente remunerazione del lavoro	C - K12	60,80%
Scarsa elasticità relativa ai periodi di ferie	C - K13	46,59%
Problemi inerenti l'organizzazione dei turni di lavoro	C - K14	34,38%

RAPPORTI SOCIALI SUL PISTO DI LAVORO

TABELLA 7. CRITICITÀ RAPPORTI SOCIALI SUL POSTO DI LAVORO

Criticità	Sez. e Codice	% Rischio
Carenze o eccessi d'intervento da parte dei responsabili	D - K15	22,73%
Mancanza d'informazione circa gli sviluppi e le prospettive dell'Azienda	D - K16	74,43%
Clima difficile dei rapporti in Azienda	D - K17	49,43%
Assenza di procedure oggettive e conosciute nei criteri di affidamento degli incarichi al personale dipendente	D - K18	69,89%
Atteggiamenti ed atti punibili giuridicamente	D - K19	9,09%
Clima lavorativo disagiata	D - K20	39,96%

PERCEZIONE DEI DISTURBI DELLA SALUTE

TABELLA 8. PERCEZIONE DEI DISTURBI DELLA SALUTE

Percezione dei Disturbi della Salute	Sezione	%
Di tanto in tanto soffri di gonfiore o contrazioni allo stomaco?	F01	43,75%
Ti capita spesso di sentirti affannato o di avere un respiro corto?	F02	22,73%
Di tanto in tanto senti dolore al torace o alle regioni del cuore?	F03	22,16%
Alle volte senti dolore alle ossa o ai muscoli?	F04	46,59%
Ti senti stanco di frequente?	F05	52,84%
Soffri di tanto in tanto di emicrania?	F06	36,93%
Soffri di tanto in tanto di disturbi alla schiena?	F07	55,68%
Soffri di tanto in tanto di disturbi allo stomaco?	F08	39,20%
Hai mai sofferto di una sensazione paralizzante o di formicolio agli arti?	F09	26,14%
Ti stanchi più rapidamente di quanto ti aspetti?	F10	36,93%
Di tanto in tanto soffri di vertigini?	F11	17,81%
Di tanto in tanto sei disattento?	F12	49,43%
Generalmente ti svegli poco riposato?	F13	52,27%

un comportamento ripetuto e irragionevole contro un lavoratore o un gruppo di lavoratori, volto a perseguitare, umiliare, intimidire e minacciare le persone prese di mira. Le molestie possono comprendere sia attacchi verbali che fisici, nonché atti più impercettibili come l'isolamento sociale. Esse includono anche le molestie sessuali, un termine che indica qualsiasi forma di condotta indesiderata – verbale, non verbale o fisica – di natura sessuale .

Dallo studio emerge che il lavoro svolto comporta un elevato coinvolgimento emotivo-relazionale, tipico delle professioni sanitarie. La mancanza di supporto e d'incoraggiamento altrui sul posto di lavoro può comportare stress. Può essere dovuto all'inadeguatezza delle informazioni e delle risorse fornite dall'organizzazione al lavoratore per svolgere il suo lavoro, oppure al mancato riconoscimento altrui delle richieste da affrontare e dei requisiti per affrontarle – o del lavoro svolto.

Supporto e feedback positivo, sia da colleghi sia da chi li dirige, possono aiutare le persone ad affrontare le richieste lavorative.

Non ricevere sufficienti richieste lavorative può essere un problema tanto quanto averne troppe (lavoro sottoqualificato e sovraqualificato);

- elevato carico di lavoro;
- richiesta di essere sempre disponibili a lavorare (vedi “ equilibrio vita-lavoro”);
- alta pressione emotiva;
- scadenze non rispettabili entro il tempo a disposizione;
- percezione che le preoccupazioni su tali fattori non siano riconosciute o affrontate nell'ambiente di lavoro comportano un elevato livello di stress.

La ricerca evidenzia inoltre una mancanza di informazioni circa gli sviluppi, le prospettive e la mission dell'Azienda, elementi indispensabili ad incrementare il senso di appartenenza, la motivazione e far accrescere i rapporti di collaborazione . Infatti, se gestito o comunicato male, il cambiamento all'interno di un'organizzazione può portare a incertezza e dubbi, e a sua volta ciò può far sentire le persone stressate . In qualche modo, l'incertezza del futuro può essere peggiore della conoscenza stessa . Dall'indagine emergono inoltre, scarse o quasi nulle opportunità per il dipendente di fare carriera, insoddisfacente remunerazione del lavoro e una percezione di insicurezza crescente, dovuta a fenomeni di precarizzazione del posto di lavoro e del reddito. Si ha la percezione che lavoro svolto non sia sufficientemente apprezzato dai responsabili . Si è rilevato inoltre un basso livello di autonomia nei processi decisionali e produttivi, per poter P.redisporre piani e prendere decisioni allo scopo di raggiungere gli obiettivi che l'azienda si è data. La mancanza di chiarezza sui diversi ruoli e sulle responsabilità che hanno le persone all'interno di un azienda . La mancanza di flessibilità nelle richieste e nelle esigenze di lavoro può inoltre contribuire ad accrescere lo stress ed impedire che una persona sviluppi e utilizzi nuove competenze.

* Psicologo, **Psicologo, ***Presidente AUPI [mariosellini@gmail.com]

Abstract

The article is about the results of a research for the assessment of the risk of stress and burnout conditions in the working place and the impact on the individual psycho-social dimensions.

KEYWORDS Psychological social risk, stress, assessment, questionnaire

Psicopatia e antisocialità: il dilemma di una classificazione. Criteri nosografici e psicodiagnostici

Psychopathy and antisocial disorder: the dilemma of classification. Nosographic and psychodiagnostic criteria

GIAN-PAOLO MAZZONI

PAROLE CHIAVE psicopatia, antisociale, criteri, disturbi di personalità, comportamento criminale, strumento di valutazione (PCL)

Contesto: I disturbi di personalità costituiscono una rilevante e severa condizione psichiatrica, oggetto recentemente di importanti studi. In particolare il Disturbo di Personalità Antisociale/Psicopatia costituisce un'area di indagine complessa e scivolosa, che si lega al fenomeno sociale del comportamento criminale.

Obiettivo: Il presente lavoro si colloca nella prospettiva di indagare aspetti di questo quadro psicopatologico e alcune caratteristiche ad esso connesse, all'interno di uno spaccato del sistema penitenziario italiano.

Metodo: Per tale indagine è stata impiegata la PCL-SV di Hart et al. (1995) affiancata dall'MMPI-2 (Pancheri, & Sirigatti, 1995) strumenti utilizzati per la valutazione diagnostica e l'assessment della personalità criminale.

Risultati: Emerge una certa concordanza relativamente agli aspetti della devianza sociale, mentre si avrebbe una divergenza per aspetti connessi più tipicamente all'insensibilità emotiva. Si è ipotizzato, come sostenuto da Hart et al. (1995), che i due strumenti utilizzino costrutti di psicopatia in parte diversi, soprattutto per le componenti emotivi e relazionali.

Conclusioni: Le ricerche svolte, anche se di carattere preliminare, sembrano indicare l'utilità di affiancare a strumenti ampiamente utilizzati in ambito carcerario internazionale, come l'MMPI-2, una metodica meno consueta in Italia, come la PCL-SV.

1. Introduzione

La psicopatia, rimasta per anni una categoria nebulosa, appare ora al centro di studi e lavori internazionali transculturali finalizzati alla messa a punto di nuovi strumenti di valutazione, così da permetterne l'utilizzo sia in clinica che nell'ambito della ricerca (Wilson et al., 2014; APA, 2015). I termini "disturbo antisociale" e "psicopatia" (talvolta detta anche "sociopatia") sono spesso utilizzati in modo intercambiabile, ma in realtà molti autori in letteratura sostengono esservi differenze importanti. Il disturbo di personalità antisociale (ASPD) si presenta come un quadro clinico associato ad una serie di condizioni, quali: infrazione di regole, abuso di sostanze, disoccupazione, mancanza di dimora fissa e difficoltà relazionali.

Mentre molti importanti autori tendevano ad estendere il concetto di psicopatia ad un'ampia categoria, Hervey Cleckley, con la pubblicazione del suo libro *The mask of sanity* nel lontano 1941 (1976), produsse la descrizione più completa del decennio, ritenuta una pietra miliare per gli studi successivi. L'Autore dette rilievo ai tratti di personalità, come assenza del senso di colpa, incapacità di amare, vuoto emozionale,

manca di scopi e impulsività, introducendo nuove osservazioni sulle caratteristiche psicopatiche. Egli asserì che questi soggetti si potevano trovare, oltre che nelle prigioni, nelle posizioni sociali più rispettabili: dottori, avvocati, politici e perfino psichiatri.

In alcune sue pubblicazioni Hare, più tardi (1996), riprendendo i lavori di Cleckley, fa notare che questa lista include criteri che possono essere considerati sintomatici del disturbo di personalità antisociale, narcisistico, istrionico e borderline, descritti nel DSM.

L'individuo psicopatico, infatti, si caratterizzerebbe per l'associazione di condotte antisociali e di alcuni specifici tratti di personalità, come il disprezzo senza pietà e rimorso per i diritti e i sentimenti degli altri e forme di "narcisismo aggressivo". Nella maggior parte della letteratura contemporanea del Nord America la psicopatia è divenuta sinonimo di Psychopathy Checklist (Skeem, Mulvey, & Grisso, 2003). Si tratta di uno strumento costituito da un insieme di dimensioni, che permettono al clinico di rilevare i vari tratti di personalità del soggetto. Oltre ad essere uno strumento diagnostico, la PCL si è rivelata un modo di concettualizzare la personalità psicopatica, attraverso un modello multidimensionale costituito da due fattori (Hart, et al, 1995). Il fattore I, chiamato anche narcisismo aggressivo o distacco emotivo, si riferisce agli aspetti interpersonali/affettivi, specie quelli che coinvolgono i tratti narcisistici, come l'egocentrismo, la manipolazione, l'insensibilità e la mancanza di rimorso, che costituirebbero il "nucleo psicopatico" e sarebbero maggiormente in grado di predire il "recidivismo generale" dei soggetti.

Il fattore II, invece, definito devianza sociale o anche stile di vita cronicamente instabile ed antisociale, comprenderebbe l'impulsività, l'instabilità, l'irresponsabilità e i comportamenti antisociali, e sarebbe maggiormente capace di predire il "recidivismo violento".

La prevalenza complessiva riportata dal DSM-5 (APA, 2013) per il disturbo antisociale nei campioni comunitari risulta pari allo 0.2-3.3. Le stime della prevalenza in ambito clinico, invece, variano (maggiore del 70%) in base alle caratteristiche predominanti della popolazione in esame.

Livelli superiori sono stati rilevati in ambienti di trattamento per l'abuso di sostanze e in ambito carcerario (Black, Gunter, Loveless, et al., 2010; Hill, Neumann, & Rogers, 2004; Assadi et al. 2006). Secondo Hare (1996), comunque, il rapporto tra psicopatia e disturbo antisociale sarebbe asimmetrico nella popolazione forense; infatti, complessivamente, circa il 90% dei criminali diagnosticati come psicopatici secondo il suo specifico costrutto corrisponderebbero ai criteri del ASPD secondo il DSM, mentre soltanto dal 20 al 30% dei criminali con ASPD risulterebbero affetti da psicopatia.

2. Obiettivi

Il presente lavoro si colloca nella prospettiva di indagare questa categoria diagnostica e le caratteristiche ad essa connesse all'interno di uno spaccato del sistema penitenziario italiano. Si presenta, dunque, come una ricerca esplorativa utilizzando la PCL-SV, strumento scarsamente utilizzato in ambito italiano. Vista la mancanza di una versione adattata per l'Italia, si è cercato di intraprendere una valutazione degli aspetti psicometrici della forma utilizzata in via esplorativa.

È stato deciso di affiancare lo strumento in questione con l'MMPI-2 (Pancheri & Sirigatti, 1995), test largamente utilizzato in tale ambito di ricerca. Il presente lavoro non ha alcuna pretesa di generalizzazione dei risultati, vista l'esiguità del campione e la mancanza di una versione adattata dello stesso strumento per la cultura italiana. Nello specifico il lavoro si propone di indagare all'interno di un campione di detenuti di due Carceri Italiane:

1. I livelli di psicopatia, intesa come categoria diagnostica secondo l'accezione data da Hare (1970, 1993), attraverso l'utilizzo della PCL-SV (Hart, Cox, & Hare, 1995).
2. La misura di eventuali livelli di correlazione tra alcune Scale Cliniche nell'MMPI-2 e i fattori F1, F2 e TOT della PCL-SV.

3. Metodi e tecniche

3.1 Partecipanti

I partecipanti sono 55 detenuti di sesso maschile, bianchi, provenienti da Istituti di pena della Toscana. L'età del campione varia tra i 24 e i 61 anni ($M = 37.96$, $DS =$

± 9.74), con una scolarità (fig. 2.2) compresa tra zero e 18 anni di studio (diploma di laurea), con un valore medio di 8.16 anni ($DS = \pm 3.08$), pari alla prima classe della Scuola Media Superiore per la maggioranza processati per reati contro la persona, di cui 56% dipendenti da stupefacenti ed in carico al Servizio Penitenziario per le Dipendenze.

3.2 Strumenti

I due strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati sono la Psychopathy Checklist Screening Version (PCL-SV) pubblicata da Hart, Cox, & Hare nel 1995, procedura di tipo clinico comportamentale per la diagnosi della psicopatia, e l' MMPI-2 (Pancheri & Sirigatti, 1995). Qui di seguito presentiamo i due strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati. Il primo si presenta come una "forma breve", ricavata dalle precedenti versioni, della Psychopathy Checklist. La prima versione della PCL era infatti composta da 22 dimensioni (criteri), 2 delle quali sono state eliminate nella versione successiva, Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), arrivando ad una forma definitiva composta da 20 dimensioni e attualmente ampiamente utilizzata (Hare, 2003; Hare, Harpur, Hakistan, Fart, Hart, & Newman, 1990).

La PCL-SV è così composta:

- un'intervista semistrutturata, per la raccolta dei dati, e una scheda informativa secondaria per l'inserimento di dati aggiuntivi.
- la check-list vera e propria composta di 12 dimensioni, divise in due fattori.
Il Fattore 1 si riferisce agli aspetti interpersonali/affettivi e comprende 6 dimensioni: Superficiale, Grandioso, Manipolativo/Strumentale, Mancante di rimorso e di colpa, Mancante di empatia/ Insensibile, Rifiuta le responsabilità.
Il Fattore 2 si riferisce alla devianza sociale e comprende le rimanenti 6 dimensioni: Impulsivo, Scarso controllo comportamentale, Mancanza di obiettivi realistici, Irresponsabile, Comportamento antisociale nell'adolescenza, Comportamento antisociale in età adulta. (vedi Appendice B).

Alla PCL-SV è stato affiancato l' MMPI-2 nella versione adattata per la lingua e la cultura italiana (Pancheri & Sirigatti, 1995, test largamente utilizzato in tale ambito di ricerca e come parte dell'assessment in ambito forense).

3.3 PCL-SV nella versione italiana

Si è reso necessario mettere in atto una procedura che permettesse di utilizzare una forma di questo strumento anche in Italia, vista la mancanza di una versione adattata alla lingua italiana.

Cercando di garantire un'equivalenza tra la forma originale e quella tradotta, per quanto attiene agli aspetti linguistici, culturali, sociali e psicologici, è stato impostato un lavoro di traduzione, finalizzato all'utilizzo dello strumento all'interno del campione specifico di soggetti, senza avere pretesa di generalizzazione, visto il carattere esplorativo di tale lavoro. In un primo momento è stato costituito un gruppo composto di tre studenti dell'Università degli Studi di Firenze. In una seconda fase, lo strumento è stato ritradotto da un docente di madrelingua inglese dell'Università per Stranieri di Siena, così da garantire una maggiore correttezza del testo da un punto di vista linguistico. Le traduzioni si sono rivelate sostanzialmente equivalenti nella forma. Tuttavia, in futuro, all'interno di un processo di adattamento vero e proprio, sarebbe necessaria una fase di back-translation per garantire una maggiore qualità dello strumento.

3.4 Fasi e procedura di raccolta dati

Dapprima sono state condotte le interviste e successivamente sono stati somministrati i due strumenti. La conduzione delle interviste della PCL-SV e la somministrazione dei questionari del MMPI-2 sono state effettuate singolarmente, quando possibile, a distanza di una settimana le une dalle altre, come parte dell'attività diagnostico-terapeutica. Inoltre, nell'attribuzione dei punteggi, è stata valutata l'intensità, la frequenza e la durata dei sintomi presenti nell'individuo in esame. Nel caso in cui le informazioni non sono sembrate sufficienti per attribuire il punteggio ad una dimensione, e quando l'intervista e le informazioni aggiuntive si sono rivelate totalmente divergenti, la dimensione (seguendo la procedura descritta nel manuale) è stata omessa. Il tutto è stato svolto da psicologi professionisti all'interno degli istituti, come parte del piano di trattamento concordato dal gruppo di diagnosi e trattamento (G.O.T), istituito nelle suddette strutture.

3.5 Procedura di analisi dati

Utilizzando i dati raccolti, sono state condotte elaborazioni di tipo descrittivo, con indici di tendenza centrale (Media) e di dispersione (Deviazione Standard) riguardanti le variabili in esame. In particolare, per la PCL-SV, è stato analizzato l'andamento medio di ogni singola dimensione del punteggio totale, poi si sono calcolati singolarmente i punteggi del fattore 1 e del fattore 2. In una seconda fase, si sono sommati i vari punteggi, così da ottenere le medie del valore totale dei partecipanti. Inoltre, sono stati calcolati i livelli di psicopatia all'interno del campione. Si è utilizzato il "cutting score" riportato nel manuale, così da individuare la percentuale di soggetti definibili come Psicopatici conclamati, Possibili Psicopatici (ma da approfondire) e Non Psicopatici. Qui di seguito presentiamo i criteri per discriminare i soggetti. Gli Autori riportano le 3 seguenti "categorie":

- 1) *Non psicopatico*: punteggio: totale ≤ 12 .
- 2) *Fascia intermedia di psicopatia* (tratti lievemente psicopatici, per i quali sarebbe necessario un approfondimento con la PCL-R): punteggio totale tra 13 e 17.
- 3) *Psicopatico conclamato*: punteggio totale ≥ 18 .

Per quanto riguarda l'MMPI-2, i questionari somministrati sono stati elaborati attraverso il programma statistico SSPS. Dopo aver valutato l'accettabilità dei protocolli, dai dati ottenuti si sono calcolati i punteggi medi delle scale, concentrandosi in particolare sulla 4 (Pd - Deviazione psicopatica) e 9 (Ma - Ipomania).

4. Risultati

Vista la mancanza di una forma adattata dello strumento in Italia, è stato convenuto di effettuare alcune analisi statistiche sulla versione utilizzata della PCL-SV.

Dopo aver eseguito alcune analisi preliminari (Test di sfericità di Bartlett e Test d'adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin), finalizzate a procedere con l'elaborazione dei dati, è stata condotta un'Analisi Fattoriale di tipo esplorativo (AFE), utilizzando il Metodo delle Componenti Principali, al fine di estrarre il minor numero possibile di componenti, attraverso il criterio degli autovalori > 1 .

È stata scelta una rotazione obliqua, vista la correlazione riportata in letteratura tra F1 e F2 (Hart et al. 1995). Ciò ha permesso di ottenere il miglior grado di saturazione delle dimensioni sulle due componenti estratte. Queste ultime spiegano il 53,49% della varianza totale, con valori pari a 19,50% per F1 e 33,99% per F2. Il livello di correlazione riportato tra i due fattori è pari a .27

In una fase successiva, sono state eliminate due dimensioni: quella relativa al Rifiuto delle responsabilità, vista la migrazione dal fattore originario F1 verso F2, e quella indicante la Varietà del crimine, data la migrazione da F2 a F1. È stata perciò ripetuta l'Analisi Fattoriale con le

stesse modalità di estrazione e rotazione.

L'analisi descrittiva della struttura della PCL-SV, ottenuta attraverso l'Analisi Fattoriale esplorativa (AFE) eseguita, ha evidenziato una discreta elevazione in buona parte delle dimensioni, com'è possibile notare dalla tab. 1. In particolare, viene riportata una maggiore elevazione sulle dimensioni n. 12 (Rifiuta le responsabilità), n. 9 (Assenza di obiettivi realistici) e n. 8 (Scarso controllo comportamentale). Dalla tab. 1 si nota che, all'interno del campione, il valore di F1 ($M = 4.72$ e $DS = \pm 3.69$) è inferiore a quello di F2 ($M = 7.48$ e $DS = \pm 3.96$).

Tabella 1 - Media e Deviazione Standard delle dimensioni relative PCL-SV

Indici descrittivi della PCL-SV			
	Dimensione	M	DS
F1	Superficiale	.42	$\pm .76$
	Grandioso	1.02	$\pm .96$
	Manipolativo/Strumentale	.84	$\pm .90$
	Mancante di rimorso e di colpa	1.08	$\pm .94$
	Insensibile/Mancante di empatia	.64	$\pm .91$
	Varietà di crimini	.74	$\pm .92$
F2	Impulsivo	1.06	$\pm .93$
	Scarso controllo comportamentale	1.28	$\pm .86$
	Assenza di obiettivi realistici	1.31	$\pm .85$
	Irresponsabile	1.16	$\pm .93$
	Comportamenti antisociali in adolescenza	1.25	$\pm .96$
	Rifiuta le responsabilità	1.49	$\pm .77$
T.F1	Emotivo-relazionale	4.72	± 3.69
T.F2	Devianza sociale	7.48	± 3.96
TOT	punteggio totale di psicopatia	12.20	± 6.10

In un secondo momento, analizzando i dati relativi ai partecipanti ed utilizzando i punteggi cut-off riportati dal manuale della PCL-SV (Hart et al. 1995), è stato possibile suddividere il campione in tre categorie. Le categorie sono le seguenti: 1) psicopatici, 13 partecipanti (pari al 26%), 2) fascia intermedia: possibili psicopatici, 9 partecipanti (18%), ma da sottoporre ad indagini più approfondite, 3) non psicopatici, 28 partecipanti (56%).

Volendo confrontare il sistema di tipo clinico-comportamentale della PCL-SV con quello self-report dell'MMPI-2, si è proceduto con una analisi di tipo correlazionale. Sono state utilizzate le scale 4 (Pd) e 9 (Ma), ritenute classicamente utili per la diagnosi e la valutazione della psicopatia (Selbom et al. 2005).

Nella Tabella 2 sono esposti tali punteggi.

Tabella 2 - Correlazione tra PCL-SV ed MMPI-2

	<i>Pd</i>	<i>Ma</i>
F1	-.083	-.082
F2	.408 (**)	.394 (**)
TOT	.215	.205

Note: ** $p < 0.01$ (2-code); Pd = Deviazione psicopatica; Ma = Ipomania; F1 = fattore 1; F2 = fattore 2; TOT = totale

Il fattore 2 appare correlare in modo significativo con la deviazione psicopatica e con l'ipomania; mentre il fattore 1 non correla né con la deviazione psicopatica, né con l'ipomania. Il fattore totale (TOT) della PCL-SV non appare correlare con le due scale dell'MMPI-2 (tab. 2).

5. Discussione dei risultati

Abbiamo cercato di acquisire degli indici preliminari di attendibilità della versione della PCL-SV utilizzata nel presente lavoro. Rispetto ai criteri metodologici, la significatività dei test preliminari (Test di sfericità di Bartlett e Test d'adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin) rileva l'adeguatezza campionaria per le analisi necessarie. I risultati dell'AFE mostrano complessivamente buoni livelli di saturazione delle componenti per le dodici dimensioni della struttura completa della PCL-SV.

Nella soluzione qui presentata (tab. 1), 10 delle 12 dimensioni della check-list risultano indici attendibili, in quanto saturano sui costrutti che intendono misurare, mentre la dimensione n. 6 (Rifiuta le responsabilità) non satura su F1 (Emotivo-relazionale) come nella forma originaria, ma migra in F2 (Devianza sociale). La dimensione n. 12 (Varietà dei crimini), al contrario, si colloca all'interno del F1 (emotivo-relazionale) (tab.1).

Le cause di tale migrazione potrebbero essere di tipo teorico e metodologico. Infatti, il costrutto utilizzato nello strumento, presentando la psicopatia come una categoria diagnostica unica ma composta da due fattori diversi correlati tra loro, ne determina una parziale sovrapposizione.

Per quanto riguarda la dimensione n. 12 (Vedi Appendice), che nella versione americana della checklist era definita *Comportamento antisociale in età adulta*, nel presente lavoro è stata in parte modificata durante la traduzione per esigenze legate al contesto penitenziario. Al suo posto, si è utilizzata la dimensione Varietà di crimini, presente nella versione lunga della PCL (PCL-R). Questa variabile, anche nella versione straniera, non mostrava un elevato indice di correlazione con F2 (Hare, 1991), e ciò potrebbe forse influire su tale migrazione.

Da un punto di vista metodologico, la presenza di un campione di lingua e cultura italiana, di carenze dovute alla traduzione dell'intervista e soprattutto il numero ridotto di partecipanti (N = 50) potrebbero aver contribuito alle differenze rispetto

Nonostante il numero ridotto dei partecipanti, clinici e ricercatori dovrebbero considerare, soprattutto in un contesto penitenziario, la dimensione legata alla devianza sociale e all'antisocialità come sostanziale ma non esclusiva per identificare e caratterizzare i livelli di psicopatia degli individui. Prendere in considerazione anche aspetti legati a caratteristiche emotive e relazionali, come l'insensibilità, potrebbe permettere l'inserimento dei tratti tipicamente psicopatici in un'ottica multidimensionale

Le ricerche svolte, anche se di carattere preliminare, sembrano indicare l'utilità di affiancare a strumenti ampiamente utilizzati in ambito carcerario internazionale, come l'MMPI-2, il Rorschach e il Sistema Megargee, una metodica meno consueta, come la PCL-SV. Questa, costruita in modo specifico per indagare il costrutto di psicopatia, potrebbe costituire un sistema diagnostico "globale e complesso", adeguato al fenomeno in esame

alla struttura originaria. Nella AFE, con l'eliminazione delle dimensioni rifiuto delle responsabilità e varietà del crimine, si è raggiunta una migliore struttura fattoriale. Tuttavia, pur consapevoli dei risultati, per motivi teorici legati all'importanza di queste dimensioni per il costrutto, e visto l'interesse di rilevare tali informazioni nel contesto in esame, è stata fatta una scelta di tipo conservativo, così da rimanere, almeno in parte, fedeli allo strumento originario. Complessivamente, la soluzione completa a 12 dimensioni (Vedi tab.1) è stata ritenuta più soddisfacente.

Le misure di affidabilità dello strumento (l'Alfa di Cronbach) indicano una buona coerenza interna (con un valore di α pari a .76 per F1 e .84 per F2). Inoltre, dall'analisi dei valori medi indicati nella (tab.1), si riscontra una certa omogeneità nelle dimensioni di ciascun fattore.

I punteggi medi riportati da F2 in tipologie di campioni simili (nonostante le modifiche apportate nel presente lavoro alla struttura fattoriale dello strumento originario) sembrano superiori a quelli di F1. Tale dislivello appare anche nei valori riportati dal manuale (Hart et al. 1995).

Tutto ciò, nonostante il numero ridotto dei partecipanti, dovrebbe indurre clinici e ricercatori a considerare, soprattutto in un contesto penitenziario, la dimensione legata alla devianza sociale e all'antisocialità come sostanziale ma non esclusiva per identificare e caratterizzare i livelli di psicopatia degli individui (Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld, & Cale, 2003; Vanman, Meja, Dawson, Schell, & Raine, 2003). Prendere in considerazione anche aspetti legati a caratteristiche emotive e relazionali, come l'insensibilità, potrebbe permettere l'inserimento dei tratti tipicamente psicopatici in un'ottica multidimensionale.

Possiamo affermare che la percentuale di detenuti che presentano tale caratteristica (pari al 26%) appare in linea con i dati riferiti dalla letteratura (Wong & Olver, 2015). Infine dai risultati qui esposti (tab. 2) emerge che i due strumenti PCL-SV ed MMPI-2 correlano, relativamente agli indici presi in esame, per il fattore legato alla devianza sociale (F2), mentre la non correlazione per F1 potrebbe essere dovuta alla maggiore centratura della PCL-SV sugli aspetti emotivi e relazionali. Appare, quindi, una certa concordanza tra i due strumenti relativamente agli aspetti della devianza sociale, mentre si avrebbe una divergenza per aspetti connessi più tipicamente all'insensibilità emotiva, considerata da Cleckley (1976) il cuore centrale della psicopatia. Si è ipotizzato, come sostenuto da Hart et al. (1995), che i due strumenti utilizzino costrutti di psicopatia in parte diversi, soprattutto per le componenti emotive e relazionali.

6. Conclusioni e possibili sviluppi

Le ricerche svolte, anche se di carattere preliminare, sembrano indicare l'utilità di affiancare a strumenti ampiamente utilizzati in ambito carcerario internazionale, come l'MMPI-2, il Rorschach e il Sistema Megargee, una metodica meno consueta, come la PCL-SV. Questa, costruita in modo specifico per indagare il costrutto di psicopatia, potrebbe costituire un sistema diagnostico "globale e complesso", adeguato al fenomeno in esame. Le proprietà dello strumento, in particolare la sua flessibilità nella somministrazione, sono apparse adeguate, pur con i limiti menzionati, alla tipologia di soggetti presi in esame e compatibili con le caratteristiche della struttura nella quale è stato raccolto il campione.

Il presente lavoro ha evidenziato, tuttavia, limiti procedurali, tra i quali ricordiamo soprattutto la mancanza di un gruppo di controllo composto da individui della popolazione generale (come studenti o lavoratori) e la scarsa numerosità del campione, che possono limitare la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Sarebbe auspicabile, infatti, vista la pluralità dei possibili ambiti di applicazione della PCL-SV, direzionare le ricerche relative a questo costrutto di psicopatia sia in un'ampia varietà di strutture penitenziarie, come carceri a custodia attenuata, istituti minorili, strutture intermedie, sia in ambiti civili, come istituti di credito, aziende, circuiti finanziari, ambienti politici, medici e militari.

In ricerche future, affiancare a campioni forensi gruppi di controllo consentirebbe di indagare eventuali differenze, sia relativamente agli aspetti tipici della devianza sociale che a quelli emotivo-relazionali più prettamente personologici. Sarebbe inoltre auspicabile, in ricerche future, avvalersi di traduzioni indipendenti più numerose, così da garantire un maggior livello di accuratezza linguistica.

Complessivamente, il presente lavoro intende fornire un contributo allo studio di una categoria clinica e di alcuni strumenti discussi all'interno di ricerche internazionali, ma che richiederebbero approfondimenti in ambito italiano.

APPENDICE

Qui di seguito viene presentato un tentativo di traduzione in lingua italiana della PCL-SV utilizzato in via puramente esplorativa nel presente lavoro. La prima parte comprende un estratto esemplificativo delle domande dell'intervista semistrutturata, per la raccolta di parte dei dati relativi ai soggetti in esame. La seconda è composta dalla check-list per l'attribuzione dei punteggi ad ogni singola dimensione.

Presentazione dei criteri per la diagnosi della PCL-SV

Sono qui presentate e descritte le 12 dimensioni dello strumento.

Dimensione n. 1 - Superficiale

Appare spesso disinvolto e piacevole nella conversazione, ed è capace di simulare le emozioni, esercitando così un certo "fascino". A volte imprevedibile, ha un atteggiamento ostile e scattoso. Cerca di porsi in buona luce, mostrandosi apparentemente attento e interessato alle domande e ai temi trattati, riuscendo, così, a divagare sugli argomenti sondati dall'intervistatore. È solito raccontare storie e fornire spiegazioni improbabili che lo scagionino dalle colpe.

Dimensione n. 2 - Grandioso

È un individuo con una eccessiva stima di sé e delle sue capacità. Appare sicuro, un po' gradasso, quasi dogmatico nelle risposte dell'intervista. Non si mostra sensibile o a disagio per la sua attuale situazione legale, attribuendo a fattori esterni il motivo del reato e arrivando perfino, in alcune occasioni, a viverci come vittima.

Dimensione n. 3 - Manipolativo/Strumentale

Il mentire e l'ingannare sembrano essere elementi preponderanti nelle sue interazioni con gli altri; nel colloquio tende a modificare la sua storia ed i fatti in base alle circostanze, così da apparire congruente con le affermazioni fatte.

È solito manipolare ogni relazione (in famiglia, nel crimine, nel trattamento), così da ottenere i propri obiettivi (soldi, sesso, benefici in ambito carcerario, favoritismi durante il trattamento).

Dimensione n. 4 - Mancante di rimorso e di colpa

Si tratta di un individuo che mostra una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative delle sue azioni, sia di tipo criminale che non, sugli altri. In alcune occasioni può dichiararsi pentito, ma ciò che fa non conferma quanto detto. Nell'intervista spesso verbalizza non ciò che sente e crede, ma quello che pensa possa piacere all'interlocutore.

Dimensione n. 5 - Mancante d'empatia / Insensibile

Appare incapace di esprimere la normale gamma di emozioni, apparendo freddo e anemotivo o mostrando, a volte, emozioni di facciata. I suoi comportamenti e le sue attitudini indicano una profonda mancanza di empatia e una insensibilità per i sentimenti, i diritti e lo stato degli altri. È cinico ed egoista, deride gli altri per le loro sfortune e sofferenze e considera gli aspetti emotivi un segno di debolezza. Nella sua storia sono spesso presenti comportamenti sadici e aggressivi, come il maltrattamento degli animali durante l'infanzia.

Dimensione n. 6 - Rifiuta le responsabilità

Raramente accetta le conseguenze delle proprie azioni (per mancanza di capacità o per carenza di volontà), minimizzando o negando gli effetti dei suoi comportamenti sia sulle vittime che sulle altre persone coinvolte. Tende, infatti, a discolarsi, attribuendo la colpa ad altri (società, famiglia, vittima o sistema) e negando le accuse mossegli, malgrado le evidenze. Capita che dichiari di accettare la responsabilità

Esaminato: _____				Valutatore: _____		
Età: _____ Genere: M F				Data: ____/____/____		
		No	Forse	Sì	Omesso	Totale
Parte 1 (F1)						
Dimensione 1	<i>Superficiale</i>	0	1	2	X	
Dimensione 2	<i>Grandioso</i>	0	1	2	X	
Dimensione 3	<i>Manipolativo/ Strumentale</i>	0	1	2	X	
Dimensione 4	<i>Mancante di rimorso e di colpa</i>	0	1	2	X	
Dimensione 5	<i>Insensibile/ mancante di empatia</i>	0	1	2	X	
Dimensione 6	<i>Rifiuta le responsabilità</i>	0	1	2	X	
Parte 2 (F2)						
Dimensione 7	<i>Impulsivo</i>	0	1	2	X	
Dimensione 8	<i>Scarso controllo comportamentale</i>	0	1	2	X	
Dimensione 9	<i>Assenza di obiettivi realistici</i>	0	1	2	X	
Dimensione 10	<i>Irresponsabile</i>	0	1	2	X	
Dimensione 11	<i>Comportamenti antisociali in adolescenza</i>	0	1	2	X	
Dimensione 12	<i>Varietà di crimini</i>	0=0-3	1=4-5	2=6 o più	X	
Totale						
Dimensioni omesse						
Punteggi Aggiustati						

delle sue azioni (criminali o non), ma solo a livello superficiale e spesso con l'obiettivo di avere delle attenuanti. Talvolta afferma di essere affetto da disturbi psichici (amnesie, infermità mentale, personalità multipla, ecc) o di aver fatto uso di alcool o droghe come giustificazione per i suoi comportamenti.

Dimensione n. 7 - Impulsivo

Tale soggetto presenta comportamenti imprevedibili ed "istintivi", e manca di riflessione e prudenza. È solito farsi guidare dalla situazione contingente, senza valutare le conseguenze delle sue azioni su se stesso e sugli altri.

È sua abitudine interrompere improvvisamente le relazioni, abbandonare il lavoro e spostarsi da un posto ad un altro, seguendo, così, i "desideri" del momento.

Dimensione n. 8 - Scarso controllo comportamentale

Caratterizza un individuo con una inadeguata capacità di modulazione dei comportamenti. Descritto spesso come uno che tende a "perdere la testa", egli sembra incline ad affrontare la frustrazione, i fallimenti, la disciplina e le critiche attraverso comportamenti violenti (schiaffi, pugni, calci, ecc) o minacce verbali. Queste reazioni avvengono spesso per motivi futili o appaiono, comunque, spropositate per il contesto. Sono di breve durata e "sembrano" essere dimenticate dopo poco tempo. La capacità di controllo di tale individuo sembra essere inoltre indebolita dall'assunzione di alcool e droghe.

Dimensione n. 9 - Assenza di obiettivi realistici

Si tratta di una inabilità e/o mancanza di volontà nel formulare obiettivi e nel realizzare progetti a lungo termine. Chi è caratterizzato da tale dimensione tende a vivere "alla giornata" e a modificare spesso i suoi progetti, senza preoccuparsi del futuro. Può condurre una vita da nomade e "vagabondare" attraverso città e regioni. Qualche volta dichiara di voler raggiungere traguardi ambiziosi ma poco realistici per le capacità mostrate e le competenze acquisite, come ricoprire ruoli di prestigio (avvocato, scrittore, psicologo ecc). In ogni obiettivo tende a percorrere la strada più semplice e nel minor tempo possibile.

Dimensione n. 10 - Irresponsabile

Descrive un individuo che non assolve agli obblighi e agli impegni presi e non mostra senso del dovere e lealtà verso gli altri. La sua mancanza di responsabilità è evidente in ambiti diversi, come il lavoro, gli affari (es. violando gli accordi contrattuali o facendo assenze ingiustificate), la famiglia e gli amici (es. allevando i figli in uno stato di privazioni, o provocando loro sofferenze), in cui mette spesso gli altri a rischio (come nel guidare in stato d'ebbrezza o a forte velocità).

Dimensione n. 11 - Comportamenti antisociali in adolescenza

Il soggetto presenta in ambiti diversi, tra cui la scuola, la casa e le situazioni sociali, una serie di problemi di condotta durante l'adolescenza, come raccontare frequentemente bugie, imbrogliare, compiere furti, rapine, violenze e vandalismi, fuggire da casa, far uso di alcool e droghe e avere rapporti sessuali precoci. Sono, infatti, presenti accuse e condanne per attività criminali o fuori legge.

Dimensione n. 12 - Varietà di crimini

Sono frequenti problemi con la legge, che includono accuse e condanne per trasgressioni o comportamenti delinquenziali. Le condotte antisociali sono frequenti, costanti e varie (vandalismo, possesso e traffico di stupefacenti, furto e rapina, incendi dolosi, possesso di armi ed esplosivi, abusi sessuali, omicidi, attacchi alle forze dell'ordine, evasione, ecc). Spesso si hanno violazioni delle disposizioni e delle regole detentive e trattamentali.

* Correspondence address: E-mail: mazzoni.psico@gmail.com

Unit for the Treatment of Resistant OCD, Poggio Sereno Clinic, Fiesole, Florence

Postgraduate Program on Cognitive Psychotherapy "Studi Cognitivi", Florence

BIBLIOGRAFIA

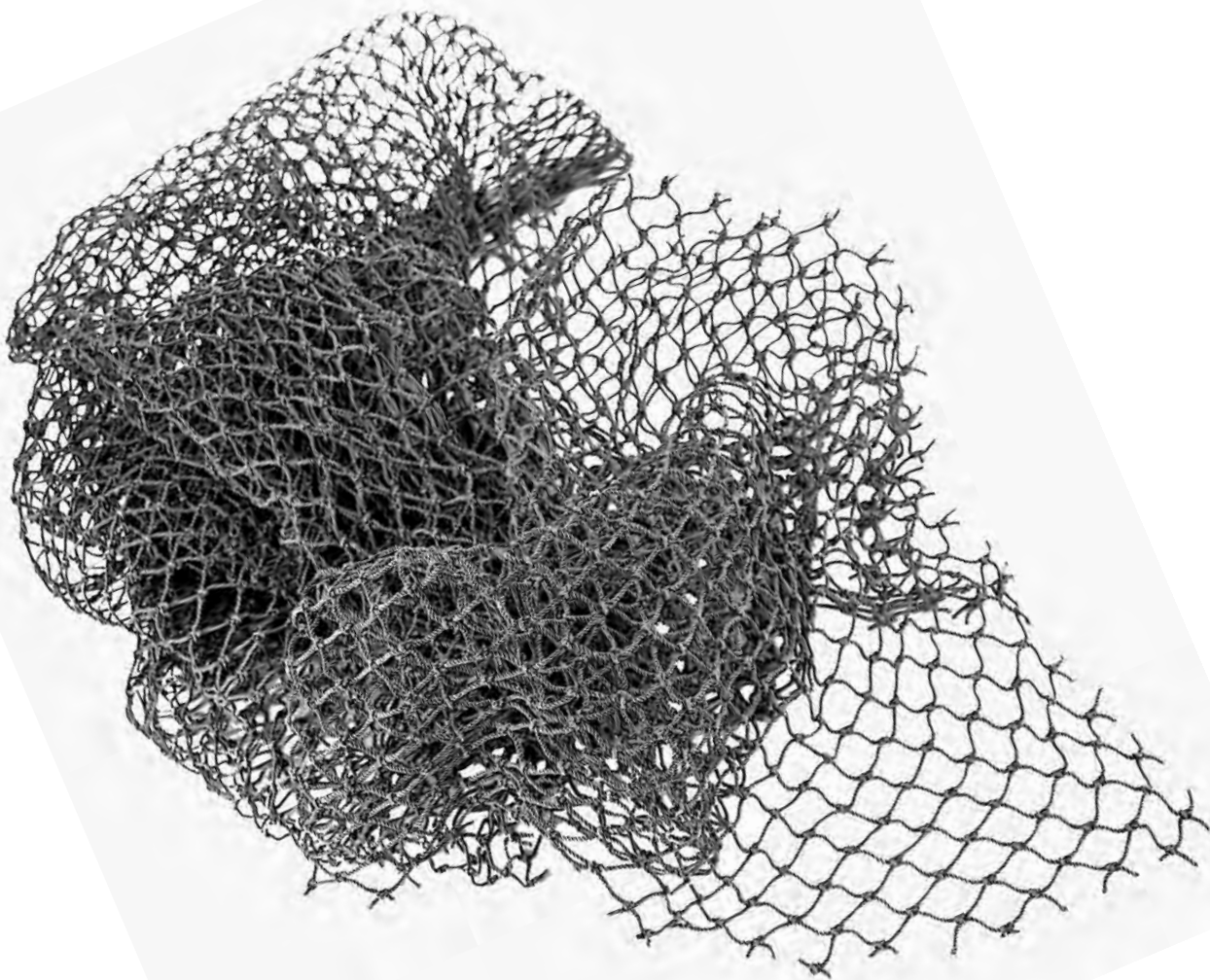
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.). Washington DC: APA.
- Black D.W, Loveless P, Allen J, Sieleni B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of clinical psychiatry: official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. May; 22(2), 113-20.
- Wilson, M., Abramowitz, C., Vasilev G., Bozgunov, K., Vassileva, J. (2014). Psychopathy in Bulgaria: The cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3) 389-400
- Wong, S.C., Oliver, M.E. (2015). Risk reduction treatment of psychopathy and applications to mentally disordered offenders. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*. 20(3) 303-10
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy and antisocial Personality disorder: A cause of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13. retrieved July 12, 2005 from <http://psychiatrictimes.com>
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. (rev. ed). Saint Louis: Mosby.
- Hart, S.D., Cox, D., & Hare, R.D. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist Screening Version*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hill, C.D., Neumann, C.S., & Rogers, R. (2004). Confirmatory factor analysis of the Psychopathy Checklist: Screening Version in offenders with axis I disorders. *Psychological Assessment*, 16, 90-95.
- Assadi, S.M., Noroozian, M., Pakravanjerad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S.V., et al. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.
- Pancheri, P., & Sirigatti, S. (1995). *MMPI-2: Adattamento italiano manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Skeem, J., Poythress, N., Edens, J., Lilienfeld, S., & Cale, E. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behaviour*, 8, 513-546.
- Vanman, E., Meja, V., Dawson, M., Schell, A., & Raine, A. (2003). Modification of the startle reflex in a

community sample: Do one or two dimensions of psychopathy underlie emotional processing? *Personality and Individual Differences*, 35, 2007-2021.

Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., Lilienfeld, S.O., Patrick, C.J., & Graham, J.R. (2005). Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 85(3), 334-343.

Hare, R.D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition. Technical Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R.D., Harpur, T., Hokinsoan, R., Fart, A., Hart, S., & Newman, J. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment a Journal of Consulting psychology*, 2, 338-341.



Abstract

Personality disorders constitute a relevant and serious psychiatric condition which has been the object of important research. In particular, the Antisocial Personality Disorder /Psychopathy constitutes a very complex area of investigation, being linked to criminal behavior. The objective of this work is to investigate the psychopathological spectrum and some of its peculiar characteristics inside two Italian jails.

Researchers have used two instruments: the PCL-SV (Hart et al., 1995) and MMPI-2 (Pancheri, & Sirigatti, 1995), which are widely adopted for the diagnostic evaluation and assessment of the criminal personality.

The author provides a translation into Italian of the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL – SV, Hart et al, 1995). Traduzione dello strumento utilizzato - (Mazzoni & Fineschi, 2016)

KEYWORDS psychopathy, antisocial, criteria, personality disorders, criminal behaviour, Psychopathy Checklist (PCL)

link **esperienze**

Comorbidità fra disturbi da uso di sostanze,
addiction, disturbi dell'alimentazione
e altri disturbi mentali:
una sfida per la pratica clinica

UMBERTO NIZZOLI



Comorbidità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica

Substance abuse and co-occurring disorders, addiction, eating and mental disorders: a challenge for clinical practice

La dipendenza patologica è quella condizione in cui l'individuo ha bisogno, assolutamente, di avere, immediatamente, la cosa che manca (che crede fermissimamente che gli manchi), che brama, come esige la madre di tutte le dipendenze. La dipendenza patologica ha una estesa comorbidità interna o esterna. Anche se l'EBM è "integrare l'esperienza medica con le migliori prove della letteratura scientifica", di solito c'è un enorme divario tra la ricerca e la pratica clinica. Mappare la complessità della comorbidità (disturbo da uso di sostanze e altre malattie mentali, disturbo da uso di sostanze e disturbi alimentari, disturbi da uso di sostanze, disturbi alimentari e altre malattie mentali), aiuta i professionisti a concentrarsi maggiormente sulle reali esigenze del paziente e del suo contesto

UMBERTO NIZZOLI*

PAROLE CHIAVE Dipendenza, comorbidità, disturbo da uso di sostanze, disturbo alimentare, controllo clinico

Introduzione

Secondo Sackett [1], l'EBM "integra l'esperienza medica con le migliori prove della letteratura scientifica". In altre parole, il clinico deve essere in grado di: ricercare (usando moderni strumenti biomedici), valutare criticamente (grazie alla competenza epidemiologica clinica) e personalizzare, con riguardo al proprio cliente, il miglior risultato riportato dalla letteratura scientifica [2 - 3].

Di solito però c'è un divario tra ricerca e pratica clinica [4], tra la produzione di prove e l'adozione in ambienti di pratica clinica e le linee guida per il trattamento, basate su prove di dati, sono comunemente impiegate in diversi campi della medicina, inclusa la malattia mentale.

Non è chiaro, tuttavia, se le linee guida per il trattamento abbiano un impatto sulle prestazioni dei vari provider e sui risultati ottenuti dai pazienti e su come l'implementazione dovrebbe essere condotta per massimizzare i benefici [5].

"Doppia diagnosi"

Anche se Rousanville [6] ha richiamato l'attenzione sui sintomi della depressione nei

soggetti dipendenti da oppiacei, l'argomento è rimasto per molto tempo al di fuori del campo della pratica clinica.

A quel tempo (1982) la maggioranza dei pazienti era costituita da tossicodipendenti da oppiacei e riceveva un trattamento con metadone (a scopo antidepressivo) o un trattamento drug-free all'interno di una comunità terapeutica, oppure un trattamento di gruppo basato sui dodici passi, secondo il modello di AA.

Solo nel 1997 la Commissione europea ha sostenuto un progetto destinato alla psicopatologia della tossicodipendenza affidandone la gestione alla Federazione T3E, [7]. Da allora la "doppia diagnosi" (o comorbidità psichiatrica o co-occorrenza di malattia mentale e disturbi da uso di sostanze) è diventata un argomento continuo per pazienti, famiglie, partner, parenti, responsabili politici, professionisti e dirigenti dei presidi sociali e sanitari.

L'uso del termine "doppia diagnosi" per indicare la concomitanza di due o più disturbi mentali potrebbe essere errato perché non è chiaro se le diagnosi concomitanti riflettano effettivamente la presenza di entità cliniche distinte o si riferiscano a molteplici manifestazioni di una singola entità clinica. È un quesito interno alle vigenti nosografie dominanti. Questa molteplicità di diagnosi si verifica perché i quadri diagnostici in uso sono più sindromi che malattie in senso fisiopatologico. In quel campo la pratica clinica diventa tanto arte quanto scienza [8].

La comorbidità può verificarsi per caso o come conseguenza degli stessi fattori predisponenti (ad esempio stress, personalità, ambiente infantile, influenze genetiche) che influenzano il rischio per molteplici altre condizioni. La ricerca nelle neuroscienze di base ha dimostrato i ruoli critici dei fattori biologici e genetici o epigenetici nella vulnerabilità di un individuo a questi disturbi. Infatti i geni, le basi neurali e l'ambiente sono intimamente interconnessi [9].

Questo è il motivo per cui i disturbi da uso di sostanze e altri disturbi psichiatrici (doppia diagnosi) rappresenterebbero espressioni sintomatiche diverse di anomalie neurobiologiche preesistenti simili [10].

Feighner [11] ha distinto i disordini "primari" e "secondari" in base all'età di insorgenza di ciascun disturbo, con il disturbo diagnosticato alla prima età considerato "primario".

A causa della crescente rilevanza dei disordini psichiatrici comorbili nei consumatori di droghe, sia l'ICD-10 [12] che già il DSM-IV [13] avevano sottolineato la necessità di chiarire le diagnosi di disturbi psichiatrici concomitanti nei consumatori di stupefacenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la "doppia diagnosi" come «la concomitanza (co-occorrenza) nello stesso individuo di un disturbo da uso di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» [14]. I disturbi mentali concomitanti più comuni sono: la depressione (compresa tra il 12% e l'80%), la schizofrenia e il disturbo bipolare (30-66%), le sindromi ansiose (in particolare panico e PTSD), i disturbi alimentari e la mania [15-20].

La coesistenza di due (o più) condizioni cliniche nello stesso individuo solleva due importanti quesiti clinici: uno riguarda un comune percorso eziologico ipotetico, l'altro riguarda l'impatto di questa concomitanza diagnostica sull'assistenza clinica.

Addictive behaviour

I comportamenti di dipendenza (Addiction) associati ad altri disturbi psichiatrici sono probabilmente disturbi dello sviluppo. Questi disordini (disturbi) iniziano molto presto nello sviluppo, probabilmente attraverso l'interazione tra fattori neurobiologici e ambientali, e possono presentarsi con diversi fenotipi, come sintomi di dipendenza patologica o altri sintomi psichiatrici, in diverse fasi della vita. In questa prospettiva, la dipendenza da vari oggetti che creano dipendenza, come sostanze, gioco d'azzardo, internet, sesso, lavoro, cibo e altri ancora, si verifica in un fenotipo vulnerabile, in cui uno stato o una caratteristica intrinsecamente predisponente determina la medesima neuroplasticità indotta dalle sostanze psicoattive [21].

Ci sono altre ipotesi di ricerca sull'eziologia della "comorbidità".

Un disturbo psichiatrico è un fattore di rischio per l'uso di droghe e per lo sviluppo di un disturbo comorbile. Ciò è alla base della teoria dell'"auto-medicazione" [22] in cui il paziente sviluppa un Disturbo da Uso di Sostanze, DUS, nel tentativo di affrontare diversi problemi come la psicosi, le crisi di ansia, il PTSD o un disturbo alimentare.

L'uso del termine "doppia diagnosi" per indicare la concomitanza di due o più disturbi mentali potrebbe essere errato perché non è chiaro se le diagnosi concomitanti riflettano effettivamente la presenza di entità cliniche distinte o si riferiscano a molteplici manifestazioni di una singola entità clinica. È un quesito interno alle vigenti nosografie dominanti

La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare. Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza, aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica e una maggiore prevalenza di suicidio

La terza ipotesi è che l'uso di droghe possa fungere da stimolo per l'emergenza di un disturbo sottostante e a lungo trattenuto. Questo è il meccanismo più importante alla base dell'associazione tra uso di cannabis e schizofrenia. È noto che l'uso di cannabis in adolescenti vulnerabili può facilitare lo sviluppo di una psicosi che funziona poi come una malattia indipendente [23-24].

Secondo la quarta ipotesi, un disturbo psichiatrico temporaneo è prodotto come conseguenza dell'intossicazione con, o del ritiro da, un tipo specifico di sostanza; questo disturbo è anche noto come disturbo indotto da sostanze.

Nonostante sia importante fornire trattamenti efficaci per i disturbi mentali comorbili per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora mancanza di consenso per quanto riguarda non solo le strategie farmacologiche e psicosociali più adatte, ma anche l'impostazione più appropriata per il trattamento.

I pazienti spesso hanno difficoltà nell'individuazione, e anche nell'accesso e nel coordinamento, dei servizi richiesti per la salute mentale e per l'uso di sostanze.

La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare. Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza [25], aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica [26] e una maggiore prevalenza di suicidio [27].

I consumatori di stupefacenti comorbili mostrano un aumento dei tassi di comportamenti a rischio, che sono legati a infezioni, come virus HIV, virus dell'epatite B e C [28], nonché disabilità psicosociali, come tassi più elevati di disoccupazione e senza fissa dimora [29] e frequenti comportamenti violenti o di tipo criminale [30]. In pazienti con disturbo di personalità, Hatzitaskos [31] trova il 75% di abuso di droga in pazienti con disturbo borderline di personalità e il 95% in pazienti con disturbo antisociale di personalità. La prevalenza del disturbo di personalità del cluster B è quasi riconosciuta unanimemente superiore a quella degli altri due cluster [32 - 34].

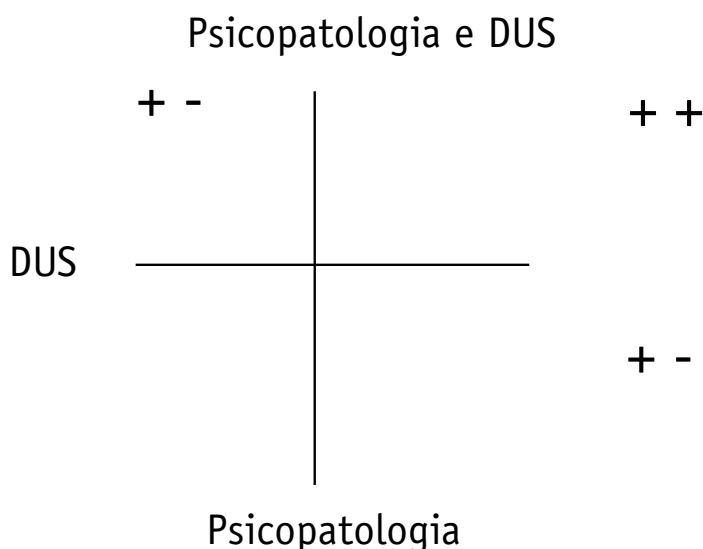
Comorbidity mapping

Per facilitare la presa in carico di questi pazienti particolarmente complessi il National Institute of Drug Abuse, NIDA, suggerisce di suddividere il macro-gruppo di pazienti con "doppia diagnosi" in quattro sotto-sistemi:

- 1, Lieve DUS – lieve Disturbo mentale MI (mental illness)
- 2, Severo DUS – lieve MI
- 3, Lieve DUS – severo MI
- 4, Severo DUS – severo MI

In questa tabella i Disturbi dell'Alimentazione sono parte del più largo sotto-gruppo dei Disturbi mentali (tab 1).

Tab 1.



Quando la diagnosi si compone di due sub-diagnosi di grado lieve il paziente può ricevere un trattamento ambulatoriale generico; quando una diagnosi è prevalente (più grave) il paziente può essere trattato dall'unità operativa specifica (il Csm o il Sert, o Serd, a seconda della prevalenza); il quarto gruppo infine rappresenta una sfida complessiva per il settore clinico perché sia il DUS che il MI sono gravi. Per offrire le cure più efficaci è necessario prendere in carico entrambe le esigenze diagnostiche.

La ricerca clinica ha dimostrato che le patologie comorbili sono reciprocamente interattive e cicliche, e se il trattamento non affronta entrambi i quadri [35-36] è prevedibile una prognosi sfavorevole sia per i disturbi psichiatrici che per l'uso di sostanze.

Anche i Disturbi dell'Alimentazione, Eating Disorders ED, possono presentarsi in modo concomitante con altre malattie mentali [37 - 38]. Dati di ricerca trovano che oltre il 70% delle persone con disturbi alimentari presenta disturbi comorbili: sono comuni infatti disturbi d'ansia (> 50%), disturbi dell'umore (> 40%), autolesionismo (> 20%) e uso di sostanze (> 10%).

Possiamo rappresentare questa comorbidità usando la stessa mappatura del campo con quattro sotto-gruppi:

Lieve ED – lieve MI

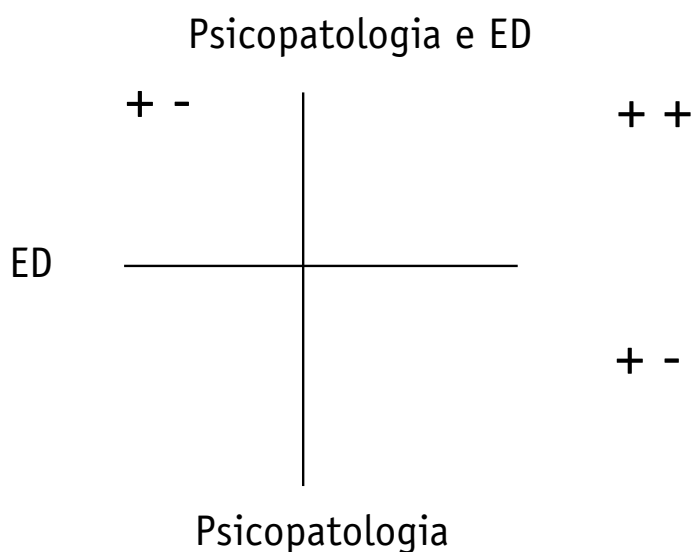
Severo ED – lieve MI

Lieve ED – severo MI

Severo ED – severo MI

Anche in questo caso è chiaro che il quarto gruppo è la vera sfida ai professionisti e alle loro agenzie: la sfida è data dal prendere in carico pazienti gravi sia per il disturbo alimentare che per la psicopatologia concomitante (tab 2).

Tab 2.



I disturbi alimentari, ED, sono a loro volta un grande sotto-gruppo di malattie mentali: la anoressia, AN, (e i suoi sotto-tipi: oggi infatti è preferibile parlare di anoressie al plurale), la bulimia, BN, (e i suoi sotto-tipi: oggi infatti si parla di bulimie al plurale), il binge eating disorder, BED; gli altri disturbi alimentari possono essere rappresentati in maniera separata nelle condizioni di "doppia diagnosi".

Ci sono forti evidenze che dimostrano che i disturbi alimentari e i disturbi da uso di sostanze si presentano spesso in modo concomitante. Tra i soggetti con disturbo da uso di sostanze, oltre il 35 % presenta un disturbo alimentare (in una delle sue forme), mentre la prevalenza del disturbo alimentare è del 1-3 % tra la popolazione generale. Per essere precisi, la prevalenza del disturbo da uso di sostanze si colloca in modo differente nei soggetti con disturbo alimentare: i soggetti con bulimia o condotte di binge eating/purging sono molto più aduse al consumo di droghe e

Nonostante sia importante fornire trattamenti efficaci per i disturbi mentali comorbili per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora mancanza di consenso per quanto riguarda non solo le strategie farmacologiche e psicosociali più adatte, ma anche l'impostazione più appropriata per il trattamento. I pazienti spesso hanno difficoltà nell'individuazione, e anche nell'accesso e nel coordinamento, dei servizi richiesti per la salute mentale e per l'uso di sostanze

Non va solo riconosciuta una specificità ad ogni singolo paziente allo scopo di personalizzare le cure, ma già nell'affrontare le varie figure cliniche interne ai medesimi quadri diagnostici si devono trovare le declinazioni metodologiche che distinguono e riconoscono la specificità dei sub-quadri diagnostici, il che pone una ulteriore sfida ai sistemi curanti che vanno declinati in maniera coerente coi differenti bisogni pur raggruppati nel medesimo elemento diagnostico

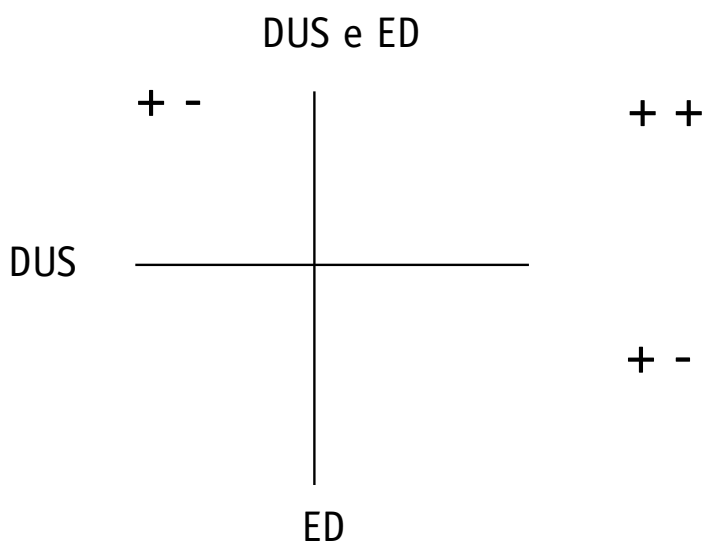
presentano un disturbo da uso di sostanze di gravità maggiore rispetto a quelli con anoressia, in particolare le anoressie di tipo restrittivo [39].

Anche la comorbilità DUS e ED può essere rappresentata con una tabella suddivisa nei Quattro campi:

Lieve DUS – lieve ED
 Severo DUS – lieve ED
 Lieve DUS – severo ED
 Severo DUS – severo ED

Appare evidente che anche in questo caso la sfida più difficile per i clinici è la presa in carico del quarto gruppo di pazienti (tab 3).

Tab 3.



I professionisti che si occupano di dipendenza e quelli che si occupano di disturbi alimentari (e obesità poiché l'obesità nella stragrande maggioranza dei casi sottende vari disturbi alimentari) dovrebbero integrare le competenze per lavorare in modo collaborativo tra loro [40].

I diversi fenomeni che compongono i quadri per disturbi alimentari sono inclusi in un'unica grande sezione in cui è possibile confondere una giovane donna che ha iniziato un'esperienza anoressica a seguito di una dieta restrittiva con una persona affetta da anoressia molto grave e cronica. Allo stesso modo un uomo dedito all'eroina e un altro al tabacco o alla caffeina sono posti nella stessa categoria diagnostica [41]. Questo elemento può creare una grande confusione se la specificità clinica non è ben riconosciuta. Non va cioè solo riconosciuta una specificità ad ogni singolo paziente allo scopo di personalizzare le cure, ma già nell'affrontare le varie figure cliniche interne ai medesimi quadri diagnostici si devono trovare le declinazioni metodologiche che distinguono e riconoscono la specificità dei sub-quadri diagnostici, il che pone una ulteriore sfida ai sistemi curanti che vanno declinati in maniera coerente coi differenti bisogni pur raggruppati nel medesimo elemento diagnostico. Per intenderci con un esempio: la cura di una persona con una anoressia per grave perdita repentina di peso a seguito di un abbandono non va confusa con la anoressia di grado gravissimo e di lunga durata.

Gli individui con disturbo mentale hanno un rischio maggiore di presentare altri disturbi [42], infatti, le donne con ED e DUS sviluppano quattro volte anche altri disturbi psicopatologici rispetto alle donne della popolazione generale [43].

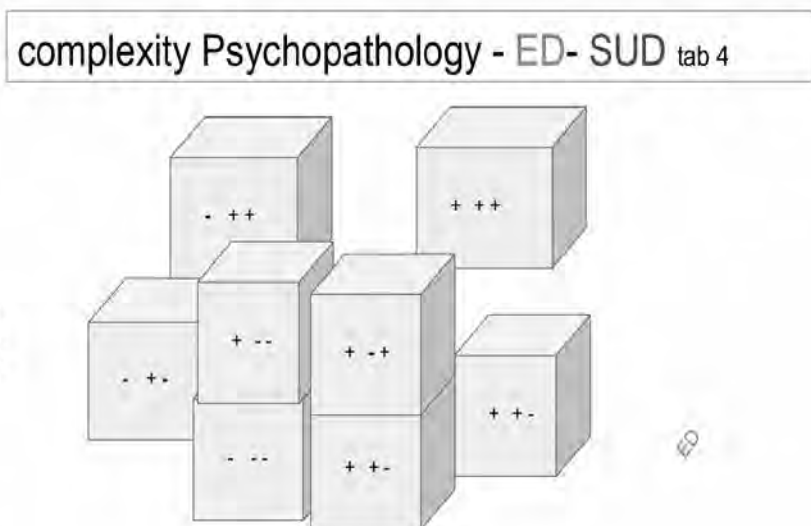
La meta-analisi di Calero [44] ha anche trovato una relazione significativa tra il ED e i diversi sottotipi di droghe illecite (oppioidi, allucinogeni, cannabinoidi, stimolan-

ti). Se è pur vero che il rischio di usare droghe è più alto nelle persone con bulimia nervosa, un aumento moderato si riscontra comunque anche nei gruppi con disturbo da alimentazione incontrollata.

Infine mettendo assieme tutti gli aspetti della analisi che ho qui presentato si raggiunge un risultato complesso e difficile da raffigurare se non con una figura tridimensionale (in otto riquadri come fossero parte di uno stesso cubo):

- 1, lieve DUS – lieve ED – lieve MI
 - 2, lieve DUS – lieve ED – severo MI
 - 3, lieve DUS – severo ED – lieve MI
 - 4, severo DUS – lieve ED – severo MI
 - 5, Severo DUS – severo ED – lieve MI
 - 6, Lieve DUS – severo ED – severo MI
 - 7, Severo DUS – lieve ED – lieve MI
 - 8, Severo DUS – severo ED – severo MI
- (tab 4)

Tab 4.



Questa analisi è molto fruttuosa non solamente per analizzare scomponendolo il campo dei necessari interventi clinici, ma per la individuazione di più precise e fruttuose linee di azione pratica.

Infatti in molte aree geografiche co-esistono, spesso fianco a fianco, i servizi per i disturbi mentali, Csm, quelli per le persone con disturbi della dipendenza, Sert o Serd, e quelli per i disturbi alimentari, DCA o DA&O.

L'assegnazione di un paziente a un servizio di un tipo o all'altro non dovrebbe essere lasciata al caso, dando priorità a dove si presenta il paziente, ma deve dipendere da una scelta sulla base delle prevalenze: per ogni area di problemi così come identificati in questo articolo ci sono infatti unità operative specifiche.

Dove emerge una sola area di gravità, la guida clinica principale può essere assegnata a un servizio specializzato. I professionisti delle altre unità mantengono alla bisogna la collaborazione come consulenti.

Dove ci sono due dimensioni diagnostiche severe è richiesta la stretta integrazione tra i servizi competenti mentre il terzo servizio rimanente è in posizione di consulente collaborativo.

L'operazione è tutt'altro che semplice perché nascono collaborazioni e protocolli operativi per ognuno dei tre macro-servizi, Csm Sert/Serd e DCA. In varie realtà si stanno realizzando accordi e pratiche operative fra l'uno e l'altro dei predetti tre servizi.

Il problema di gran lunga più complesso emerge quando sia il DUS che il ED e il MI sono contemporaneamente gravi.

L'area di pratica più impegnativa è quindi: grave SUD - grave ED - grave MI.

In molte aree geografiche coesistono, spesso fianco a fianco, i servizi per i disturbi mentali, Csm, quelli per le persone con disturbi della dipendenza, Sert o Serd, e quelli per i disturbi alimentari, DCA o DA&O.

L'assegnazione di un paziente a un servizio di un tipo o all'altro non dovrebbe essere lasciata al caso, dando priorità a dove si presenta il paziente, ma deve dipendere da una scelta sulla base delle prevalenze: per ogni area di problemi così come identificati in questo articolo ci sono infatti unità operative specifiche

Che cosa spinge le persone a scegliere, a “preferire”, una addiction particolare tra le molte possibili? La sostituzione di un quadro diagnostico con un altro è equivalente o ci sono elementi o stimoli particolari che costituiscono una struttura, un fenotipo, più “adatto” per una soluzione preferibile alle altre? E se sì, quali sono questi elementi? C’è una storia naturale della malattia? Oppure si tratta di malattie diverse?

Essa richiede enormi sforzi clinici per essere affrontata in modo efficace. Oggi abbiamo bisogno di più ricerca, di rinnovata visione teorica e di acquisire più esperienza.

Addiction

La dipendenza da droghe, comunemente sinonimo di “dipendenza”, è presente nel DSM5 come Drug related and Addictive Behaviour.

Si tratta di una malattia cronica e recidivante caratterizzata dalla ricerca e dall’uso compulsivo di droghe nonostante le conseguenze avverse conosciute e da cambiamenti funzionali, e talvolta duraturi, nel cervello. La dipendenza è un comportamento disadattivo, al giorno d’oggi diffuso: sesso, gioco, lavoro, shopping, internet, eccetera; ed anche dipendenza da cibo, la Food Addiction.

<<Mi manca>>, <<la voglio>>: pensieri che invadono la mente fino a non lasciare spazio ad altro; comportamenti continuamente ripetuti fino a mutilare altre esigenze esistenziali.

L’addiction è una malattia cronica primaria del meccanismo di ricompensa cerebrale, della motivazione, della memoria e dei circuiti correlati. La disfunzione in questi circuiti porta a caratteristiche manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali. Ciò si riflette nell’individuo che persegue la ricompensa e/o il sollievo tramite l’uso di sostanze o altri comportamenti specifici. La dipendenza è caratterizzata da compromissione del controllo comportamentale, dalla bramosia, dall’incapacità di astenersi e dalla diminuzione del riconoscimento dei problemi, anche se significativi, dovuti ai propri comportamenti e alle relazioni interpersonali. Come altre malattie croniche, la dipendenza può comportare cicli di ricaduta e cicli di remissione. Senza trattamento o impegno nelle attività di recupero, la dipendenza è progressiva e può comportare disabilità o morte prematura. (definizione della *American Society of Addiction Medicine*).

La dipendenza è quella condizione in cui l’individuo ha bisogno, assolutamente, di avere, immediatamente, la cosa che gli manca, che crede di aver perso [45].

Le differenti forme di addiction hanno in comune il craving, la madre di tutte le addiction (46).

Anche il cibo può suscitare questo stesso movimento bio-psichico, ecco perché la dipendenza da cibo [47-48] è una condizione significativa che altera il rapporto con il cibo, costruendo un comportamento di dipendenza verso di esso. Trovo molto interessante il fatto che alcuni autori ritengano che i trattamenti esistenti falliscano perché non affrontano l’impulsività come un fattore chiave della patologia alimentare [49]. Ma come trattare il craving è un problema molto difficile, stressante.

Più grave è la dipendenza più forte è il craving che scuote la persona come un terremoto ardente, un’esperienza soggettiva, meglio descritta come uno stato di desiderio o bramosia, che si muove nell’individuo e funziona, come un’onda [50 - 51].

I fattori genetici agiscono sull’emergere della dipendenza. Sono attivati da stimoli che, per quell’individuo, inducono addiction, i cui ingredienti sono craving, perdita del controllo, stress e trauma.

Molti studi hanno identificato cambiamenti strutturali e cellulari nel cervello che si sovrappongono nei diversi comportamenti di dipendenza: condotte differenti attivano circuiti identici.

Ma non è chiaro il motivo per cui alcune persone intraprendono una strada di addiction, tra le molte possibili, mentre altre persone ne prendono un’altra.

Clinical management

Ci sono molte domande alle quali rispondere per migliorare la gestione e la prevenzione clinica: poiché la comorbidità interna della dipendenza è così frequente, è importante rilevare quale disturbo viene prima, e con quale intensità.

Spesso esiste una migrazione diagnostica tra un quadro e l’altro, ma gli individui sembrano muoversi da un quadro diagnostico a un altro in modo imprevedibile.

Che cosa spinge le persone a scegliere, a “preferire”, una addiction particolare tra le molte possibili?

La sostituzione di un quadro diagnostico con un altro è equivalente o ci sono elementi o stimoli particolari che costituiscono una struttura, un fenotipo, più “adatto”

per una soluzione preferibile alle altre? E se sì, quali sono questi elementi? C'è una storia naturale della malattia? Oppure si tratta di malattie diverse? Questa complessità apre un dibattito molto ampio a diversi livelli. La conoscenza sarebbe importante non solo per impostare la pratica clinica ma per individuare i percorsi patogenetici su cui agire preventivamente per interrompere la formazione delle varie forme di dipendenza: anche se ci sono molti studi sulla prevenzione, dobbiamo saperne ancora molto di più su come e quando prevenirla. Abbiamo bisogno di una prevenzione selettiva, rivolta a individui o a gruppi a rischio? La prevenzione deve invece essere generale, globale, olistica? Cosa dobbiamo prevenire, tutte le dipendenze o solo alcune di esse? Meglio una prevenzione positiva mirata allo sviluppo dell'autonomia del soggetto? La prevenzione va fatta in determinate fasi critiche? O va orientata a contenere vulnerabilità specifiche? E che dire della prevenzione della food addiction? Fa parte del campo della prevenzione della dipendenza tout-court? Questi sono solo alcuni dei quesiti che meritano la nostra attenzione.

Anche il campo del trattamento ha bisogno di più conoscenze. SAMHSA [52] definisce il recupero dai problemi di dipendenza <<un processo di cambiamento attraverso il quale un individuo raggiunge l'astinenza e migliora la sua salute, il benessere e la sua qualità della vita>>. Questa definizione vale anche per la comorbilità DUS [53], almeno nei casi in cui il DUS è grave. Ma questa definizione è adeguata anche per i disturbi alimentari e per i casi in cui vi è comorbilità con disturbi alimentari o quando l'ED è grave?

Oggigiorno i trattamenti fatti con i sistemi di rete via internet, come WhatsApp o altre reti e kit che funzionano virtualmente, pongono ulteriori quesiti clinici: sia per i pazienti che per i professionisti la gestione multidisciplinare può avvenire tramite un team virtuale. Come si può ben vedere, anche nel campo della pratica clinica abbiamo bisogno di più ricerca, di acquisire nuove conoscenze, di disporre di linee guida aggiornate.

Sono stato impegnato a sviluppare il progetto Treatnet (UNODC, 2010) nella parte relativa all'assistenza residenziale. La comunità terapeutica (TC) è uno strumento molto utile nel trattamento della dipendenza. I dati di evidenza dimostrano quando sia indicata e quanto sia efficace. Lo è anche per i ED? La TC in sé è un modello terapeutico, è un processo di apprendimento e di adattamento. I professionisti (e i residenti) agiscono e interagiscono in modi strutturati per influenzare gli atteggiamenti, i valori, le percezioni, i comportamenti dei residenti. Molti studi trovano un risultato efficace col trattamento in TC [54]. La TC è utile anche per i pazienti con disturbo alimentare? E se sì, di quale tipo di comorbilità? Di quale livello di gravità? La TC ha bisogno di molte modifiche per declinare il suo programma quotidiano per i pazienti con ED. Anche la terapia tramite l'auto-aiuto può essere declinata dal campo DUS al campo ED. L'auto-aiuto presuppone che le persone in cura siano le principali protagoniste del processo di cambiamento.

Tutti questi argomenti devono essere inseriti in un sistema curante che colleghi e faccia collaborare agenzie (e professionisti) di diverso livello di cura. Come pianificare, coordinare, guidare sono elementi cruciali per la fornitura di cure di qualità ed efficaci. Per entrambe le figure cliniche, per le persone affette da ED con concomitante DUS come per le persone con DUS comorbili per ED, c'è ancora molto da studiare per disporre di linee guida operative adeguate. Questo ambito della clinica è davvero complesso e innovativo e richiede nuove e più aggiornate competenze per offrire un'assistenza integrata ed efficace.

Abbiamo bisogno di una prevenzione selettiva, rivolta a individui o a gruppi a rischio? La prevenzione deve invece essere generale, globale, olistica? Cosa dobbiamo prevenire, tutte le dipendenze o solo alcune di esse? Meglio una prevenzione positiva mirata allo sviluppo dell'autonomia del soggetto? La prevenzione va fatta in determinate fasi critiche? O va orientata a contenere vulnerabilità specifiche? E che dire della prevenzione della food addiction? Fa parte del campo della prevenzione della dipendenza tout-court?

BIBLIOGRAFIA

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312: 71-2.
2. Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. (1996) Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions [Editorial]. *ACP J Club*; 125 (Suppl 3): A14-A16
3. Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. (1996) La medicina basata sulle evidenze: la risposta culturale al nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. *Epidemiology Prev* ; 20: 301-3
4. Haynes RB, Hayward RS, Lomas J. (1995) Bridges between health care research evidence and clinical practice. *J Am Med Inf Assoc*; 2: 342-50.
5. Barbui C, Giralda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M. (2014) Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1.
6. Rousanville B.J., et O (1982), Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts; course and relationship to treatment outcome; *Archives of General Psychiatry* , 39, 151-156
7. T3E, (1999) Psychopathology of drug addiction, T3E network Federation, T3E Cahier, DGV, Nizzoli editor
8. Kenny NP. (1997) Does good science make good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by fact that clinical practice is as much art as science. *Can Med Assoc J* ; 157: 336.
9. Marcus, G. F. (2004). *The Birth of The Mind: How a Tiny Number of Genes Creates the Complexities of Human Thought*. New York: Basic Books.
10. Brady KT, Sinha R, Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress, *Am J Psychiatry*, 2005 Aug;162(8):1483-93 PMID:16055769 DOI:10.1176/appi.ajp.162.8.1483
11. Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. and Munoz, R. (1972), 'Diagnostic criteria for use in psychiatric research', *Archives of General Psychiatry* 26(1), pp. 57-63. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
12. WHO (1992), *International statistical classification of diseases and related health problems*, World Health Organization, Geneva
13. APA (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
14. WHO (2010), *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization* (http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/), retrieved 5 August 2015
15. Volkow ND. (2004) The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 56(10):714-717. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.07.007>
16. Kessler RC. (2004) The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-737. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
17. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677-685.
18. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. (2005) Mood disorders and substance abuse disorders: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives* 3(1):13-24. <http://dx.doi.org/10.1151/spp053113>
19. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. (2006) Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67(2):247-257. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0211>
20. EMCDDA, (2015) *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015
21. Swendsen, J. and Le Moal, M. (2011), 'Individual vulnerability to addiction', *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216(1), pp. 73-85 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05894.x>
22. Khantzian EJ, (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harv Rev Psychiatry*, Jan-Feb; 4(5):231-44 <http://dx.doi.org/10.3109/10673229709030550>
23. Large, Matthew; Sharma, Swapnil; Compton, Michael T.; Slade, Tim; Nielsen, Olav (2011). "Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis". *Archives of General Psychiatry*. 68 (6): 555-61 <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.5>
24. Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. and D'Souza, D. C. (2014), 'Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis', *Frontiers in Psychiatry* 5, p. 54 <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>
25. Schmoll, S., Boyer, L., Henry, J.-M. and Belzeaux, R. (2015), 'Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographical and clinical analysis', *L'Encéphale* 41(2), pp. 123-29
26. Stahler, G. J., Mennis, J., Cotlar, R. and Baron, D. A. (2009), 'The influence of neighbourhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care', *American Journal of Psychiatry* 166(11), pp. 1258-68 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111667>
27. Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., et al. (2012), 'Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample', *Substance Use & Misuse* 47(4), pp. 383-89 <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2011.636135>
28. Durvasula, R. and Miller, T. R. (2014), 'Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis', *Behavioural Medicine* 40(2), pp. 43-52 <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2013.866540>
29. Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K. and Schuetz, C. G. (2013), 'Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(8), pp. 1235-43
30. Greenberg, G. A. and Rosenheck, R. A. (2014), 'Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication', *Criminal Behaviour and Mental Health* 24(1), pp. 18-35 DOI <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.1875>
31. Hatzitaskos P., (1999) Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder, *Comprehensive psychiatry*, 40; 4: 278- 82. DOI [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90128-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90128-1)

32. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. (1998) Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*; 23(6): 841-853 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00071-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00071-9)
33. Verheul R. (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*; 16(5): 274-282 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)
34. Skinstad, A. H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-65 DOI: <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-100103118>
35. Boden, M. T. and Moos, R. (2009), 'Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), pp. 335-45 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.012>
36. Magura, S., Rosenblum, A. and Betzler, T. (2009), 'Substance use and mental health outcomes for comorbid patients in psychiatric day treatment', *Substance Abuse: Research and Treatment* 3, pp. 71-78
37. Hudson J, Hiripi E, Harrison G Pope Jr, Kessler R, (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatry*, V 61, issue 3, 1 Feb , p 348-358; DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
38. Keski-Rahkonen A, (2016) Review of the worldwide epidemiology of eating disorders, *Current Opinion in Psychiatry*: November - Volume 29 - Issue 6 - p 336-339
39. Brewerton, Timothy, Baker Dennis, Amy (Eds.), (2014) *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders - Research, Clinical and Treatment Perspectives*, Springer.
40. Brownell KD, Gold MS. (2012) *Food and Addiction*, Oxford University Press.
41. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. (2000) Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 284(20):2606-2610. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>
42. Peveler RC Fairburn CG, (1990) Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of SCL-90 *Psychol Med* 1990;20:873-879
43. Gadalla, T., & Piran, N. (2007): Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: A national study. *Eating Disorders: The Journal of treatment and prevention*, 15, 189-203
44. Calero-Elvira A, Krug I, Davis K, López C, Fernández-Aranda F, Treasure J. (2009) Meta-analysis on drugs in people with eating disorders, *Eur Eat Disord Rev*. Jul;17(4):243-59. doi: 10.1002/erv.936.
45. West R, Brown J, (2013) *Theory of Addiction*, Wiley, 2nd Edition.
46. Nizzoli U, Croce M, Margaron H, Caretti V, Zerbetto R, Lorenzi P, (2011) Craving. Alla base di tutte le dipendenze, Mucchi
47. Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Tomasi, D., & Baler, R. (2012). Food and drug reward: Overlapping circuits in human obesity and addiction. *Current Topics in Behavioural Neurosciences*, 11, 1-24.
48. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. (2015) Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS One*. Feb 18;10(2):e0117959 doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
49. Manasse S, Espel H, Schumacher L, Kerrigan S, Zhang F, Forman E, Juarascio A, (2016) Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation, *Appetite* 105, 172e1
50. Marlatt, G.A. and Gordon, J.R., Eds. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: Guilford Press,
51. Monti P., Ray L., (2012) Introduction, *Food and Addiction*, Brownell K & Gold M, EDS, Oxford
52. SAMHSA, (2010) Recovery definition, SAMHSA, in *Personalità/Dipendenze*, Mucchi ed. v17n2;
53. Bryant KJ, Rounsaville B, Spitzer RL, Williams JB. (1992) Reliability of dual diagnosis. *Substance dependence and psychiatric disorders*, *J Nerv Ment Dis*, Apr; 180(4): 251-7 doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199204000-00007>
54. Vanderplasschen W, Vandevelde S, Broekaert E. (2014) Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. EMCDDA.

* Psicologo, presidente Società italiana disturbi comportamento alimentare SISDCA, già direttore dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, RE [unizzoli@hotmail.com]

Abstract

Addiction is a condition in which the individual absolutely and immediately wants the thing he needs (which he believes he needs). Craving is the key to understanding addiction. There may be extended comorbidity in addiction. The article tries to illustrate the different patterns and combinations of co-occurring disorders: substance use disorders, eating disorders, mental and personality disorders. It also states the necessity for researchers to further investigate into the complex interaction of causes and factors in order to provide the knowledge needed to implement treatment and prevention.

KEYWORDS Addiction, comorbidity, substance use disorders, eating disorder, clinical governance

link **ricerche**

Desiderio di un figlio e Mappa Esistenziale:
tipologia delle coppie che afferiscono
ad un percorso di PMA

MARISA D'ARRIGO, OLIMPIA MIRAGLIA,
NICOLA IANNANTUONI, CATERINA CAPUOZZO

Studio sulle culture professionali degli
operatori della salute mentale in Italia
Sviluppo e validazione del Bicocca Mental
Health Professional Culture Inventory

AMBRA BERETTI



Desiderio di un figlio e Mappa Esistenziale: tipologia delle coppie che afferiscono ad un percorso di PMA

The Desire of a Child and the Existential Map: the type of couples who apply to a Birth Support Centre

MARISA D'ARRIGO¹, OLIMPIA MIRAGLIA², NICOLA IANNANTUONI³, CATERINA CAPUOZZO⁴

PAROLE CHIAVE Coppia, figlio, corpo, problemi riproduttivi, sterilità, desiderio/bisogno

Premessa

Questo articolo nasce da una ricerca effettuata presso la UOSD di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Ospedale "Santa Maria delle Grazie" di Pozzuoli (NA) a cui afferiscono coppie con problematiche procreative e che intraprendono un percorso di PMA di tipo omologo di I e II livello.

Un'Unità Operativa di tale genere è una struttura molto particolare: le persone che vi accedono non sono "costrette" da un male fisico, da una minaccia di vita o di invalidità; ciò che le "spinge" è il desiderio.

Quelli che varcano la soglia di un centro di PMA, infatti, sono pazienti feriti nell'anima, spesso carichi di rabbia e vergogna e portatori, appunto, di un desiderio. Del resto, per come siamo stati programmati, è dal desiderio (desiderio sessuale e desiderio biologico di riprodursi) che nasce la vita.

Parliamo di desiderio e non di "bisogno" di un figlio. Desiderio significa far riferimento ad una ricerca, ad un accrescimento, ad una possibilità. Quando è il desiderio ad animare una persona, questa non rinuncia ad una progettualità, sia a livello individuale che di coppia, pur non negando il dolore e la fatica di una riorganizzazione progettuale.

Il bisogno, che può essere sociale, narcisistico e relazionale, si collega ad una mancanza, ad un vuoto da riempire. Chi è animato dal bisogno vede la propria progettualità sempre più rigida e tende a dare sempre meno valore a se stesso, al partner ed ai propri sentimenti. Il figlio del "bisogno" rischia di diventare allora un oggetto necessario per «... sanare i conflitti irrisolti, ... riorganizzare alleanze e strategie familiari ... ricostruire equilibri perduti ⁵».

Che poi la realizzazione di questo desiderio sia venuta a rientrare nei LEA la dice lunga sul peso che questo desiderio esercita riconosciuto sul piano dell'equilibrio generale e sul significato del concetto di "salute" così come è stato definito dalla OMS: «Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità» (OMS, 1948)

Anche nelle successive definizioni del concetto di salute (a partire da quella di Wylie nel 1970: salute come «adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente») è stato posto l'accento sull'adattamento, sull'equilibrio (quindi su una condizione di rapporto dinamico tra l'individuo ed il suo ambiente) e, aspetto che ci riguarda maggiormente, sulla soggettività, cioè sul modo di percepire la realtà da parte del soggetto, oltre che sulla responsabilità personale (e sulla consapevolezza). Gli operatori che lavorano in questo campo non sono solo portatori di un sapere scien-

Parliamo di desiderio e non di "bisogno" di un figlio. Desiderio significa far riferimento ad una ricerca, ad un accrescimento, ad una possibilità. Quando è il desiderio ad animare una persona, questa non rinuncia ad una progettualità, sia a livello individuale che di coppia, pur non negando il dolore e la fatica di una riorganizzazione progettuale. Il bisogno, che può essere sociale, narcisistico e relazionale, si collega ad una mancanza, a un vuoto da riempire

tifico e tecnologico, sono anche "operatori culturali", portatori di un cambiamento culturale che veda nel ricorso alle tecniche di PMA non la disperata ultima spiaggia da poter/dover raggiungere a tutti i costi, ma una possibilità, una opportunità da cogliere coscientemente, con la consapevolezza che 50 anni fa queste tecniche non esistevano e che in altre zone del mondo non sarebbero possibili, ma anche che si deve scegliere l'opzione più opportuna alla luce delle attuali conoscenze.

Aiutare le persone a leggere la loro storia e a raccontarsela tenendo conto di queste premesse, significa aiutarle ad operare una vera e propria rivoluzione nel loro modo di desiderare di avere un figlio ed a scegliere la strada per realizzare il loro desiderio, inserendolo in quello scenario complesso che costituisce il corpo pulsante e la vita delle persone.

Il Questionario

Nel nostro Centro, al fine di "indagare" il desiderio e di poter avere una sorta di "tipologia" dell'utenza, si è deciso di somministrare a tutte le coppie un questionario (maschile e femminile) a cui rispondere individualmente. Segue una consulenza psicologica di restituzione.

Inizialmente si è utilizzato il questionario SAHARAI, elaborato e realizzato dall'équipe di IRPACE. Successivamente, data anche l'impossibilità di collegarci con il progetto IRPACE interrottosi improvvisamente, si sono apportate delle modifiche al questionario così da renderlo più agile e più rispondente a quelli che erano i nostri obiettivi:

- di tipo statistico in tutti i settori che andremo ad evidenziare
- di "igiene mentale": offrire cioè alle coppie l'occasione per esaminare la propria quotidianità in senso ampio, in settori cioè apparentemente lontani dal focus riproduttivo, e stimolarle alla riflessione sul senso e sulle implicazioni derivanti dall'adesione al progetto riproduttivo mediante PMA nonché sull'apertura/chiusura ad altre progettualità (quali l'affido/adozione o una vita senza figli)

Il questionario, così modificato, ha permesso di ottenere un quadro riassuntivo facente riferimento sia a dati "oggettivi" che a vissuti soggettivi (come valutazioni, progetti o desideri).

E' stato così possibile tracciare quella che abbiamo chiamato "Mappa Esistenziale", la rete cioè di relazioni, interessi, desideri etc. all'interno della quale ogni persona è collocata, al fine di individuarne gli intrecci, i nodi ed eventualmente i buchi, affinché il desiderio di un figlio (che da tale rete nasce e trae nutrimento) possa trovarvi un senso, un respiro e, nel momento in cui non dovesse realizzarsi, un sostegno ed una compensazione.

Siamo partiti cioè dal pensiero che il desiderio di un figlio per avere senso e per potersi esprimere nasca da un terreno fertile e, in nome di questa fertilità non può, come purtroppo succede in alcuni casi, rendere sterile tutto il resto, la vita cioè nel suo complesso.

Per ogni soggetto intervistato questa mappatura evidenzia:

- chi sono (anagrafica, livello socio-culturale);
- chi siamo (storia di coppia, presenza di figli, eventuali coabitazioni);
- i legami affettivi (con i genitori, con i parenti, con gli amici, eventuali lutti, eventi significativi, qualità della relazione genitori/figli, influenza delle aspettative dei genitori);
- il corpo (disturbi psicofisici, storia riproduttiva, sterilità, desiderio riproduttivo/atteggiamento strategico, PMA);
- il Figlio (famiglia Ideale, bambino ideale, adozione) ;
- la Sessualità.

Aiutare ed accompagnare una coppia ad individuare e a riallacciare tutte queste componenti intorno al proprio desiderio/progetto significa dare valore al "raccontarsi" (e la narrazione rappresenta la via attraverso la quale dare forma alla propria identità) e favorire il riappropriarsi della propria esistenza e fertilità in senso non unicamente procreativo.

La ricerca

Si è scelto un campione casuale di 300 pazienti (150 coppie) rivoltesi al Centro nel quadriennio 2013/2017.

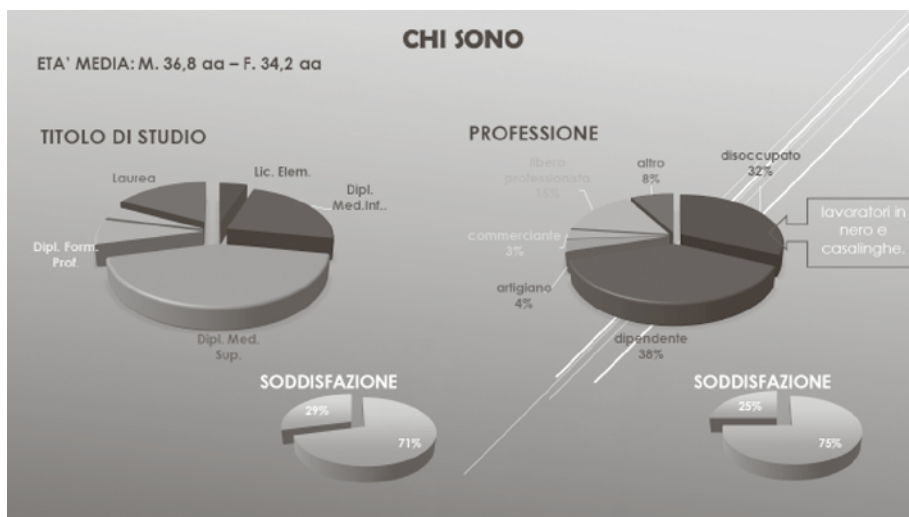
C'è da fare una premessa:

- Non tutti hanno risposto a tutte le domande del questionario.
- In alcuni casi si ha il sospetto che i questionari non siano stati compilati individualmente ma che lo stesso componente della coppia (si suppone la donna) abbia compilato ("per fare prima") entrambe le parti.
- In alcuni casi le coppie hanno considerato il questionario come un test valutativo (una sorta di idoneità alla genitorialità assistita) e questo può comportare da una parte una connotazione "artefatta" delle risposte, dall'altra fa trasparire la carica di ansia e di insicurezza che accompagna le coppie, condizionandole nella loro capacità di esprimersi fluidamente e spontaneamente

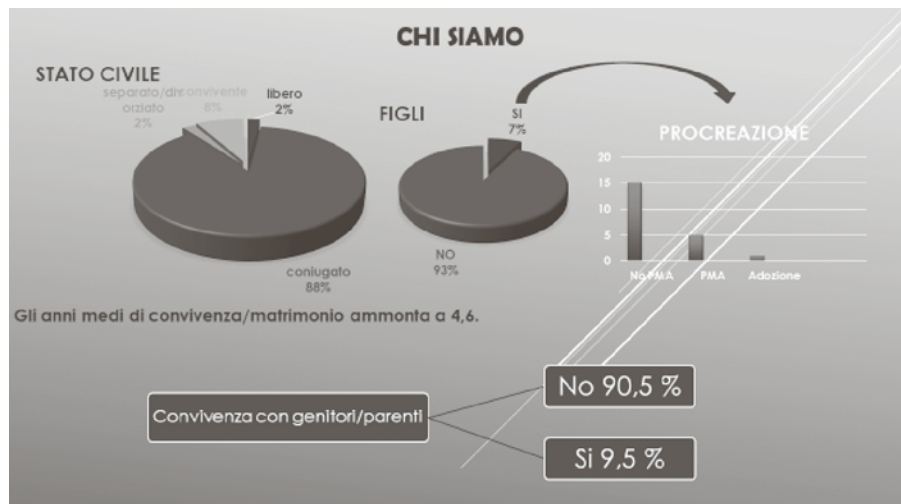
Dall'analisi dei dati emerge che:

Chi sono / Chi siamo

L'età media dei pazienti è di 35,7 aa (M 36,8 aa / F 34,2 aa), il livello culturale è medio mentre il livello di soddisfazione sia per ciò che riguarda il titolo di studio che per il lavoro risulta essere alto.



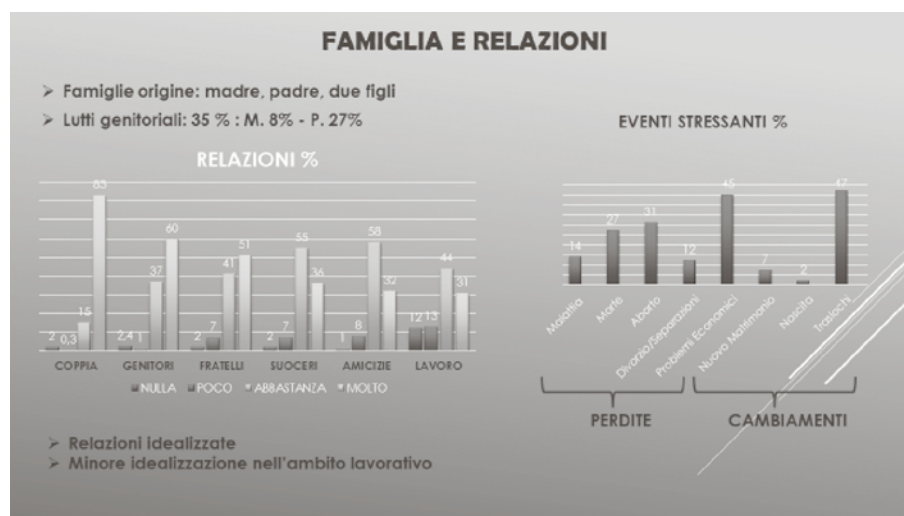
La maggioranza di loro sono sposati, non hanno figli e vivono da soli. Solo il 7% degli intervistati ha già dei figli (figli di precedenti unioni) ed una piccola percentuale ha dei figli avuti con PMA.



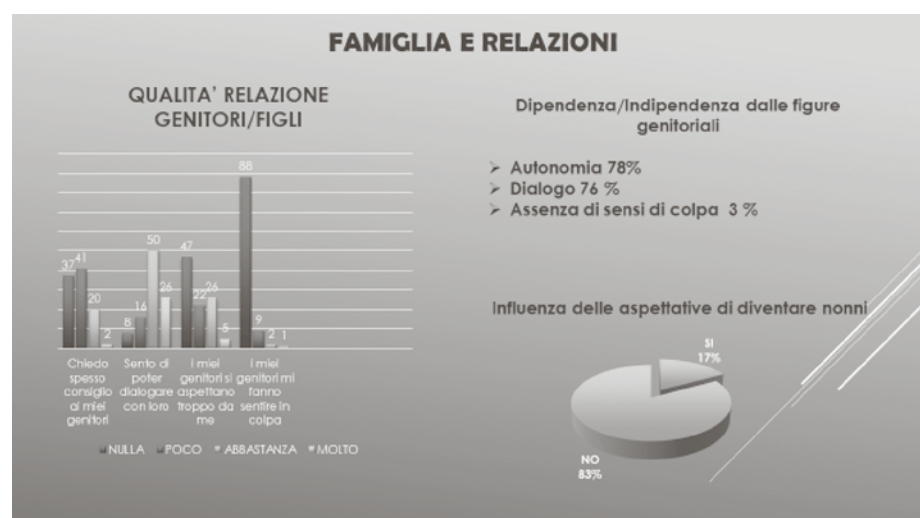
I legami affettivi

Le relazioni affettive appaiono tendenzialmente idealizzate, mentre c'è una minore idealizzazione nell'ambito lavorativo.

Appare significativo rilevare, tenendo conto della giovane età degli intervistati (37,5 aa) che, il 35% ha perso almeno un genitore (il padre nella maggior parte dei casi) e che quindi ha dovuto già fare i conti con una perdita grave e precoce.



Le relazioni genitoriali appaiono positive, impostate sull'autonomia, sul dialogo e sull'assenza di colpevolizzazione e di pressioni di tipo affettivo/familiare (le aspettative dei genitori di diventare nonni non sono sentite come influenti).



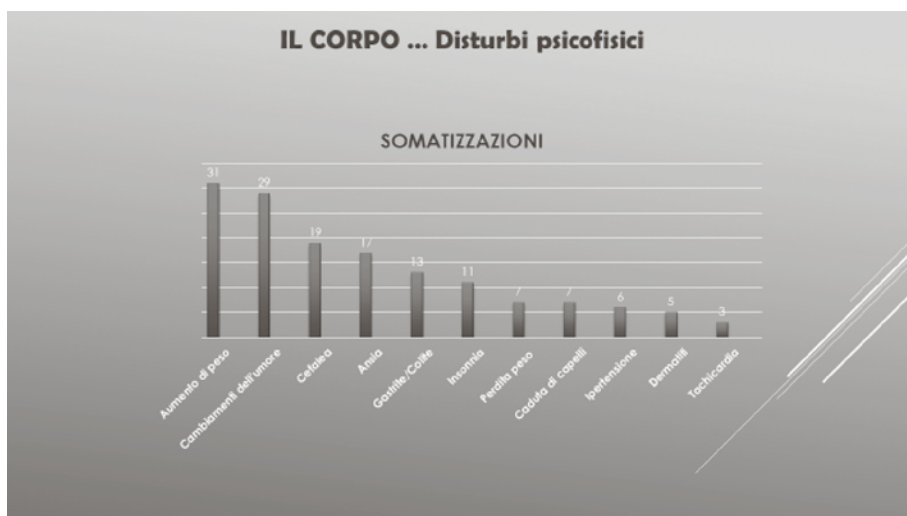
Il corpo

In merito ai Disturbi Psicofisici, due sono gli elementi principali: l'aumento di peso ed i cambiamenti di umore.

Si sa che l'aumento di peso, essendo un elemento multifattoriale connesso a fattori di tipo socio/culturale (aumento dell'obesità nel mondo occidentale, tasso di obesità in Italia e nello specifico in Campania), è strettamente collegato con le difficoltà procreative. Esso ha anche un profondo significato psicologico. In questa tipologia di coppie sembra porsi come la rappresentazione metaforica di un "vuoto" (affettivo/psichico/esistenziale) che tende ad essere riempito concretamente. Questo assume una dimensione "paradossale" dato che la pancia vuota (il vuoto psichico della sterilità), che viene riempito concretamente di cibo, tende a rendere quella pancia ancora più vuota.

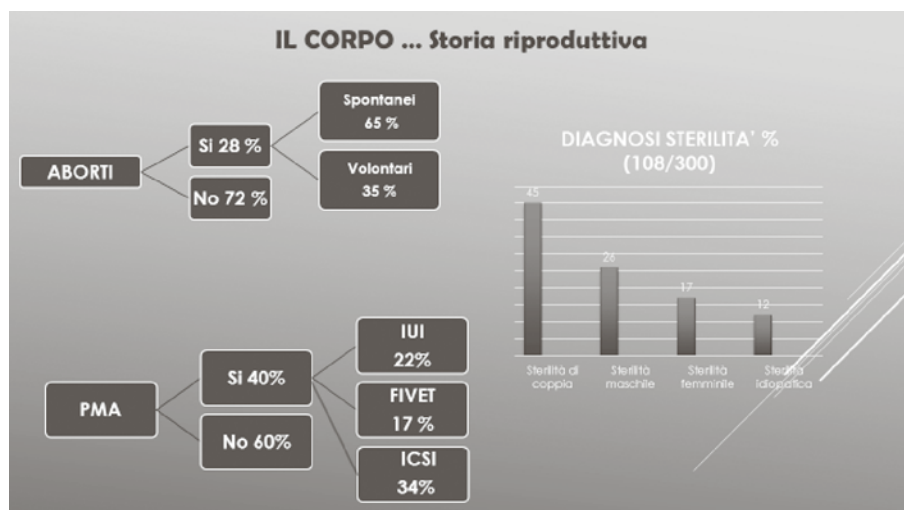
Per quanto concerne i "cambiamenti di umore", questi sembrerebbero essere intrin-

secamente collegati alla fatica e alle difficoltà che tali coppie presentano nel trovare un canale di espressione dei propri stati d'animo, che vengono quindi "agiti" più che raccontati o mentalizzati.

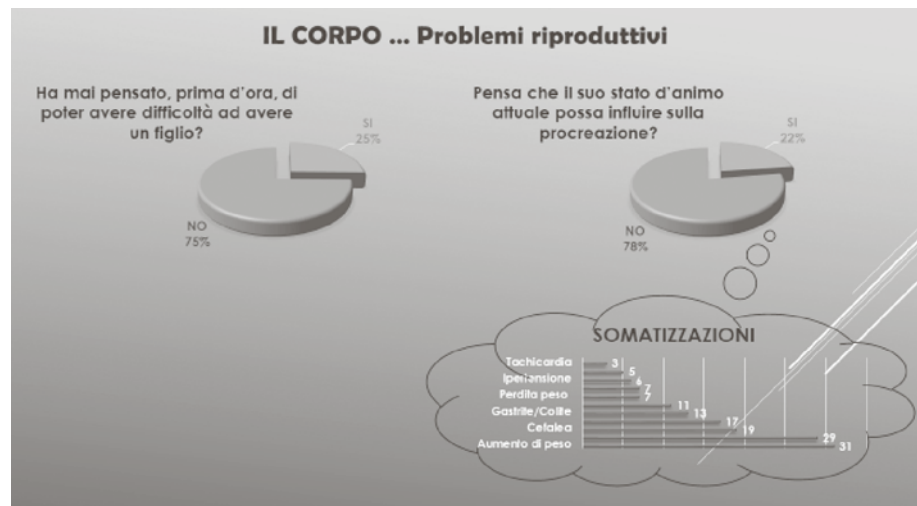


In merito alla propria storia riproduttiva, si osserva che ben il 28% di queste coppie ha avuto almeno un aborto volontario per più di 1/3 dei casi. Risulta facile immaginare quindi quanto, per queste persone le difficoltà procreative si colorino, oltre che della tirannia del tempo, anche di rammarichi e sensi di colpa.

Rispetto alla diagnosi di sterilità c'è da premettere che solo 108 persone su 300, all'atto della compilazione del questionario, avevano già avuto una diagnosi. Il 45% delle coppie riporta una diagnosi di sterilità di coppia/infertilità. La sterilità maschile sembra avere una maggiore frequenza di quella femminile, anche se va sottolineato che, in riferimento alla sterilità maschile, in alcuni casi la partner femminile non dà risposta, come se attivasse una sorta di protezione verso il proprio partner.

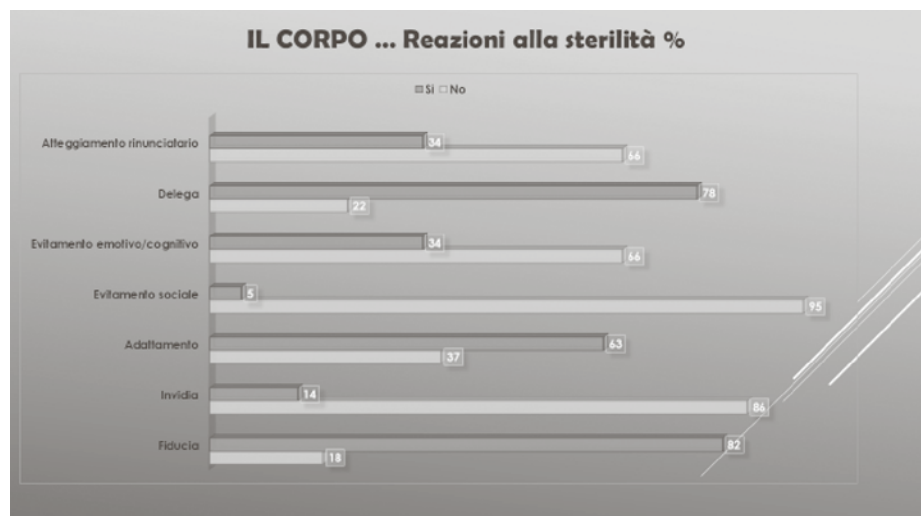


Non sembra essere presente in queste coppie un'ansia anticipatoria e, quando presente, fa riferimento a pregressi problemi di tipo organico. Colpisce invece il fatto che la stragrande maggioranza neghi l'influenza dello stato d'animo (pur facendo un gran parlare di generici livelli di stress), nonostante la frequenza di disturbi psicofisici. È come se ci fosse una sorta di scissione tra lo stato d'animo, il corpo e le capacità procreative.

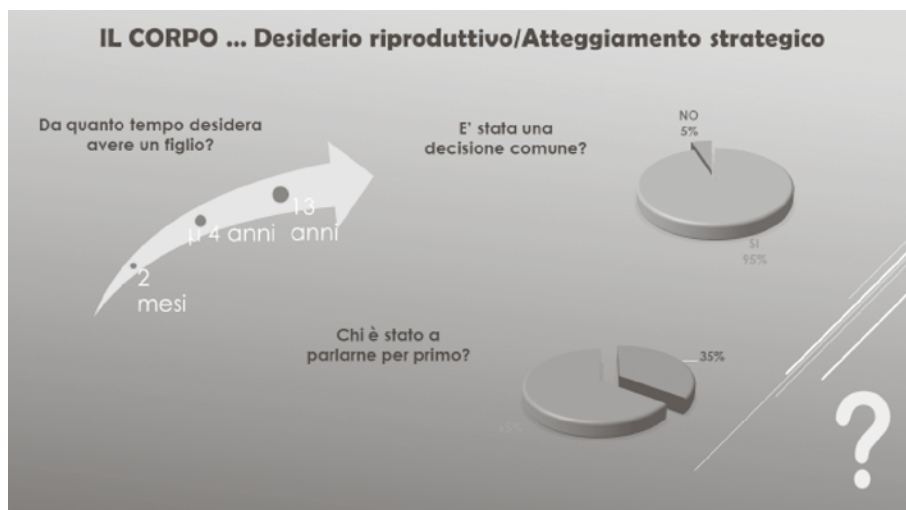


Le reazioni alle difficoltà procreative, possono essere sintetizzate come di seguito:

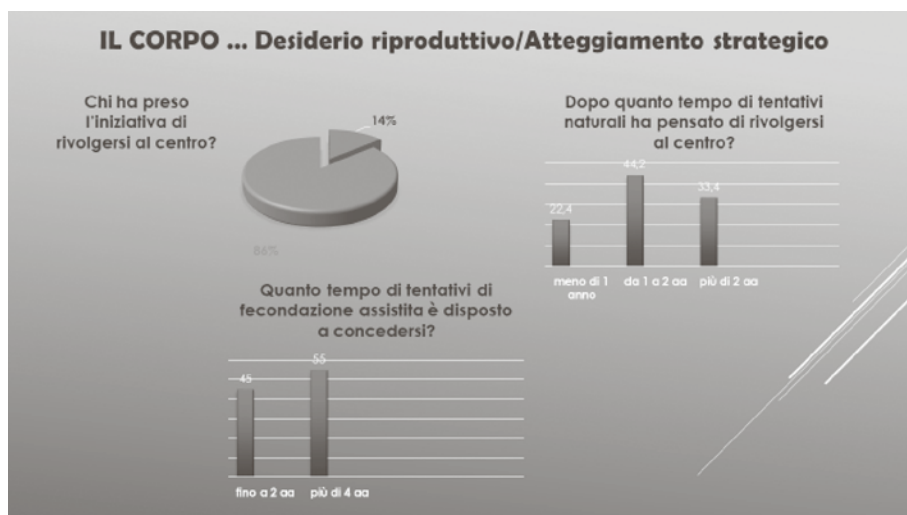
- Negazione di sentimenti e di reazioni negative (quali l'invidia o l'evitamento sociale).
- Evitamento di tipo emotivo (cercare di non starci male) e cognitivo (cercare di non pensarci).
- Fiducia (82%) nella riuscita del proprio progetto alla quale corrisponde una consistente delega (78%) al personale sanitario.
- Il 66% afferma di non avere un atteggiamento rinunciatario, ma al tempo stesso il 63% riferisce uno scarso livello di soddisfazione in riferimento alla propria vita.



Risultano dunque esserci una elevata fiducia e saldi propositi nel mantenere la coerenza dell'obiettivo, anche se, in un'ottica generale, sembra esserci un difetto sul piano dell'adattamento, dell'accettazione del limite (sia interno che esterno) e della soddisfazione.

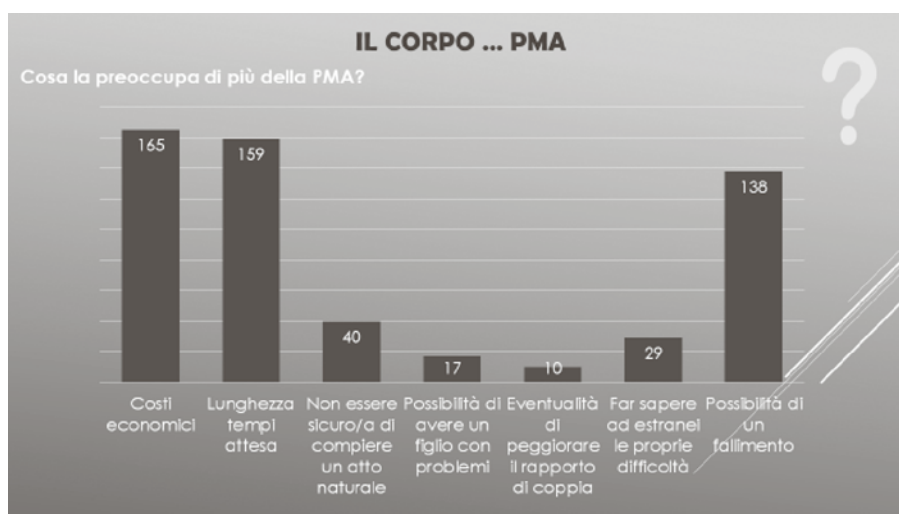
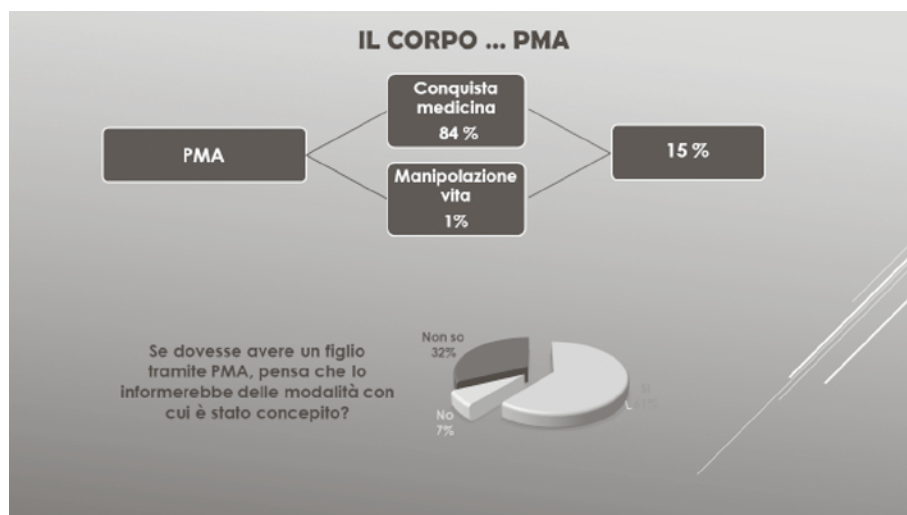


In merito alla possibilità di esprimere il desiderio di un figlio, mediamente presente da 4 anni, sono le donne la parte “trainante”, soprattutto in merito alla decisione di rivolgersi ad un centro specializzato e di concedersi anche oltre 4 anni di tentativi. La possibilità di chiedere e dunque di indurre le coppie a pensare al percorso da fare, vuole essere un modo per far loro acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie scelte ed aspettative al fine sia di definirle sia di sentirsene volontari protagonisti.



Per quanto concerne l’atteggiamento nei confronti della PMA, si osserva come la stragrande maggioranza delle coppie la considera una conquista (solo l’1% la vede come una forma di manipolazione e solo il 15% esprime la propria ambivalenza assumendo entrambe le posizioni) e ne teme aspetti per così dire di superficie (costi, tempi di attesa insuccessi). Sembra cadere anche il “tabù del concepimento” visto che il 61% degli intervistati riferisce che ne parlerebbe tranquillamente con il figlio (salvo poi appurare frequentemente nel corso della consulenza psicologica che ne parlerebbe, sì, ma quando il figlio sarà grande).

Viene utilizzato cioè lo stesso criterio che ha accompagnato (ed accompagna ancora in molti casi) il racconto delle origini fatto dai genitori adottivi. Il momento della “rivelazione” viene rimandato, con una funzione puramente difensiva, ad un ipotetico e futuro “tempo giusto”. L’atteggiamento appare comunque piuttosto superficiale ed ancorato al concreto.



Il figlio

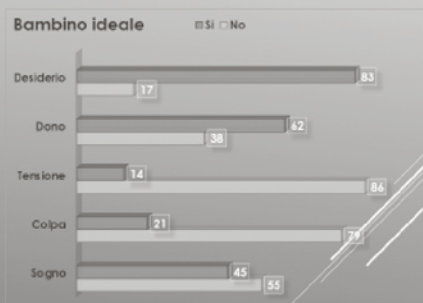
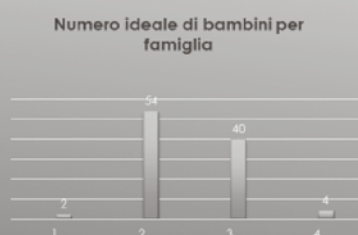
In merito alla genitorialità sembra che questo bambino, tanto desiderato, resti concretamente un oggetto del desiderio da perseguire, senza riuscire a trovare un sufficiente spazio mentale nella fantasia. Sembra essere un bambino non fantasticato, se non come dono ai genitori (62%). In verità questo dato sorprende un po', dal momento che, come si è visto, la stragrande maggioranza (83%) delle coppie afferma di non sentire la pressione affettiva e sociale derivante dall'aspettativa dei genitori di diventare nonni. Le coppie fanno addirittura fatica a riconoscere di sognarlo, questo bambino.

Al tempo stesso l'altro aspetto presente, quello del bambino mancante, viene molto minimizzato: solo un 21% si sente in colpa per non avere ancora un figlio ed appena un 14% riconosce che il pensiero di un figlio è fonte di tensione. È come se si assistesse ad una sorta di appiattimento e normalizzazione del travaglio interiore.

Parlare di adozione, anche se previsto dalla legge, costringe inevitabilmente a mettersi in una posizione "eccentrica". Significa alzare gli occhi verso orizzonti diversi, prospettive di vita "altre". Se si esclude il 7% che ha già preso in considerazione questa possibilità, il restante 93% esprime un netto rifiuto o si nasconde dietro un atteggiamento distaccato e difensivo ("non ci ho mai pensato", "la prenderei in considerazione come seconda scelta", "l'iter è difficile"). Si evidenzia pertanto un atteggiamento ambivalente che non ne esclude la possibilità (almeno a livello teorico) ma di fatto ne evita l'attuazione.

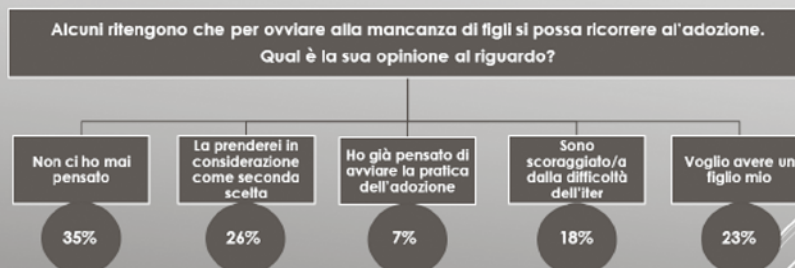
Se nell'adozione fai un regalo di genitorialità a chi l'ha persa (una sorta di ripara- zione per un danno fatto da altri), nella PMA il bambino che nasce grazie ad un intervento terzo fa un regalo ad un uomo nel suo diventare padre ed a una donna nel

IL FIGLIO ... Famiglia ideale



suo diventare madre (una sorta di riparazione per una deficienza di sé). In entrambi i casi ai bambini andrà restituito che tali regali si inscrivono e trovano significato nella sfera del desiderio (che dal punto di vista etimologico significa: «ciò che scende dalle stelle»⁶).

IL FIGLIO ... L'Adozione



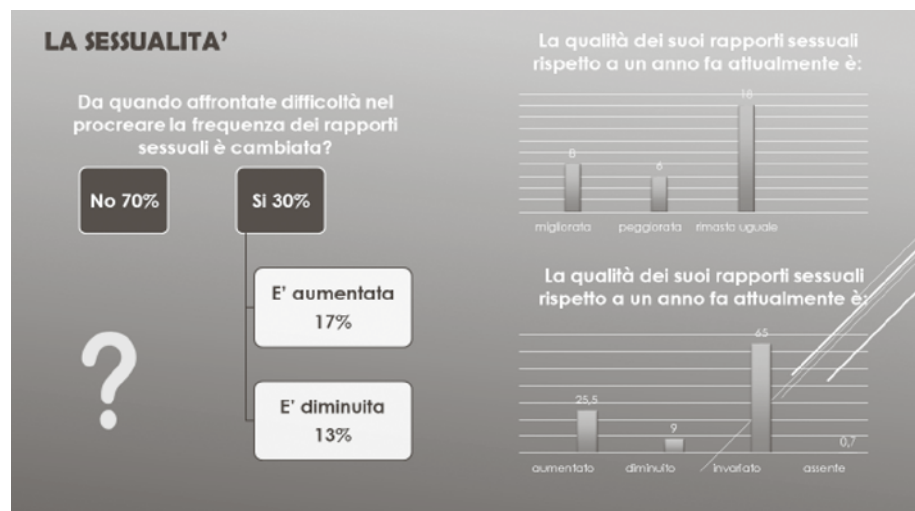
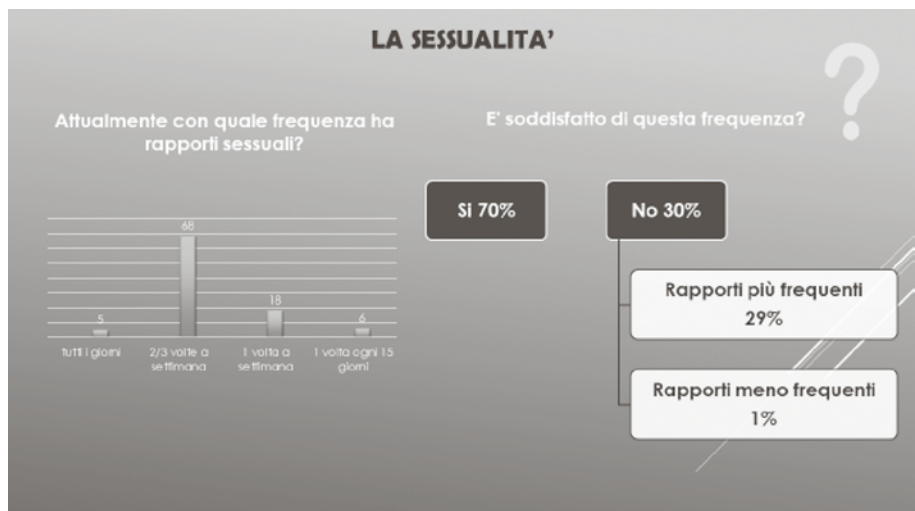
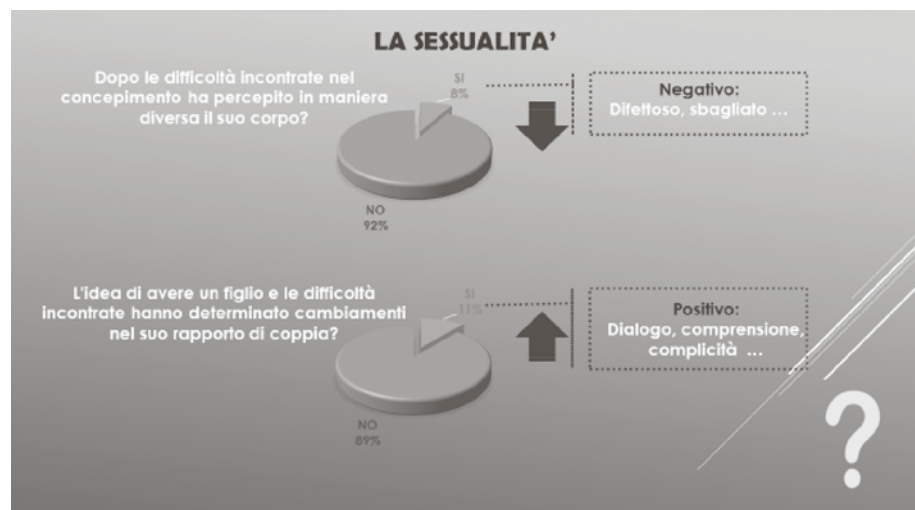
La sessualità

In riferimento all'area della sessualità, la stragrande maggioranza delle coppie nega ogni ricaduta negativa derivante dalle difficoltà procreative sul piano sia della percezione del proprio corpo che della relazione di coppia.

Anzi in questo caso viene sottolineata (anche se da una minoranza) una reazione positiva con un aumento del dialogo, della comprensione e della complicità. Questo dato, al di là della già sottolineata tendenza ad una "normalizzazione" e "positivizzazione", può avere anche altri importanti aspetti: la scoperta di una difficoltà/problematica riproduttiva rappresenta l'introduzione di una variabile "altra" all'interno di un progetto e del relativo contratto, e può rappresentare l'occasione per "scegliersi" nuovamente, una sorta di "rinnovo della promessa" ed in molti casi lo è. Questo sempre sull'onda dell'importanza del raccontare e del raccontarsi. Un'attenzione a parte richiederebbe quell'8% che riferisce di vivere il proprio corpo come "difettoso", "sbagliato".

Il quadro della sessualità sembra non significativamente modificato a seguito del ricorso alla PMA, e viene riferito mediamente un vissuto di soddisfazione, sia per ciò che riguarda la frequenza, che la qualità, che il desiderio.

Se dai colloqui emerge che i rapporti mirati disturbano fortemente la fluidità e naturalezza dei rapporti sessuali, la PMA (forse per l'aspetto di scissione tra piacere/desiderio e aspetto procreativo e forse in virtù della delega all'esperto di quest'ultimo

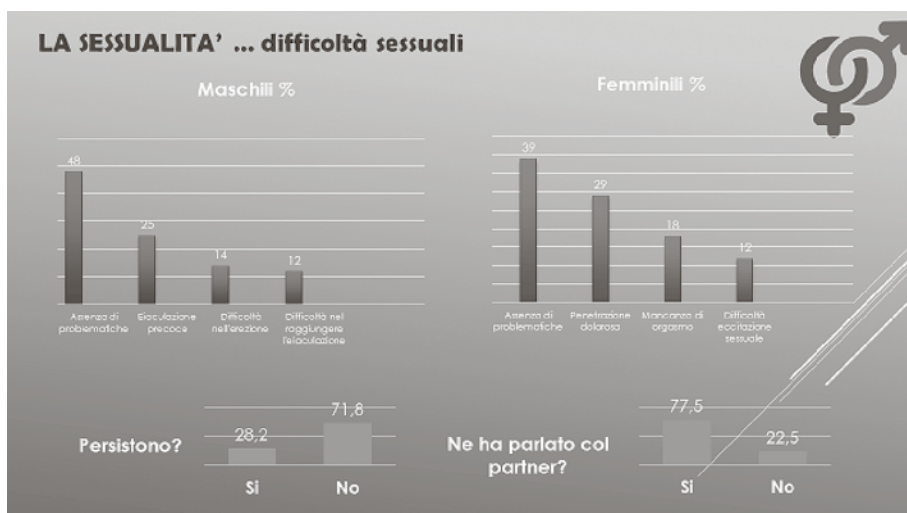
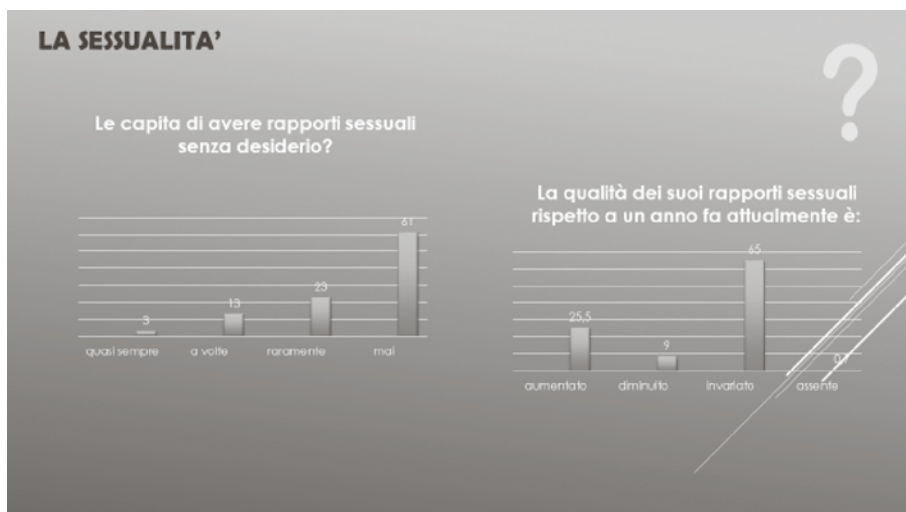


aspetto) sembra, almeno da quanto emerso dai questionari, essere un elemento non particolarmente disturbante.

Verrebbe da chiedersi cosa fantasmaticamente ci sia dietro questa delega. Una deresponsabilizzazione? Un vivere l'istituzione e l'équipe come surrogati genitoriali che legittimano ed accolgono?

Alla domanda specifica relativa all'esistenza (nel presente o nel passato) di problematiche nella sfera sessuale più del 50% risponde affermativamente (nelle donne il problema più sentito è la penetrazione dolorosa, negli uomini l'eiaculazione precoce).

Le problematiche sessuali prevalentemente sono riferite come “superate” e comunque, se si confrontano questi dati con quelli precedenti relativi alla valutazione della vita sessuale, non sembrano centrali. Anche qui sembra prevalere la tendenza alla normalizzazione e ad una forma di “elusione” dei problemi soggettivamente sentiti.



Conclusioni

Qual è dunque il profilo di queste coppie, cercando anche di evidenziarne il livello di soddisfazione/insoddisfazione, la capacità progettuale (come consapevolezza di confini, limiti ed obiettivi) e la modulazione del desiderio?

Sono coppie giovani, con un livello culturale medio, che si dichiarano generalmente soddisfatte sia del loro titolo di studio che del loro lavoro. Le loro relazioni affettive ed amicali sono tendenzialmente idealizzate. Riferiscono buone relazioni con i genitori.

Le difficoltà psicofisiche si esprimono prevalentemente come aumento di peso e cambiamenti di umore.

Sembrano avere un campo visivo ristretto, focalizzato ed appiattito sul concreto, sul fare e sull'avere. Anche la loro sofferenza, il loro “vuoto” (così come nel disturbo alimentare) tendenzialmente sembra riempito da oggetti, più che problematizzato. Del resto, se si è concreti sul piano del corpo (si agisce cioè il disturbo piuttosto che sentirlo o esprimerlo) lo si è anche sul piano della soluzione.

In riferimento alle difficoltà procreative c'è una negazione di sentimenti e reazioni negative, un atteggiamento di base, a volte acritico, di fiducia. Questi due aspetti non si riverberano però in un corrispondente livello di soddisfazione per la propria vita.

Lo psicologo in un centro di PMA è necessario non per “sbloccare” in maniera quasi miracolosa sterilità oscure e cause misteriose (cosa che necessiterebbe, ammesso che sia possibile, di lunghe e profonde terapie che non tutti sono disposti o adatti ad affrontare) ma per ricollocare nel flusso della vita (che contiene appunto la speranza, il desiderio, il limite, la malattia, la morte) ciò che onnipotentemente sembra volerle sfuggire

Di fatto sembra esserci un difetto sul piano dell'accettazione e dell'adattamento alla realtà con i suoi limiti e della capacità di modulare la propria progettualità ed il livello di soddisfazione.

Anche in riferimento al bambino c'è, come abbiamo più volte sottolineato, il desiderio ma anche una sorta di difetto di fantasia.

C'è da chiedersi se questa che abbiamo definita “assenza di mentalizzazione” (e che è una sorta di fil rouge che percorre tutto il profilo) sia primaria (cioè simbolicamente alla base della difficoltà procreativa) o secondaria, derivi cioè dalla paura della sofferenza, dalla necessità difensiva di negare pensiero e fantasia, in una sorta di regressivo ritorno al pensiero magico.

«Si può pensare che la coartazione della vita fantastica sia il risultato di un meccanismo difensivo volto a proteggere la madre specialmente dal rischio di essere disillusa rispetto al desiderio di superare il limite biologico della sterilità attraverso la fecondazione assistita. »⁷

Questi aspetti vengono confermati da una mancanza di atteggiamento “strategico”, cioè della capacità di farsi un programma che parta dal limite e lo contempli. In questo ambito sembrerebbe rientrare il “rifiuto” adottivo. Del resto anche l'approccio alla PMA risulta concreto ed esterno (basato cioè su aspetti più superficiali) e c'è ambivalenza nell'inserirla all'interno della propria storia e nella previsione della propria vita futura.

La compilazione del questionario e la successiva consulenza possono rappresentare uno spazio di espressione, di riflessione ed eventualmente di elaborazione, un'occasione per compensare e riequilibrare l'eccesso di concretezza e permettere l'individuazione del proprio percorso e del proprio racconto.

Il nostro intervento in qualità di psicologi si inserisce come tentativo di riportare nell'alveo della vita, del benessere (che significa speranza e limite, tempo e pazienza) un desiderio che per la sua realizzazione sembra allontanarsi dalla natura, tendere a dominarla e a condizionarla «...aiutare a riformulare la propria progettualità esistenziale a partire dal concetto di mancanza e di limite, e, in secondo luogo, a dare un senso all'attesa, visto che il percorso PMA si nutre di attese simboliche e materiali»⁸.

'Riportare nell'alveo' significa utilizzare la tecnica come tecnica, cioè come strumento per realizzare un desiderio ma anche per allontanare sensi di colpa e rimpianti.

Lo psicologo in un centro di PMA è necessario non per “sbloccare” in maniera quasi miracolosa sterilità oscure e cause misteriose (cosa che necessiterebbe, ammesso che sia possibile, di lunghe e profonde terapie che non tutti sono disposti o adatti ad affrontare) ma per ricollocare nel flusso della vita (che contiene appunto la speranza, il desiderio, il limite, la malattia, la morte) ciò che onnipotentemente sembra volerle sfuggire.

* [maria.darrigo@asinapoli2nord.it]

NOTE

¹ Psicologa Psicoterapeuta, UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

² Psicologa psicoterapeuta

³ Ginecologo, responsabile UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

⁴ Ostetrica UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

⁵ D'Arrigo, Romeo ed altri, Comprendere l'infertilità: uno sguardo sugli aspetti psicologici in Babele n.33, 2006

⁶ Cristina Realini, Le parole per dirlo, Relazione al Convegno Nazionale “Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita”, Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016

⁷ Cristina Realini, Le parole per dirlo, Relazione al Convegno Nazionale “Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita”, Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016

⁸ Andreotti S., Bucci A.R., Marozza M.I., GRAVIDANZA FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici, Psichiatria e Psicoterapia Analitica

BIBLIOGRAFIA

- Agnello G., Oceano Fertilità, Springer Milano 2005
Andreotti S., Bucci A.R., Marozza M.I., GRAVIDANZA FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici, Psichiatria e Psicoterapia Analitica
Auhagen Stephanos U., La Maternità Negata. La paura inconscia di un figlio desiderato, Bollati Boringhieri, Torino 2008
D'Arrigo M., Romeo A.M. ed altri, Comprendere l'infertilità: uno sguardo sugli aspetti psicologici, in Babele n.33, 2006
D'Arrigo M., Se i bambini non arrivano. L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico, Liguori, Napoli 2008
Ferraro N., Nunziante Cesàro A., Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come «Agire» tra fusione e separazione, Franco Angeli, Roma 2006
Fiumanò M., L'immacolata fecondazione, la Tartaruga 1995
Fiumanò M., Ad ognuna il suo bambino, Pratiche 2000
Manzano M., Palacio Espasa F., Zilkha N., Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambini, Cortina Raffaello, Milano 2001
Realini C., Le parole per dirlo, Relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016
Zamarchi E., La filosofia alla frontiera della nascita, relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016



Abstract

This study was carried out at the Human Reproduction Physiopathology Department of Santa Maria delle Grazie Hospital, Pozzuoli (NA). It is based on the analysis of questionnaires submitted to 150 couples with procreation problems who applied for treatment from 2013 to 2017.

The aim of the study was to trace the existential map of the applicants, to supply with objective and subjective data the request of Medically Assisted Procreation in order to highlight the fundamental needs and desires which it involves.

KEYWORDS Couple, child, body, procreation problems, sterility, desire/need

Studio sulle culture professionali degli operatori della salute mentale in Italia

A study of mental health staff professional cultures

È sempre più evidente che la cultura professionale degli operatori psichiatrici sia determinante nei percorsi terapeutici degli utenti dei servizi della salute mentale, pertanto si è ritenuto necessario creare una scala adeguata a valutarne i diversi aspetti. Dopo la fase pilota svoltasi in Canada ed Italia, la versione definitiva del *Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI)*, inserita in un questionario più ampio, è stata somministrata a 213 operatori. I dati rilevati sono stati codificati ed analizzati: è stato effettuato un Test-Retest, un'analisi delle componenti principali (PCA), il calcolo dell'Alpha di Cronbach, la valutazione della validità convergente e divergente. Infine, tramite un'analisi multivariata della varianza (MANOVA), sono state messe in relazione le componenti estratte tramite l'analisi fattoriale con alcune variabili indipendenti, ottenendo risultati interessanti: le variabili esplicative, "genere", "fasce d'età", "professione" e "struttura" esercitano un effetto significativo sulle quattro componenti estratte, denominate "Ruolo riabilitativo", "Relazione aperta", "Pianificazione del lavoro" e "Insicurezza e minaccia al ruolo"

AMBRA BERETTI *

Parole Chiave: Cultura professionale – Operatori della Salute Mentale – Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory

Introduzione

Se è vero che in tutto il mondo esistono procedure mediche relativamente diffuse e condivise, basate sull'osservazione dei sintomi per diagnosticare e trattare le patologie fisiche, è altrettanto vero che per i disturbi mentali la situazione è ben diversa. È necessario comprendere che la prima peculiarità riguarda proprio il carattere soggettivo, e che l'esperienza della malattia risulta essere profondamente personale e influenzata da molti fattori (Slade, 2009). Passando in rassegna i diversi servizi di salute mentale e i diversi modelli teorici di riferimento, emerge quindi in modo chiaro il bisogno di un nuovo approccio terapeutico. Questa esigenza vede il proprio compimento nel modello della recovery, inteso come "un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. È un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. Implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma piuttosto di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale" (Anthony, 1993, p.527).

Gli operatori che esercitano la professione nell'ambito dei servizi della salute

mentale, fanno i conti ogni giorno proprio con questo tipo di situazione: loro compito è affiancare le persone con disturbi per aiutarle nel percorso terapeutico; ed è proprio da qui che emerge un altro aspetto peculiare, e cioè che a differenza degli altri ambiti sanitari, l'esito dei processi di cura/terapia/riabilitazione è fortemente influenzato da fattori psicologici, individuali o di gruppo, del personale curante (Thorncroft & Tansella, 1999). Uno di questi è la cultura professionale, che può essere definita come: «... un sistema di valori, conoscenze e schemi di comportamento, che viene condiviso tra i membri di quel particolare gruppo professionale e che orienta il comportamento individuale, in particolare in situazioni professionali inattese e mutevoli [...] Questi schemi cognitivi e comportamentali condivisi costituiscono la cultura professionale, ed orientano la costruzione di senso e il comportamento...» (Bloor & Dawson, 1994, p. 278).

Attualmente in letteratura mancano studi che affrontano direttamente questo tema, esistono infatti solo strumenti che si focalizzano o su uno specifico ruolo (ad esempio: infermieri o medici psichiatri) oppure su un particolare aspetto del costruito (ad esempio: il clima di gruppo o l'identità di ruolo); si è quindi deciso di condurre il seguente studio, con tre finalità:

- sviluppare un nuovo strumento in grado di esplorare globalmente le diverse culture professionali dei differenti operatori psichiatrici: il Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI);
- accogliere dati per poter effettuare un'analisi psicometrica, al fine di far emergere similarità e differenze nelle culture professionali degli operatori;
- verificare l'effettiva capacità del BMHPCI d'indagare l'oggetto di studio, ovvero validarlo. Tuttavia, affinché il BMHPCI possa essere considerato tale, i risultati ottenuti dovranno essere confrontati con quelli di altre rilevazioni (replicabilità), motivo per cui è bene precisare che questo studio è soltanto un tentativo preliminare d'indagare il fenomeno in questione.

Metodo

Procedura

Nel 2014 un team di ricerca italo-canadese costituito dal Dott. Filippo Rapisarda, il Prof. Massimo Miglioretti e il Prof. Alain Lasage, ha cominciato a sviluppare il BMHPCI partendo dalla definizione di cultura professionale proposta da Bloor e Dawson (1994). Una prima revisione della letteratura scientifica ha identificato 9 aree tematiche (coinvolgimento personale con gli utenti; collaborazione all'interno una rete sociale informale; collaborazione all'interno di una rete formale; pratiche basate su sintomi e valutazione dei risultati; coinvolgimento degli utenti nel processo decisionale; gestione dei comportamenti aggressivi; spiritualità e religione; sessualità degli utenti; apertura transculturale) e sulla base di queste è stato costruito il primo prototipo costituito da 71 items. In seguito è stata eseguita una fase pilota (condotta sia in Italia che in Canada) che ha coinvolto operatori del settore pubblico e privato. Il risultato finale è un questionario bilingue (italiano e francese) composto da 49 affermazioni, nel quale si chiede ai soggetti sperimentali di indicare per ciascun item il grado di frequenza per cui, secondo la propria esperienza professionale, si verificano determinate situazioni, utilizzando una scala Likert a punti che va da 0 (= mai) a 4 (= sempre).

Nel 2015, una nuova revisione della letteratura scientifica, ha fatto emergere 5 aree tematiche (coesione di gruppo; atteggiamento verso gli utenti; esposizione nei confronti dell'utenza; autonomia e riconoscimento professionale; oggetto di lavoro fra incertezza e relazione) che hanno costituito il contesto di riferimento per i soggetti sperimentali e le strutture in cui esercitano; inoltre, ciò ha fornito una cornice teorica che permettesse di affiancare al BMHPCI delle adeguate scale di controllo. Il questionario somministrato è stato dunque articolato in una prima sezione dedicata ai dati socio-demografici del soggetto, alle esperienze professionali e personali che lo caratterizzano e alle scelte organizzative della struttura a cui fa riferimento; la seconda parte invece, raggruppa tutte le scale di valutazione. I questionari anonimi sono stati compilati in maniera individuale e autonoma, e i dati sono stati elaborati in forma aggregata.

Strumenti di controllo

Per valutare fino a che punto si ritiene che i servizi offerti da una determinata struttura siano coerenti con pratiche orientate alla recovery, è stato utilizzato l'RSA

L'esito dei processi di cura/terapia/riabilitazione è fortemente influenzato da fattori psicologici, individuali o di gruppo, del personale curante. Uno di questi è la cultura professionale, che può essere definita come: «... un sistema di valori, conoscenze e schemi di comportamento, che viene condiviso tra i membri di quel particolare gruppo professionale e che orienta il comportamento individuale, in particolare in situazioni professionali inattese e mutevoli »

Il questionario somministrato è stato articolato in una prima sezione dedicata ai dati socio-demografici del soggetto, alle esperienze professionali e personali che lo caratterizzano e alle scelte organizzative della struttura a cui fa riferimento; la seconda parte invece, raggruppa tutte le scale di valutazione. I questionari anonimi sono stati compilati in maniera individuale e autonoma, e i dati sono stati elaborati in forma aggregata

- *Recovery Self- Assessment* (versione per operatori). Contiene trentasei (36) items valutabili secondo una scala Likert (1 = in completo disaccordo, 5 = completamente d'accordo), con possibilità di non rispondere. Indaga 5 dimensioni:

- Obiettivi di vita – misura la percezione di quanto gli operatori aiutino effettivamente lo sviluppo e il perseguimento degli obiettivi che l'utente si pone (come lavoro ed istruzione);
- Coinvolgimento – misura la percezione di quanto gli utenti vengano effettivamente coinvolti nel piano terapeutico, a livello di sviluppo ed erogazione di servizi;
- Varietà di opzioni – misura la percezione di quanto la struttura fornisca varietà di trattamenti terapeutici, ma anche di attività non strettamente legate alla salute mentale;
- Scelta – misura la percezione di quanto gli utenti abbiano accesso alla loro documentazione, e di quanto lo staff si astenga dall'utilizzare provvedimenti coercitivi;
- Interventi erogati su misura – misura la percezione di quanto gli interventi vengano personalizzati a seconda delle necessità, della cultura e degli interessi dell'utente.

Per valutare il clima, ovvero l'atmosfera del gruppo è stato utilizzato il TCI – Team Climate Inventory. Nella sua versione integrale comprende 44 items valutabili secondo una scala di frequenza a 5 punti, ma solo 19 sono stati effettivamente inseriti nel questionario. Nella versione ridotta, indaga 4 fattori:

- Sicurezza partecipativa – esprime le percezioni del team sulla sicurezza del contesto lavorativo (ovvero il potere decisionale e l'autonomia lavorativa);
- Supporto all'innovazione – analizza quanto tempo, risorse e pratiche vengono utilizzate per sviluppare e sostenere nuove idee;
- Visione di gruppo – cerca di ricavare informazioni sulla visione dei membri del team circa la chiarezza, l'attendibilità e i valori relativi agli obiettivi del gruppo;
- Orientamento al compito – analizza l'impegno dell'operatore a migliorare se stesso ed il proprio lavoro, puntando continuamente verso l'eccellenza.

Per la valutazione del burnout è stato utilizzato il MBI – Maslach Burnout Inventory, costituito da 22 items valutabili secondo una scala Likert a 6 punti (0 = mai, 6 = ogni giorno). Indaga 3 dimensioni:

- Esaurimento Emotivo – cioè una condizione cronica di tensione, affaticamento e astenia;
- Depersonalizzazione – misura una risposta fredda e impersonale nei confronti degli utenti;
- Realizzazione Personale – valuta la condizione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo.

Campione

Il campione è costituito da 213 operatori psichiatrici del settore pubblico (77%) e privato (23%), provenienti da 21 strutture (45.5% ambulatorio – 20.6%, reparto ospedaliero – 8.5%, strutture residenziali – 7.5%, centri diurni), distribuite fra le province di Milano, Monza-Brianza, Lecco, Torino, Forlì-Cesena, Modena e Varese. La maggioranza dei partecipanti è di genere femminile (7 su 10), quasi tutti sono di nazionalità italiana (n=209) e hanno un orientamento eterosessuale (n=202). L'età media è di 46 anni, con una DS di 10.10. Per quanto riguarda l'ambito della religione e della spiritualità, solo il 18.8% si definisce un credente praticante, il 58.2% vive la spiritualità in maniera più personale (credente non praticante o spirituale), mentre il 16.9% si definisce ateo. Il 3.8% ha preferito non rispondere.

Il 70% dei partecipanti ha conseguito almeno un diploma di laurea (il 28.6% ha conseguito titoli di livello inferiore: media superiore o inferiore, corso professionale) e le professioni più svolte sono l'infermiere, l'educatore e il medico psichiatra (Tot=70.5%), seguite in ordine da ausiliario (ASA, OSS, OSA...), psicologo psicoterapeuta ed assistente sociale (Tot=20.2%). Il restante 9.3% è composto da tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici non psichiatri e psicologi non psicoterapeuti.

Dai dati raccolti risulta che il 45.5% del campione si è sottoposto in passato a sedute di analisi con finalità prevalentemente didattiche / formative (almeno 10 colloqui consecutivi), mentre solo il 22% ha effettivamente ricevuto un supporto psicologico o farmacologico con finalità clinico / terapeutiche (almeno 3 contatti).

L'anzianità di servizio nell'ambito della salute mentale in generale, è compresa fra pochi mesi e 36 anni ($M=15.8$; $DS=9.4$); mentre quella nella medesima struttura, è compresa fra pochi mesi e 30 anni ($M=8.8$; $DS=7.1$). Quasi la totalità del campione ($n=207$) attualmente lavora a contatto diretto con adulti affetti da problemi di salute mentale (utenza principale: 77%, disturbi dello spettro schizofrenico o psicosi - 54.5%, disturbi dell'umore - 52.6%, disturbi di personalità) e le ore di lavoro settimanale sono in media 33.1 ($DS=8.9$), organizzate per lo più secondo uno schema fisso (59.2%) o su turni variabili (23.9%), difficilmente in modo flessibile (11.7%). Nel 58.7% dei casi la supervisione è inesistente, mentre nel 35.6% viene svolta in gruppo. Il 98.9% dei partecipanti opera in strutture a bassa (< 100 utenti / settimana) o media ($101 < x < 500$ utenti / settimana) affluenza.

Risultati

In primo luogo, sono state effettuate delle analisi descrittive sugli item del BMHPCI e si è stabilito di escludere tutti quegli item con asimmetria e/o curtosi ≥ 2 , oppure con missing $\geq 10\%$; inoltre è stato condotto un Test-Retest su 23 soggetti (11% di N) con lo scopo di verificare la stabilità nel tempo dei risultati ottenuti, utilizzando gli indici "r di Pearson" e "k di Cohen" e stabilendo come parametro di inclusione il valore di $|0.3|$ su almeno uno dei due. In seguito è stata condotta un'analisi delle componenti principali (PCA) sui 44 items rimasti, utilizzando tre metodologie per stabilire il numero delle dimensioni da estrarre: Mineigen > 1 , Scree-test e Analisi Parallela. È stata condotta sia una rotazione obliqua (Oblimin) che una rotazione ortogonale (Varimax) ed in seguito, si è testata la consistenza interna calcolando l'Alpha di Cronbach dei 4 fattori estratti, denominati:

- Ruolo riabilitativo (R.R.) ($\alpha = 0.77$) – riguarda quegli operatori psichiatrici che mettono in pratica un vero processo di recovery, dove non si punta semplicemente a far scomparire i sintomi di un disturbo ma si mira a riabilitare ogni aspetto della vita dell'utente;
- Relazione aperta (R.A.) ($\alpha = 0.73$) – riguarda la relazione instaurata con l'utente, la quale è caratterizzata da lealtà, onestà e disponibilità reciproca. Si tratta dunque di una connessione unica, in cui non si teme di affrontare argomenti spinosi come la sessualità e la religione;
- Pianificazione del lavoro (P.L.) ($\alpha = 0.69$) – riguarda un aspetto pragmatico della relazione, ovvero la progettazione più o meno dettagliata dei vari aspetti del rapporto con l'utente. Richiede la partecipazione attiva del soggetto ed un'attenta organizzazione del professionista;
- Insicurezza e minaccia al ruolo (I.M.R.) ($\alpha = 0.62$) – riguarda quegli operatori che vivono il loro ruolo in modo contrastato, caratterizzato da paura, insofferenza e da una forte mancanza di fiducia sia nelle proprie capacità professionali e relazionali, sia nei confronti di utenti e colleghi. Questa dimensione (negativa) mette in luce la vulnerabilità di alcuni operatori.

In secondo luogo, grazie al calcolo dei punteggi fattoriali, si sono potute analizzare le relazioni fra gruppi di variabili, utilizzando l'analisi multivariata della varianza (MANOVA), ma solo alcune variabili indipendenti esercitano un effetto significativo sulle componenti estratte. Dai post-hoc è emerso che:

- "Genere" esercita un effetto sulla "P.L." ($F(1, 188) = 6.422$; $p = 0.012$);
- "Professione" esercita un effetto su: "R.R." ($F(6, 188) = 16.030$; $p < 0.001$), "R.A." ($F(6, 188) = 9.169$; $p < 0.001$), "P.L." ($F(6, 188) = 3.916$; $p < 0.001$);
- "Struttura" esercita un effetto su: "R.R." ($F(4, 188) = 3.362$; $p = 0.011$), "R.A." ($F(4, 188) = 10.780$; $p < 0.001$), "P.L." ($F(4, 188) = 2.491$; $p = 0.045$); "I.M.R." ($F(4, 188) = 4.298$; $p = 0.002$);
- "Fasce d'età" (ricodificata dalla variabile continua "età") esercita un effetto su: "R.R." ($F(4, 198) = 1.913$; $p = 0.017$).

Infine, è stato effettuato un confronto fra scale per verificare la validità di costrutto dell'intero questionario, calcolando la validità convergente e divergente fra il BMHPCI, l'RSA, il TCI e MBI.

Conclusioni

I risultati della ricerca, limitatamente al campione considerato e allo spirito preliminare di questo studio, consentono alcune riflessioni:

- Il BMHPCI si è dimostrato uno strumento solido ed affidabile, con una buona consistenza interna ed un'eccellente validità di costrutto; inoltre, analizzate

Il BMHPCI si è dimostrato uno strumento solido e affidabile, con una buona consistenza interna ed un'eccellente validità di costrutto; inoltre, analizzate le correlazioni fra le sue 4 dimensioni, le 3 del MBI ed i punteggi totali delle scale RSA e TCI, è emerso che, ovviamente, le diverse scale analizzano costrutti differenti, ma esistono delle correlazioni che indicano affinità metodologiche o affinità relative ai costrutti indagati

le correlazioni fra le sue 4 dimensioni, le 3 del MBI ed i punteggi totali delle scale RSA e TCI, è emerso che, ovviamente le diverse scale analizzano costrutti differenti, ma che comunque esistono delle correlazioni che indicano delle affinità metodologiche, come la decisione di indagare un aspetto individuale piuttosto che una dinamica di gruppo; o affinità relative ai costrutti indagati: diverse sotto-dimensioni (anche di diverse scale) possono indagare aspetti differenti di un solo costrutto, e viceversa, diversi costrutti possono essere così sfaccettati da avere delle similarità in comune, cosicché un'unica sotto-dimensione è in grado di studiarli entrambi;

- Tramite l'analisi multivariata della varianza (MANOVA) sono state individuate delle relazioni significative ed identificate delle similarità fra gruppi di operatori:
 - Genere: le donne tendono a pianificare il lavoro (P.L) più dei colleghi uomini;
 - Professione: un maggior riconoscimento delle proprie capacità ed una maggiore autonomia professionale, unita ad una personale percezione di potere decisionale, permette di sviluppare le dimensioni: "R.R", "R.A" e "P.L";
 - Struttura: è più comune trovare personale con uno spiccato "R.R" negli ambulatori piuttosto che nelle strutture residenziali, ma lo è anche trovarvi operatori con una forte componente di "I.M.R"; similmente si possono reperire con maggiore facilità membri dello staff con notevoli doti relazionali (R.A) e di pianificazione (P.L), in strutture di residenzialità leggera piuttosto che in ambito ospedaliero;
 - Fasce d'età: operatori con una maggiore esperienza sono portatori di una cultura professionale più matura, in cui la componente "R.R" è stata affinata.

Infine, è bene sottolineare che questo studio, per quanto promettente, è pur sempre un primo tentativo di indagine e data la sua natura preliminare, ovviamente presenta dei limiti di cui future ricerche dovrebbero tenere conto: cross-culturali legati alla comparabilità di alcune figure professionali, e limiti di ampiezza del campione, oltre che metodologici collegati all'impossibilità di svolgere una vera analisi di costrutto, in quanto nella letteratura precedente mancano strumenti paragonabili al BMHPCI. Attualmente nuovi studi sono già in corso.

* Dott.ssa Magistrale in Psicologia dei Processi Sociali, Decisionali e dei Comportamenti Economici. Laureata presso l'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Progetto di ricerca Prof. Massimo Miglioretti [massimo.miglioretti@unimib.it], Dott. Filippo Rapisarda [filippo.rapisarda@unimib.it].

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, W. A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- BLOOR, G., & DAWSON, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organization Studies* (Walter De Gruyter GmbH & Co. KG.), 15(2), 275.
- SLADE, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. (1°ed) Cambridge: University Press, Cambridge.
- THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (1999), *The Mental health matrix: a pragmatic guide service improvement*. Cambridge University Press, Cambridge.

Abstract

It is becoming increasingly clear that the professional culture of the mental health staff is crucial for users' therapeutic pathways, therefore it was considered necessary to create an adequate scale to evaluate the different aspects. After the pilot study which was carried out in Canada and in Italy, the final version of the Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI), embedded in a broader questionnaire has been administered to 213 professionals. The data have been coded and analyzed: a test-retest has been carried out, as a principal component analysis (PCA), the calculation of the Cronbach's Alpha, the assessment of the convergent and divergent validity. Finally, through a multivariate analysis of the variance (MANOVA), the extracted components have been brought in relation through factor analysis with some independent variables, obtaining interesting results: the explanatory variables, "sex", "age", "profession" and "setting", have a significant effect on the four extracted components, called "rehabilitation role", "open relationship", "planning" and "insecurity and threat to the role".

Keywords: Professional culture – Mental Health workers – Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory

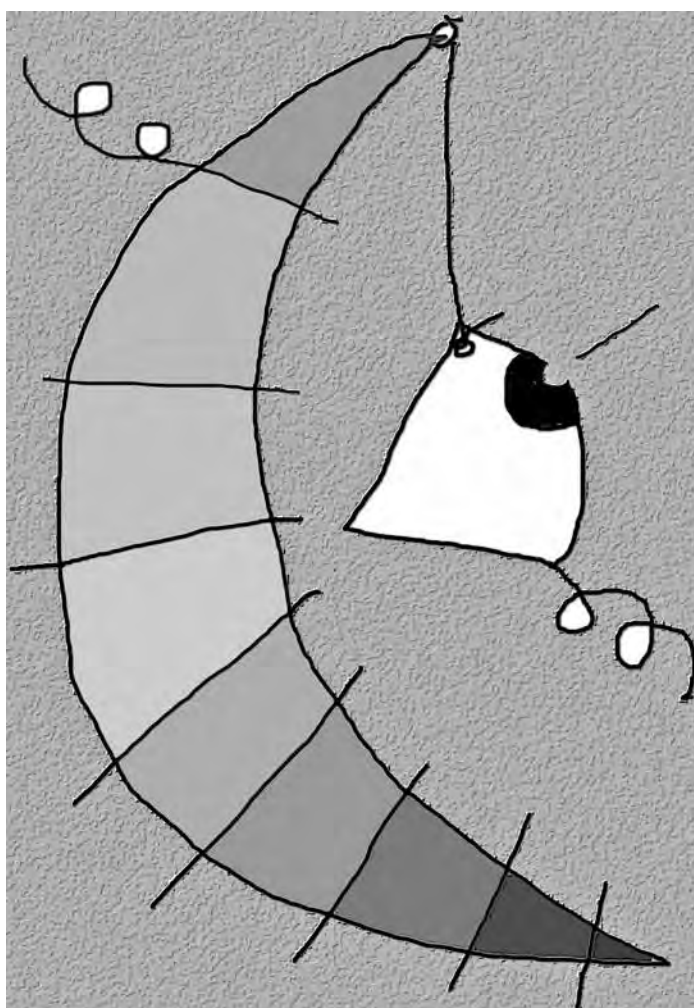
link **una storia clinica**

Un progetto sperimentale: percorso
psicomotorio di gruppo integrato
all'intervento psicologico sulle emozioni

ISABELLA CARDANI , CYNTHIA LA MANNA, FEDERICA DELSANTE, MARIA GIULIA NOSEDA

La 3D Therapy®
applicata nella psicoterapia con i bambini

MARIANNINA AMATO



Un progetto sperimentale: percorso psicomotorio di gruppo integrato all'intervento psicologico sulle emozioni

An experimental project: integrating psychomotility work and psychological support of emotions

Obiettivo: mostrare, in termini qualitativi, un lavoro sperimentale svolto presso la Neuropsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza di Como con un gruppo di bambini tra i 9 e 10 anni accomunati da un ritardo nello sviluppo, causato da una sindrome specifica o dalla nascita prematura con conseguente sofferenza

ISABELLA CARDANI*, CYNTHIA LA MANNA**, FEDERICA DELSANTE***, MARIA GIULIA NOSEDA****

PARIOLE CHAIVE Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, sindrome, lavoro integrato di psicomotricità, psicoterapia

Nei normali percorsi del Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza i bambini nati pre-termine o con sindromi specifiche vengono seguiti in follow-up per i primi tre anni di vita con la prosecuzione delle cure dopo la dimissione e la valutazione degli out-come a breve e a lungo termine. La finalità del follow-up neurologico e psicomotorio è di eseguire, per quanto possibile, una diagnosi precoce di deficit neuro motori maggiori e minori e delle eventuali problematiche riguardanti lo sviluppo neuropsicologico. Solo così si possono mettere in campo strategie funzionali ad uno sviluppo il più adeguato possibile e i trattamenti i più idonei per il recupero. Normalmente, i trattamenti psicomotori individuali prima e di gruppo poi, si esauriscono con il crescere del bambino e delle sue acquisizioni, e viene introdotto il trattamento di sostegno psicologico o psicoterapico più indicato per quella fascia di età. Tuttavia, tanti bambini necessitano di un trattamento che consideri sia la parte motoria che psicologica in egual misura.

Questo studio vuole evidenziare quanto proficuo sia in termini qualitativi, un lavoro integrato tra la psicomotricità e la psicoterapia dove il "gruppo" è un'esperienza che si propone come percorso specifico che prende in carico le difficoltà affettive ed emotive del bambino.

Questo spazio settimanale si propone di offrire ai piccoli pazienti la possibilità di riconoscere progressivamente le modalità di comunicazione somatiche, agite od emozionali.

Sintonizzazioni affettive, comunicazioni collaborative, dialoghi "riflessivi" consentono lo sviluppo nel bambino di una coerenza interna; così le esperienze sociali e relazionali, attivando circuiti neurali che modificano la struttura cerebrale, modulano le emozioni.

Una regolazione emotiva alterata può determinare difficoltà perché le emozioni, superando la soglia della tollerabilità, invadono il pensiero e rendono disfunzionali le risposte all'ambiente o permettono di raggiungere uno stato di adattamento solo con una limitazione rigida di parti del sé.

D'altra parte l'aspetto principale del funzionamento mentale è proprio la capacità di formulazione attiva di aspettative, ipotesi e teorie in grado di guidare l'azione e la percezione e, quindi, di costruire la conoscenza individuale del mondo (Lambruschi, 2009).

I bambini nati prematuri con sindromi specifiche

I bambini nati pre-termine o con sindromi specifiche presentano, per la maggior parte dei casi, un ritardo nello sviluppo che si concretizza con la compromissione di alcune aree specifiche, soprattutto quella cognitiva ed emotiva. La letteratura ha evidenziato, infatti, deficit per esempio nella fluenza verbale, nella memoria di lavoro e nella flessibilità cognitiva, che compromettono il funzionamento comportamentale ed i risultati scolastici.

Anche se è sicuramente vero che temperamento ed altri fattori costituzionali hanno un'enorme influenza nel determinare i processi di maturazione del bambino, sarebbe un errore considerare questi processi come il risultato di componenti unicamente genetiche.

Diversi studi indicano che lo sviluppo del cervello è fortemente influenzato dagli effetti che le esperienze esercitano sull'espressione del materiale genetico. Questo significa che le esperienze che il bambino fa nel corso del suo sviluppo, possono avere effetti diretti sui processi che portano allo sviluppo dei circuiti neuronali, inducendo la formazione di nuove connessioni sinaptiche, modificando quelle preesistenti o favorendone l'eliminazione (Siegel, 2001).

Lo stabilirsi di una relazione di attaccamento sicuro permette alla mamma e al bambino di sintonizzarsi sulle sensazioni dell'altro: questo fa sì che il cervello del bambino sviluppi la capacità di regolare le emozioni, di mettersi in rapporto con gli altri, di creare una narrativa autobiografica e di affrontare il mondo in maniera positiva.

La letteratura sembra indicare come i nati prematuri o con altre caratteristiche particolari tendano a manifestare un temperamento più difficile, meno adattabile e regolabile, caratterizzato da una elevata prevalenza di irritabilità, distraibilità e con una minore soglia di tolleranza alle frustrazioni.

Nella reciprocità con un bambino con tali caratteristiche spesso si instaura un circolo vizioso in cui la mamma fatica a comprendere la natura dei comportamenti del piccolo e asseconda eccessivamente i suoi bisogni o, al contrario, si irrigidisce in una lotta che non porta grossi risultati.

La letteratura internazionale ha rilevato come un genitore che esperisce elevati livelli di stress mostri maggiori difficoltà nel rapportarsi al proprio bambino, amplificando l'impatto delle caratteristiche comportamentali o temperamentali percepite (Abidin, 1995), provando sentimenti meno positivi (Crnic et al., 1983) e minore capacità di rispondere ai segnali comportamentali da lui emessi (Crnic et al., 1983b).

Per questo gli interventi devono tenere conto dello specifico sistema diadico e delle influenze reciproche e quindi lavorare con il bambino ma anche con chi di lui si prende cura.

Il nostro gruppo e il percorso terapeutico: un'analisi qualitativa

Il gruppo è composto da 4 bambine di età compresa tra i 9 e i 10 anni accomunate da un ritardo nello sviluppo e un ritardo cognitivo lieve e medio. Le loro diagnosi post-natali sono: Sindrome di Williams, emiplegia sinistra, sindrome genetica da delezione del cromosoma 5 e prematurità con distress respiratorio e lieve asfissia.

Nasce dopo un'attenta valutazione dello sviluppo psicomotorio e cognitivo delle bambine ed un percorso psicomotorio individuale e di gruppo: tutte hanno lavorato individualmente su obiettivi quali il migliorare e potenziare la motricità globale e fine, aumentare i tempi di attenzione sostenuta e condivisa, sviluppare abilità di pregrafismo e successivamente di grafo-motricità, incrementare le capacità di comunicazione interpersonale verbali e non verbali, potenziare le autonomie personali. Successivamente nel gruppo si è lavorato con l'intento di sviluppare e potenziare le competenze di autonomia sociale quali: la comunicazione interpersonale con i pari, il rispetto delle regole e dei turni, la tolleranza alla frustrazione, l'autostima, l'attivazione personale e l'attenzione condivisa. Le sedute psicomotorie di gruppo, così come il costante confronto con i genitori e gli insegnanti, hanno evidenziato la necessità di affrontare un percorso più specifico su tematiche emotive quali la gestione della rabbia, il senso di inadeguatezza, l'elaborazione di un rifiuto, la frustrazione, l'incapacità di percepire l'altro con i suoi bisogni ed emozioni, il riconoscimento e

Diversi studi indicano che lo sviluppo del cervello è fortemente influenzato dagli effetti che le esperienze esercitano sull'espressione del materiale genetico. Questo significa che le esperienze che il bambino fa nel corso del suo sviluppo, possono avere effetti diretti sui processi che portano allo sviluppo dei circuiti neuronali, inducendo la formazione di nuove connessioni sinaptiche, modificando quelle preesistenti o favorendone l'eliminazione

La narrazione è fondamentale sia per dare un'organizzazione al proprio mondo interiore sia per dare significato, all'interno della propria storia personale, a quello che sta succedendo in quel momento. Attraverso questa modalità, in uno spazio dove il tempo si ferma e l'ascolto è attento, hanno potuto incominciare ad ascoltare ciò che provavano e a raccontarlo agli altri

l'accettazione della diversità e dei diversi punti di vista, l'incapacità di riconoscere e descrivere le proprie emozioni nel ventaglio di sfumature della quotidianità, l'importanza della flessibilità. Le tematiche elencate rimandano allo sviluppo della teoria della mente così come è stata teorizzata da Premack e Woodruff (1978), cioè come la capacità cognitiva di riuscire a rappresentare gli stati mentali propri ed altrui, ovvero credenze, desideri, emozioni, per spiegare e prevedere la messa in atto di comportamenti propri e degli altri. In altre parole la capacità di prevedere i comportamenti degli altri sulla base dell'inferenza dei loro stati mentali ("se ha fatto questo, forse è perché desiderava qualcosa"; "se ha agito in un certo modo doveva essere arrabbiato"). È da qui che si è pensato di integrare le conoscenze della terapia della neuro psicomotricità con la psicoterapia cognitiva ad indirizzo costruttivista.

La mente e il corpo in questa prospettiva sono inseparabili e dunque anche le emozioni e le sensazioni sono dei processi di conoscenza e sviluppo che devono essere conosciuti.

La conduzione delle sedute, della durata di 60 minuti, è stata affidata alla psicoterapeuta e alla terapeuta della neuro psicomotricità e condivisa con una tirocinante psicoterapeuta che videoregistrava la seduta. Inoltre sono stati pensati degli incontri con i genitori durante i quali veniva mostrato loro il lavoro fatto nel gruppo. I genitori potevano osservare direttamente i comportamenti dei propri figli; veniva lasciato uno spazio di riflessione per rispondere alle loro domande.

La scelta del tema da trattare era fatta prima della seduta per impostare il percorso e monitorare le acquisizioni e le modifiche delle modalità relazionali e personali.

Per raggiungere questo obiettivo sono state utilizzate diverse modalità: la prima e più importante è stata la narrazione. Si dava spazio alla narrazione sin dall'inizio della seduta: le bambine potevano raccontare ciò che era successo durante la settimana. Era un momento importante di condivisione, di riflessione, di confronto fra i diversi modi di raccontare la propria storia ma soprattutto un momento di conoscenza delle proprie modalità di proporre il proprio racconto all'altro.

Marta quando aveva qualche preoccupazione non riusciva a raccontare spontaneamente ciò che la turbava. Però lo si vedeva dal suo comportamento. Non stava ferma, cambiava discorso, non ascoltava quello che raccontavano le altre e infastidiva la bambina che le sedeva vicino.

Quando le si chiedeva di condividere con noi quello che aveva nella sua testa partiva come un fiume in piena con un racconto spesso disorganizzato. Bastava aiutarla ad organizzarlo e capiva da sé che non era poi così difficile e che poteva benissimo esprimere con le parole ciò che sentiva dentro, anche se era difficile e non piacevole. La narrazione è fondamentale sia per dare un'organizzazione al proprio mondo interiore sia per dare significato, all'interno della propria storia personale, a quello che sta succedendo in quel momento. Attraverso questa modalità, in uno spazio dove il tempo si ferma e l'ascolto è attento, hanno potuto incominciare ad ascoltare ciò che provavano e a raccontarlo agli altri.

La conoscenza delle emozioni, in particolare quelle sconosciute, è stato dunque l'obiettivo primario del gruppo.

Il ruolo del terapeuta è stato fondamentale per aiutarle a trasformare in parole quello che sentivano.

La lettura di storie, la drammatizzazione che coinvolgeva principalmente il corpo, l'utilizzo del disegno come metodo proiettivo ha permesso di aiutare le bambine a diventare via via sempre più consapevoli di quello che succedeva loro nel "qui ed ora". Il solo fatto di poter provare ad esprimere attraverso il corpo l'emozione è stato fondamentale per la sua interiorizzazione. Ed anche l'aiuto del gruppo, sensibile, attento e non giudicante, ha offerto la possibilità di trovare soluzioni, di non aver paura di sbagliare e, osservando gli altri, di voler dare anche qualcosa di sé.

Camilla sembrava la più indipendente e capace di tirare fuori quello che aveva dentro senza guardare quello che facevano le altre, ponendosi da modello ma era solo ascoltando la storia delle altre e vedendo il loro modo di comportarsi che poteva lasciarsi andare a raccontare le cose più faticose che le succedevano senza paura di perdere la sua bravura.

Ovviamente con una voce molto flebile e magari intanto che gli altri erano intenti a fare altro. Ma questa era la sua modalità, ora lo sapeva.

Corinna non riusciva ad esprimere con il linguaggio ciò che provava in alcune situazioni ma soprattutto, avendo una sindrome di Williams, sapeva solo dire quanto tutto fosse bello e quanto fosse felice di venire nel gruppo e condividere la sua felicità.

Non si è mai tirata indietro in nulla, ha osservato molto le altre, cercando di aiutarle con le sue parole dolci ed affettuose, ma senza riuscire a raccontare la sua tristezza o la sua rabbia.

Prima di riuscire ad entrare in contatto con le proprie emozioni ha dovuto ascoltare quelle delle altre, sentirsi sicura. Forse osservare anche la curiosità delle altre, meravigliate dal fatto che lei non provasse mai un'emozione negativa.

Il lavoro più importante è stata la continua attenzione delle terapeute ad ognuna di loro, a quello che esprimevano e a come lo esprimevano e alla loro capacità di riportarle su di sé ogni volta, chiedendo loro che cosa provavano.

Cecilia non capiva perché era sempre sola e gli altri non avevano voglia di giocare con lei. Era capace di esprimere la sua tristezza che attivava nel gruppo un senso di accudimento ma non riusciva a cambiare questo meccanismo. Solo provando a pensare cosa piaceva agli altri, e il gruppo in questo è stato di molto aiuto, ha potuto capire che ognuno ha le sue preferenze. Non per questo non era piacevole stare con lei. Marta un giorno scrisse nel suo diario delle emozioni di sentirsi triste quando il papà la sgridava perché non faceva bene i compiti: avveniva molto spesso, visto che li faceva in prevalenza con lui, e questo la faceva sentire inadeguata. Nello scriverlo si era sentita sollevata ed anche nel dividerlo con noi. Quando, alla chiusura dell'incontro, abbiamo chiesto di preparare il diario per portarlo a casa, Marta è andata in crisi mettendo in atto una serie di comportamenti disorganizzati. Non si capiva che finalità avessero e quando le abbiamo chiesto di esprimere a parole ciò che le stava succedendo, ci ha chiesto di strappare la pagina del diario così che il papà non l'avrebbe vista. Aveva paura che lui l'avrebbe potuta sgridare.

Solo con la verbalizzazione del suo stato d'animo abbiamo potuto capire il suo comportamento ed aiutarla a trovare il modo per dire al papà ciò che sentiva.

Marta ha imparato a riconoscere e verbalizzare le emozioni; non ha più bisogno che le venga chiesto come si sente ma in autonomia, quando succede qualcosa, dice in modo chiaro le emozioni che prova. Ha molta voglia di raccontare quello che le capita; all'inizio lo faceva senza tenere in considerazione il gruppo mentre ora, prima di riportare le sue esperienze, chiede al gruppo se è interessato all'ascolto; ha migliorato la sua capacità espressiva e cerca di raccontare senza dilungarsi come faceva all'inizio. Non ha ancora imparato a riconoscere le conseguenze delle sue azioni: mette in atto comportamenti o dice cose senza pensare a quello che può accadere all'interno del gruppo.

Corinna ha imparato a condividere con il gruppo non solo le cose belle e la sua felicità ma anche quello che la rende triste, migliorando la sua capacità di condivisione e di verbalizzazione delle emozioni. Riesce ad esprimere le emozioni attraverso il disegno raffigurandole con più particolari e, quindi, rappresentandole in modo più completo rispetto a come le esprimeva all'inizio dell'intervento. Dal questionario consegnato alle insegnanti emerge che rimane difficoltosa la gestione di situazioni emotive forti, non riesce a controllarle, a controllare la frustrazione determinata anche da un banale insuccesso (ad esempio sbaglia una cosa due volte); in questa situazione piange, si irrita e ripete con ansia "non ce la faccio".

Camilla mostra maggiore autoconsapevolezza dei suoi limiti, riesce a riportare nel gruppo anche quello che non le piace e quello che non riesce a fare anche se, in alcuni momenti in cui deve mettersi in gioco in maniera significativa, cerca di sviare la situazione chiedendo, ad esempio, di andare in bagno.

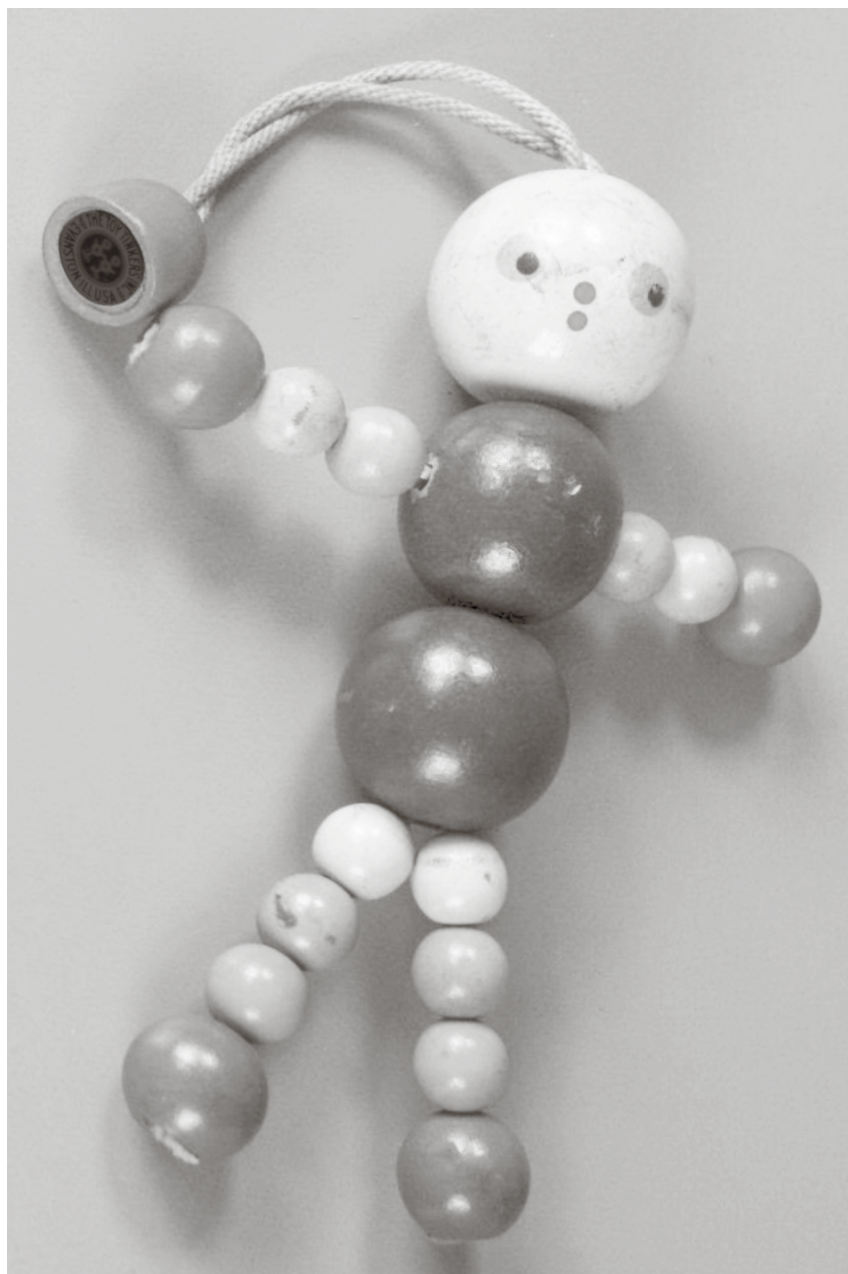
Cecilia ha migliorato la capacità di condividere le sue emozioni con il gruppo; durante il momento di narrazione ha imparato a portare qualcosa di se stessa, ha aumentato la sua attenzione selettiva. Riesce a verbalizzare a fine attività quello che ha provato, a dire al resto del gruppo se c'è qualcosa che le ha dato fastidio o come l'ha fatta sentire.

Il funzionamento emotivo-comportamentale attraverso la CBCL/6-18 e il TFR

Per avere un quadro globale del funzionamento del soggetto dal punto di vista emotivo-comportamentale sono stati compilati dai genitori e dagli insegnanti dei questionari: le *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18) e *Teacher's Report Form* (TRF) (Achenbach e Rescorla, 2001), all'inizio e alla fine del percorso.

La CBCL è una delle scale empirico-quantitative di valutazione del comportamento del bambino e dell'adolescente più utilizzata. Permette di stilare una valutazione multi-assiale delle competenze sociali e dei problemi emotivo-comportamentali dei soggetti presi in esame e, finora, ha trovato applicazione in molti quadri patologici dell'età infantile, tra cui i Disturbi del Comportamento Alimentare, la Sindrome di Tourette, i Disturbi d'Ansia, la Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività, la Cefalea

Per l'età evolutiva e in particolare per i bambini con specifiche difficoltà cognitive ed emotive, il lavoro di gruppo integrato neuro psicomotorio e psicoterapeutico ha una valenza positiva perché permette di sperimentare in vivo le proprie modalità relazionali, di riflettere ed utilizzare altre strategie apprese dall'osservazione, magari all'inizio dall'imitazione e successivamente dalla condivisione con gli altri



La CBCL è una delle scale empirico-quantitative di valutazione del comportamento del bambino e dell'adolescente più utilizzata, a livello internazionale, in ambito sia clinico che di ricerca. Permette di stilare una valutazione multi-assiale delle competenze sociali e dei problemi emotivo-comportamentali dei soggetti presi in esame e, finora, ha trovato applicazione in molti quadri patologici dell'età infantile, tra cui i Disturbi del Comportamento Alimentare, la Sindrome di Tourette, i Disturbi d'Ansia, la Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività, la Cefalea.

I questionari per l'età scolare sono costituiti da due sezioni: una parte di valutazione delle competenze e del funzionamento adattivo ed una parte di valutazione dei problemi emotivo-comportamentali.

Le competenze dei soggetti vengono indagate attraverso una serie di domande che compongono le scale "Attività", "Socialità" e "Scuola" per la CBCL (comprendenti item riguardanti la quantità e la qualità della partecipazione del bambino a sport, attività domestiche e scolastiche, giochi e relazioni con i coetanei, i fratelli e i genitori), "Prestazione Scolastica", "Impegno", "Comportamento Appropriato", "Apprendimento" e "Felicità" per il TRF (formate da item riguardanti le competenze acquisite in ambito scolastico). Inoltre è possibile valutare, attraverso un punteggio costituito

dalla somma dei risultati delle diverse scale, un livello generale di competenza. Secondo la visione del genitore e dell'insegnante, così come riportata nei questionari, c'è stato un miglioramento in quasi tutte le aree delle scale empiriche, compresa la scala dei problemi ossessivo-compulsivi per una bambina.

Conclusioni

Le emozioni rivestono un ruolo molto significativo nella vita di ognuno ed è importante riuscire a riconoscerle, comprenderle, gestirle e verbalizzarle.

Per l'età evolutiva e in particolare per i bambini con specifiche difficoltà cognitive ed emotive, il lavoro di gruppo integrato neuro psicomotorio e psicoterapeutico ha una valenza positiva perché permette di sperimentare in vivo le proprie modalità relazionali, di riflettere ed utilizzare altre strategie apprese dall'osservazione, magari all'inizio dall'imitazione e successivamente dalla condivisione con gli altri.

Con il progredire della consapevolezza delle proprie modalità di interagire, i comportamenti disfunzionali sono rientrati pur ripresentandosi in quelle situazioni in cui l'attivazione emotiva è improvvisa e particolarmente intensa. Bisogna ancora fermarsi, dopo che l'attivazione emotiva è rientrata, a riflettere su ciò che è successo.

* Psicologa, Psicoterapeuta presso la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Asst-Lariana. Co-trainer presso il Centro di Terapia Cognitiva di Como [isabellacardani@asst-lariana.it].

** Terapista della Neuro psicomotricità presso la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Asst-Lariana.

*** Psicologa Specializzanda presso il Centro Italiano di Psicoterapia Psicanalitica per l'Infanzia e Adolescenza di Bologna.

**** Tirocinante Terapista della Neuro psicomotricità presso la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Asst-Lariana.

BIBLIOGRAFIA

Abidin R.R., Parenting stress index, Psychological Assessment Resources, 1995.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Argyle M. (1987) "The dimensions of positive emotions", British Journal of Social Psychology, 26:127-37.

Bowlby J. (1988), Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento, Milano, Raffaello Cortina.

Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, Basham, Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants, Child Development, 1983 Feb; 54(1):209-17.

Harris P.L., Johnson C.N., Hutton D., Andrew G., Cook T. (1989), "Young Children's Theory of Mind and Emotion", Cognition and Emotion, 3:379-400.

Lambruschi F. (a cura di), Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche, Bollati Boringhieri Torino, 2009.

Matarazzo, O., Zammuner, W. (2009) (a cura di), La regolazione delle emozioni. Il Mulino, Bologna.

Pellai, A. 2011, "io più te fa noi... e un mondo di storie ed emozioni", Erickson, Trento.

Premack e Woodruff, Does the chimpanzee have a theory of mind? Behavioral and Brain Sciences, 4 (4):515-629 (1978).

Siegel D.J., La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza relazionale. Raffaello Cortina Editore, 2013.

Abstract

The article is about an experimental project, carried on at the Infant and Adolescent Department of Neuropsychiatry in Como with a group of children aged 9 to 10, suffering from mental and emotional disorders caused by a specific syndrome or by premature birth.

This study wants to stress the importance of integrating psychomotility work and psychotherapeutic support. Evidence shows improvements in individual performance.

KEYWORDS Infant and adolescence neuropsychiatry, syndrome, integrated psycho-motor activity, psychotherapy

link

sperimentazione

La 3D Therapy® applicata
nella psicoterapia con i bambini

MARIANNINA AMATO





La 3D Therapy® applicata nella psicoterapia con i bambini

The 3D Therapy applied in children psychotherapy

Il “prendersi cura dell’anima” è la traduzione letterale di *psyché e therapeia*, significa infondere nell’anima il soffio vitale. Soffio vitale che si sviluppa e si incorpora con l’atmosfera empatica vitalizzata all’interno del setting terapeutico, elemento basilare del processo di cambiamento

MARIANNINA AMATO*

PAROLE CHIAVE Prendersi cura, empatia, stato emotivo disturbante, stimolo, regioni cerebrali

Il bambino condotto in terapia risulta in alcuni casi disattento e confuso, disorientato ed evitante, a momenti assente o eccessivamente iperattivo: modalità espressive del bambino che evidenziano una disregolazione emotiva e richiedono di delineare, a livello terapeutico, una fase iniziale di gestione dello stato emotivo: sentire e riconoscere le emozioni, dirigere alla scoperta del luogo sicuro per superare «l’esperienza di passività, determinata dal vortice di paura, che coinvolge nella sensazione del senso di fine» (Spannocchi P., 2005).

L’avvio di una relazione dialogica tra terapeuta e bambino esprime calore, accettazione, congruenza e cooperazione (Rogers C., 1986) e fa sì che il processo di cambiamento assuma una dinamicità che facilita l’emergere delle emozioni incistate e bloccate dalla coscienza e il raggiungimento di una processualità fluida al cambiamento. Dall’incontro fenomenologico, offerto dal contatto fisico ed emotivo dei due soggetti, centrati su un obiettivo comune e collaboranti, si vivifica un’esperienza altamente positiva che motiva il bambino al cambiamento e modifica la sua modalità espressiva, il suo “essere” nel mondo.

Ricerche neurofisiologiche attuali in ambito psicoterapeutico

Le ultime ricerche neurofisiologiche hanno confermato come la relazione psicoterapica induca cambiamenti strutturali nel cervello e stimoli la formazione di nuove connessioni sinaptiche con nuove reti neuronali. Nello svolgimento della relazione terapeutica improntata su autenticità e congruenza, si attiva il sistema Ventro Vagale (Porges S.W., 2014) che assicura uno stato di calma e il coinvolgimento del sistema della comunicazione sociale centrata sull’ascolto, sull’espressività del viso e sulle vocalizzazioni: una relazione coinvolgente che caratterizza l’andamento della terapia e lo schiudersi emotivo del bambino. «Dove vi è un alto grado di autenticità, empatia e di considerazione positiva incondizionata nel terapeuta si mostra una modificazione e uno sviluppo costruttivo della personalità, crescita psicologica, raggiungimento della maturità» (Rogers C., 1986).

L’emozione generata dal contatto intenzionale origina un’esperienza che plasma il cervello, struttura anatomo-fisiologica, ed attiva le molteplici funzioni superiori della mente, struttura psichica. Si attivano, in circuiti paralleli e sovrapposti (Fratini F. in *Link*, 1/ 2017), le regioni cerebrali coinvolte nelle diverse funzioni psichiche responsabili del comportamento: movimento volontario, sensorialità, linguaggio, attenzione focalizzata.

Le esperienze positive vissute in ambienti adeguatamente stimolanti che amplificano e creano feedback espandono la massa di materia cerebrale grigia consentendo lo sviluppo delle sinapsi e una maggiore plasticità cerebrale a favore del processo di apprendimento mentale. Le emozioni negative, di contro, riducono la massa della materia grigia e la plasticità cerebrale, producendo una povertà nelle reti neurali e una disarmonizzazione con l’ambiente. Le regioni cerebrali colpite da tale riduzione sono la corteccia Pre-Frontale Mediale (PFC), l’Insula e le regioni sottosegmentali del Cingolo Anteriore, aree legate alla rilevazione ed elaborazione delle emozioni.

L'esperienza vissuta nel qui-ed-ora connotata da emozioni positive risulta altamente motivante e significativa ed attiva nell'immediato il processo di conoscenza, un processo dinamico e costruttivo di significati esistenziali.

Il bambino costruisce attivamente la propria rete cognitiva partecipa al processo di assimilazione incorporando l'ambiente attraverso l'esperienza che viene elaborata, trasformata, riorganizzata e confrontata con l'esperienza immagazzinata in precedenza. La condivisione di una relazione interattiva tra i due soggetti, crea uno spazio dialogico, un contesto vitale e significativo, terzo fattore nella dinamicità comunicativa e potenzialmente creativo (Winnicott D.W., 1999). Lo spazio condiviso coinvolge entrambi i partecipanti nel processo di attenzione congiunta e di significati condivisi capaci di modificare in modo contingente, con feedback emotivi ed empatici, gestuali e verbali, il processo psichico e produrre una reciproca evoluzione. Il bambino ascolta il feedback comunicativo, centrato sull'intonazione, sulla prosodia e sulla melodia, elementi che autoregolano l'emozione; l'ascolto riverbera nel corpo, scioglie il suo stato affettivo e lo "colloca" al sicuro, espandendo la fiducia sul proprio Sé e sul mondo. La parola, la gestualità e l'azione intenzionale, insieme alle componenti emozionali, stimolano la formazione di nuove connessioni sinaptiche immagazzinando in modo stabile i ricordi esperienziali. L'interazione emotiva condivisa attiva la memoria implicita del soggetto che si presenta durante l'interazione sotto forma di frammenti. Siegel D. J. (2014) afferma che, nella relazione, nello scambio dinamico tra "intrapsoichico" ed "interattivo" si attiva la mente relazionale che si attualizza con la presentificazione dei ricordi: alla radice dei processi mentali si trova il proprio significato cognitivo ed emotivo.

Il rispecchiamento terapeutico, congruente e contingente, delle espressioni visive e delle stimolazioni uditive producono nel bambino un senso di efficacia nella lettura e nel controllo della sintonizzazione dei propri ed altrui stati emotivi. La comunicazione non consapevole tra i due cervelli destri (Shore in Atti del Congresso ISC, 2015) genera il «risuonare affettivamente la mente con gli stessi stati mentali dell'altro che osserva e svolge esperienze simili». Le due menti risuonano empaticamente, si sintonizzano tra loro amplificando le onde emotive e cerebrali. Si genera il processo di empatia, "sentire dentro", concetto che spazia dall'empatia emozionale con l'interessamento dell'Insula anteriore e la Corteccia Anteriore del Cingolo che comporta la condivisione e la sintonizzazione emotivo-comportamentale con l'altro che si osserva, sino alla empatia cognitiva con l'interessamento del solco Temporale superiore con le aree Parieto-Temporali, che comporta mentalizzare, assumere la prospettiva mentale dell'altro, riflettere e comprendere i suoi sentimenti. L'attivazione della Corteccia Prefrontale Mediale è legata alla capacità di riflettere su di sé.

Collegate a queste aree vi è il circuito Parieto-Frontale, compresa l'area di Broca o area del linguaggio, circuito nel quale sono localizzati i neuroni specchio, scoperti da Rizzolatti, che si attivano nel rispecchiare l'azione e le emozioni dell'altro generando una risonanza interna definita «risonanza viscero motoria» (Rizzolatti G., Sinigaglia C, 2006). L'attivazione di queste aree comporta nel bambino che osserva un'immedesimazione con uno sviluppo ulteriore nel processo di comprensione. Gallese afferma che «la sua emozione è ricostruita, esperita e perciò compresa direttamente attraverso una simulazione incarnata che produce uno stato corporeo condiviso dall'osservatore» (Onnis L, 2015). Il processo di osservazione crea in chi svolge l'atto di osservare un'esperienza incarnata condivisa.

I neuroni specchio del bambino "rispecchiano" quello che avviene nella mente del terapeuta osservato, "come se" fosse proprio il bambino a compiere l'azione stessa, generando una rappresentazione motoria interna dell'atto osservato dalla quale dipende la capacità di comprendere l'azione osservata codificandola in termini motori, rendendola possibile nella imitazione. Le aree interessate sono all'interno del lobo Frontale con la Corteccia Premotoria Ventrale (area F5) e del lobo Parietale inferiore. La simulazione specchio presiede all'organizzazione delle funzioni motorie delle azioni e svolge un ruolo anche nella comprensione semantica delle espressioni linguistiche che le descrivono, mettendo in relazione i processi linguistici con la teoria della mente, la capacità di inferire gli stati mentali altrui, meccanismo di base nell'atto di comprendere, codificare e decodificare le informazioni trasmesse con la gestualità e l'emozione. Gallese sostiene che «il cervello esprime la sua funzionalità solo ed esclusivamente legato ad un corpo situato in un particolare mondo fisico popolato da altri individui».

Nel processo empatico, Zaki (in Denworth L., 2018) include l'empatia motivazionale

Le esperienze positive vissute in ambienti adeguatamente stimolanti che amplificano e creano feedback espandono la massa di materia cerebrale grigia consentendo lo sviluppo delle sinapsi e una maggiore plasticità cerebrale a favore del processo di apprendimento mentale. Le emozioni negative, di contro, riducono la massa della materia grigia e la plasticità cerebrale, producendo una povertà nelle reti neurali e una disarmonizzazione con l'ambiente

*I neuroni specchio
del bambino
"rispecchiano"
quello che avviene
nella mente del
terapeuta osservato,
"come se" fosse
proprio il bambino
a compiere l'azione
stessa, generando
una rappresentazione
motoria interna
dell'atto osservato
dalla quale dipende
la capacità di
comprendere
l'azione osservata
codificandola in
termini motori,
rendendola possibile
nella imitazione*

o compassionevole: attraverso tale empatia il bambino agisce, si prodiga verso l'altro, trova una soluzione pianificando l'azione. La soluzione di un problema comporta uno stato di soddisfazione che produce rilascio del neurotrasmettitore serotonina. Nell'azione il bambino attiva le funzioni esecutive, le funzioni cerebrali superiori che includono la capacità di attenzionare, integrare e sintetizzare le informazioni sino alla loro organizzazione spazio-temporale e l'evoluzione pianificata nell'azione. Azione guidata da una serie di operazioni, regole che sequenziano gli atti integrandoli in strutture spazio-temporali per consentire la costruzione di comportamenti nuovi, fluidi, "abili". L'azione, intesa nella manipolazione, prensione e tatto, sincronizza l'attivazione delle diverse aree cerebrali ed in particolare le aree Pre-Frontali dorsolaterali e orbitofrontali. L'attivazione di queste aree consente al bambino di contemplare, osservare, riflettere e meta-comprendere il proprio comportamento raggiungendo un'integrazione globale del proprio Sé. Un Sé che si interfaccia continuamente con gli altri e con l'ambiente, un Sé capace di acquisire informazioni dalle nuove esperienze, decodificandoli secondo il sistema rappresentazionale del movimento, della percezione iconica e del simbolico, rappresentazioni presenti e dominanti la mente del bambino.

Una mente motivata a raggiungere uno scopo, esercitata nell'atto della scoperta come costruito della propria esperienza. Una mente che trasforma la conoscenza per raggiungere l'atto creativo e diventa essa stessa "ingrediente del proprio corpo" per riorganizzare e coordinare gli atti importanti sino alla realizzazione dell'oggetto. Una mente preparata ad accogliere le emozioni e motivata a crescere, sensibile agli stimoli e pronta all'atto creativo, che esercita la sua libertà ed l'autonomia riflessiva nel porsi domande, ipotesi e deduzioni lungo il processo narrativo del proprio Sé.

La metodologia e l'applicazione della 3D Therapy

La 3D Therapy si applica nel normale percorso terapeutico-esperienziale del bambino. Consiste nel facilitare, nella fase iniziale, l'evocazione dello stato emotivo disturbante, con la distribuzione di stimoli cromatici e verbali (lavagna cromatica e piano luminoso). L'emozione negativa attualizzata è trasposta: prima sotto forma di grafico (direttrice bidimensionale) e successivamente da grafico in oggetto 3D (direttrice tridimensionale). È previsto l'uso della stampante 3D per la realizzazione dell'oggetto 3D seguendo le indicazioni del bambino durante il colloquio e la trasposizione in grafico. L'oggetto 3D "rispecchia" le emozioni esterne in grafico dal bambino e ancor prima in vivo sotto forma di gioco. Il percorso metodologico della 3D Therapy si suddivide in 5 fasi in sequenza temporale.

La fase A è la fase di avvio al coinvolgimento emotivo ed esperienziale del bambino attraverso il quale si evoca un vissuto emotivo disturbante, attualizzato e trasposto in grafico;

La fase Bx è la fase di trasformazione e oggettivazione del percolato emotivo in un oggetto 3D

La fase Cx è la fase di presentazione del grafico ed, in successione, dell'oggetto 3D

La fase D sviluppa il processo della confrontazione e della narrazione.

Nella fase E si chiude la gestalt quantificando il disturbo e raggiungendo la riorganizzazione emotiva e cognitiva.

In forma sperimentale, si è adottata tale procedura su cinque bambini dagli 8 ai 12 anni con varie problematiche: ansia, somatoformi, attaccamento, fobie di insetti e degli spazi; ad alcuni di essi si è applicata in associazione la pratica dell'EMDR. I lavori sono stati oggetto di studio e presentati al "Phenomena Conference 2018", prima conferenza di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia a Napoli e al 19° EMDR Europe Conference: Psychotherapy and Neurosciences a Strasburgo a fine giugno 2018.

Attualizzazione della 3D Therapy

Come abbiamo detto, la metodologia della 3D Therapy prevede una fase iniziale di mobilitazione al contatto emotivo del bambino attraverso l'esperienza del gioco e le sollecitazioni a stimoli cromatici e verbali per indirizzare il bambino al coinvolgimento emotivo e al processo di evocazione ed attualizzazione dell'emozione disturbante. E' la fase di preparazione della mente del bambino che accoglie le emozioni, le verbalizza e le analizza, le quantifica e le visualizza in immagini. Si presenta come un processo graduale e fluido che consente il "venire fuori dal buio interiore" dell'emozione incistata, origine del male-essere, emozione opportunamente individuata e quantificata, narrata e trasposta graficamente. Tracciare dei segni su un foglio è

un comportamento istintivo del bambino, la trasposizione dell'emozione nella dimensione bidimensionale del grafico, consente al bambino stesso di procedere da una visione del suo mondo emozionale confuso ed ambiguo ad identificare e definire l'emozione disturbante. Il processo collega l'emisfero Dx all' emisfero Sx, con l'analisi e la sintesi, il tutto sotto la regia delle aree Pre-Frontali che sono coinvolte nella pianificazione dell'azione, nel coordinamento oculo-manuale, nell' orientamento spaziale e nel riconoscimento delle proprie emozioni. Queste aree si attivano "in maniera significativamente diversa nel cervello in sviluppo". Tommasino, in Brain & Cognition, sostiene che l'«immaginare verbi che descrivono situazioni emotive, come amare oppure odiare, causava un incremento di attivazione in due aree precise del cervello: nel giro sovramarginale e nella parte anteriore dell'Insula nell'emisfero cerebrale destro. Le coordinate della prima area cerebrale coinvolta (giro marginale) erano le stesse che si attivano per l'elaborazione delle informazioni somatosensoriali provenienti dall'esterno e dall'interno del nostro corpo. La seconda area coinvolta, l'Insula, è invece la stessa che codifica la consapevolezza emotiva legata alle parti del nostro corpo, come quando aumenta la sudorazione per uno stato d'ansia o accelera il battito cardiaco per la paura.»

L'emozione disturbante evocata, attualizzata, e trasposta sul foglio viene materializzata con la realizzazione dell'oggetto 3D. L'uso della stampante 3D, elemento di "amplificazione culturale", materializza l'oggetto-percetto altamente emotivo e dona all'oggetto ridondanza esperienziale tale da riattivare il circuito neuronale ed facilitare l'apprendimento attraverso l'inferenza di elementi ricorrenti ed attribuendo ad essi una proprietà ed identità. La riattivazione di tale circuito consente l'accelerazione nei processi di consapevolezza ed apprendimento di nuove modalità di comportamento. La realizzazione dell'oggetto 3D consente una percezione priva di ambiguità. L'oggetto 3D appare dinanzi agli occhi del bambino come un oggetto-percetto chiaro e realistico con un grado elevato di certezze sulle caratteristiche e dona nell'immediato lo stato emotivo reale del bambino, consentendo di immedesimarsi in esso. Apprese le connessioni tra il contesto percepito e i suoi processi intrapsichici, il bambino va al di là di ciò che vede. «Imparando a percepire, apprendiamo le relazioni esistenti tra le proprietà degli oggetti e degli eventi che incontriamo, impariamo le categorie appropriate e i sistemi categoriali, impariamo a predire e a verificare cosa va con che cosa» (Brunner J.,1976).

L'oggetto 3D racchiude in sé le emozioni trasposte dal grafico e riattualizzate nella presentazione dell'oggetto chiaro e nitido al bambino che attiva una processualità di attenzione condivisa complessa sull'oggetto 3D. L'oggetto 3D posto dinanzi al bambino produce un momento di smarrimento (presenza dello shock all'oggetto 3D). L'atto semplice di osservare l'oggetto 3D, genera un forte impatto emotivo nel bambino (fase Cx) che manifesta un comportamento di iniziale stupore e sorpresa, subito sostituito da una forte eccitazione visiva e tattile. Nel processo di attenzione convergente sull'oggetto 3D, il bambino esplora l'oggetto 3D coordinando la propria manualità con sistematicità: tocca, pigia, liscia, sposta, muove le mani in azioni sincronizzate cercando una soluzione. Nello stesso tempo si osserva la dinamicità del movimento oculare che coglie e comprende nuovi elementi, li definisce verbalmente, li trasforma e li accomoda integrandoli nel proprio Sé.

L'oggetto 3D riflette, in chi l'osserva, l'elemento "esperienziale ed esistenziale" di chi lo ha creato e fa cogliere l'essenza stessa dell'esperienza del creatore, la sua intima emozione, con gli occhi "tocca" l'oggetto a distanza, lo possiede, lo incorpora e con gli occhi coordina i movimenti delle mani. È il contatto pieno con l'oggetto: il bambino mentalmente fuso in esso cresce.

L'oggetto 3D "rispecchia" le emozioni emerse nella prima fase del contatto emotivo- relazionale, attiva la risonanza emotiva, meccanismo di base che rileva un'attività mentale connessa alla decodifica dell'azione, delle manifestazioni emotive e linguistiche. I neuroni specchio "rispecchiano" le emozioni del bambino oggettivate nella presenza dell'oggetto esterno, ben visibile. Il processo di osservazione attiva le risonanze emotive, le rappresentazioni relazionali relative agli schemi sensomotori consolidati nella memoria durante l'esecuzione grafica, la percezione dell'oggetto e il contesto terapeutico. «Questi neuroni hanno molte funzioni nella comprensione delle azioni degli altri. Servono anche agli esseri umani per capire le emozioni altrui», in questo caso, rispecchiano e rendono oggettive e reali le emozioni proprie, esternalizzate nella fase precedente e com-prese nell'osservare l'oggetto 3D che, essendo non ambiguo, consente di raggiungere nell'immediato la nitidezza cognitiva

L'azione, intesa nella manipolazione, prensione e tatto, sincronizza l'attivazione delle diverse aree cerebrali ed in particolare le aree Pre-Frontali dorsolaterali e orbitofrontali consentendo al bambino di contemplare, osservare, riflettere e meta-comprendere il proprio comportamento raggiungendo un'integrazione globale del proprio Sé. Un Sé che si interfaccia continuamente con gli altri e con l'ambiente, un Sé capace di acquisire informazioni dalle nuove esperienze

La capacità di comprensione è legata al grado di capacità mentale del bambino di analizzare e sintetizzare i dati, ma il processo di “rispecchiamento empatico” dell’oggetto 3D che riproduce fedelmente l’emozione disturbante assume un ruolo fondamentale e mette in moto il processo di confronto del proprio vissuto oggettivo comprendendolo nel sistema emotivo con la rievocazione della sequenzialità delle azioni finalizzate alla pianificazione dell’oggetto

ed emotiva. L’oggetto 3D comunica alla mente del bambino, crea un contesto oggettivo di realismo percettivo ed offre una ridondanza emotiva, fattore scatenante, che attiva il processo mentale dell’unità: dare senso e significato a ciò che si vede, e nello stesso tempo, dare ordine in modo creativo, vedere il mondo con occhi nuovi ed originali. L’oggetto colpisce la mente del bambino che osserva, ancor prima di essere capito. Non ha bisogno di spiegazioni o interpretazioni per svolgere la sua funzione di ponte: ricongiungere l’essenza esistenziale ed esperienziale alla mente del bambino. La realtà costante e concreta dell’oggetto consente al bambino di meta-riflettere e meta-comprendere le proprie emozioni, Winnicott (1999) sostiene che «nell’entrare in rapporto con l’oggetto il soggetto consente che certe modificazioni abbiano luogo nel suo Sé.» Così, dall’iniziale smarrimento il bambino si avvia ad una processualità di esplorazione di sé stesso e dell’oggetto, di confronto tra l’esperienza attualizzata e il problema del suo mal-essere, di riconoscimento intuitivo (insight) che lo porta a ri-narrare sé stesso (fase D).

A livello emotivo, la percezione diretta all’oggetto 3D attiva l’ascolto interiore, il bambino meta- comprende le sue emozioni ed il suo mal-essere riflesso dall’oggetto, procede verbalizzando e sistematizzando, nel continuum spazio- temporale, il suo disagio e l’attuale scoperta, ri-narrando il suo nuovo stato. La sua mente organizza e pianifica trovando nuove soluzioni adattive e creative, operazioni interagite con l’oggetto 3D, e che determinano, nella fase di chiusura della gestalt, il raggiungimento di uno stato di auto-soddisfazione nelle proprie azioni e di una integrazione che produce la stabilità emotiva (fase E).

Conclusioni

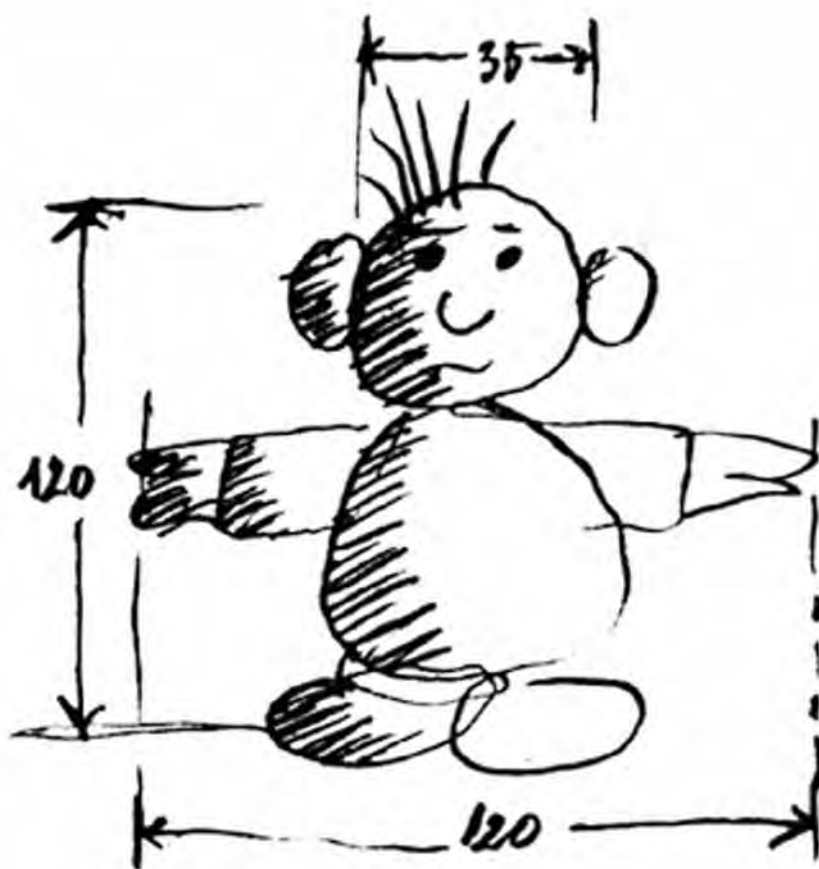
Con la materializzazione dell’emozione proiettata nell’oggetto tridimensionale, si scatena nel bambino un forte impatto emotivo- cognitivo che attiva un processo dinamico, dall’ iniziale insight, ad un protratto processo di attenzione condivisa sull’oggetto che attiva il processo di confronto tra l’oggettività psichica espressa dall’oggetto 3D e la propria interiorità espressa dall’emozione. Processo che produce un immediato salto qualitativo della consapevolezza con il conseguente cambiamento cognitivo ed emotivo. La capacità di comprensione è legata al grado di capacità mentale del bambino di analizzare e sintetizzare i dati, ma il processo di “rispecchiamento empatico” dell’oggetto 3D che riproduce fedelmente l’emozione disturbante assume un ruolo fondamentale e mette in moto il processo di confronto del proprio vissuto oggettivo comprendendolo nel sistema emotivo con la rievocazione della sequenzialità delle azioni finalizzate alla pianificazione dell’oggetto. Il bambino modifica costruttivamente il percolato-oggetto 3D tra narrazione ed azione sino a giungere ad una soluzione adeguata dell’emozione disturbante rappresentata simbolicamente dall’oggetto 3D. La presentazione dell’oggetto 3D attiva un processo dinamico e qualitativamente adeguato che genera in poche sedute nel bambino un cambiamento stabile ed integrato.

* Psicologa-psicoterapeuta. [mariannina.amato@gmail.com]

BIBLIOGRAFIA

- Arnheim R., Arte e percezione visiva, Feltrinelli, Milano, 1981.
 Blundo C., Conoscere e potenziare il cervello, Giunti, Firenze 2007.
 Brunner J., Psicologia della conoscenza, Armando, Roma ,1976
 Churchland P.S., L’io come cervello, Raffaello Cortina, Milano, 2014
 Clarkosn P., Relazione psicoterapeutica integrata, Sovera, Roma, 1997.
 Clarkosn P., Gestalt Counseling, Sovera, Roma, 1999.
 Istituto di Scienze cognitive (a cura), Congresso Attaccamento e trauma (Atti), Roma, 2015.
 Della Sala S., Beschin N., Il cervello ferito, Giunti, Firenze, 2006
 Denworth L., articolo Le due facce dell’empatia nella rivista N°594 Le Scienze febbraio 2018.
 Fonagy P.,Gergely G.,Juriste.L,TargetM.,Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé, Raffaello Cortina, Milano, 2005
 Garland C., Comprendere il trauma, Mondadori, Milano, 2001.
 Giusti E., Azzi L. Neuroscienze per la psicoterapia, Sovera, Roma, 2013
 Giusti E., Iannazzo A., Fenomenologia e integrazione pluralistica, Univ. Romane, Roma,1998.
 Giusti E., Locatelli M, L’empatia integrata, Sovera , Roma 2000.
 Giusti E., Militello F., Neuroni specchio e psicoterapia, Sovera, Roma, 2011.
 Giusti E., Montanari C., Iannazzo A., Manuale di psicoterapia integrata, F. Angeli, Milano, 2000.
 Giusti E., Montanari C., Spalletta E., Supervisione clinica integrata, Masson, Milano, 2000.
 Giusti E., Rosa V., Psicoterapia della Gestalt, Sovera, Roma, 2008.
 Golfried M.R., Dalla terapia cognitivo comportamentale, Sovera, Roma, 2000.

Greenberg L., Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata, Sovera, Roma, 2002.
 Knell S.M., Il gioco in psicoterapia, Mc.Graw-Hill, Milano, 1998.
 Lazzari D., Mente & salute, Franco Angeli, Milano, 2007.
 Mahler M., La nascita psicologica del bambino, Boringheri, Torino, 1992.
 Malacrea M., Trauma e riparazione, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
 Mantegazza R. (a cura), Per una pedagogia narrativa, EMI, Bologna, 1996.
 Onnis L. (a cura), Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze, F. Angeli, Milano, 2015
 Pagani R., Integrazione in psicoterapia, Carrocci, Roma, 2000.
 Porges S.W., La teoria polivagale, Fioriti G, Roma, 2014.
 Preston J., Psicoterapia breve integrata, Sovera, Roma, 2001.
 Prunetti E, Mansutti F., La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT), F. Angeli, Milano, 2013.
 Ricci Bitti P.E., Regolazione delle emozioni e arti terapie, Carrocci, Roma, 1998.
 Rizzolatti G., Sinigaglia C., So quel che fai, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
 Rogers C., La terapia centrata sulla persona, Martinelli, Firenze, 1986.
 Shapiro F., Lasciare il passato nel passato, Astrolabio, Roma, 2012.
 Siegel D. J. Mappe per la mente, Raffaello Cortina, Milano, 2014
 Winnicott D.W., Gioco e realtà, Armando, Roma, 1999.
 Zinker J., Processi creativi in psicoterapia della gestalt, F. Angeli, Milano, 2002.



Abstract

The child facing a psychotherapeutic treatment is often confused, unwilling to participate, sometimes hyperactive: all these conditions show that the child is facing problems with the expression of his/her emotions and requires, at an initial stage, empathetic understanding. The first step is to help him/her to feel and recognize emotions, and to find his/her own way to a safe place.

The 3D Therapy® offers a means to make this possible, giving shape to the object that the child has chosen to embody his/her feelings.

KEYWORDS Take care of, empathy, disturbing emotional state, stimulus, brain regions

link **società**

Per una cura senza frontiere.
Le nuove sfide legate al fenomeno migratorio

VITTORIA SPELTONI



Per una cura senza frontiere. Le nuove sfide legate al fenomeno migratorio

Welfare without frontiers. The new challenges posed by migrations

Dalla fine della guerra fredda ad oggi, il nuovo assetto geopolitico ha vissuto uno straordinario movimento migratorio. Uso il termine straordinario perché è appunto fuori dall'ordinarietà: rispetto ai movimenti migratori antecedenti l'attuale boom della globalizzazione vede spostamenti di uomini, pensieri e cose da e verso ogni direzione. Più per convenzione che per dati realistici distinguiamo due cause principali: l'impossibilità di vivere presso il paese di origine a causa di guerre e violenza politica che costringono le persone a lasciare la propria terra; la volontà di cercare nuove possibilità economiche, l'aspettativa di una vita sociale e professionale migliore rispetto a quella del paese di provenienza. Parliamo in questo secondo caso di migrazioni economiche

VITTORIA SPELTONI*

PAROLE CHIAVE Assetto geopolitico, movimenti migratori, migrazioni economiche, benessere

Fino all'inizio degli anni Novanta, l'Italia è passata dall'essere una terra di migranti ad una terra meta d'immigrazione. In quegli anni approdavano i primi barconi dall'Albania e l'attenzione politica si diresse su temi quali controllo e sicurezza del Paese. Furono emanati provvedimenti e leggi, come la legge Martelli del '90, la Turco-Napolitano del '98 e la Bossi-Fini del 2002. Tuttavia, più che affrontare il problema in modo organico queste leggi sono andate sempre più connotandosi come pacchetti sicurezza: i centri di accoglienza sono piuttosto centri di identificazione e controllo finalizzati all'espulsione, mentre i centri di permanenza temporanea prendono sempre più la fisionomia di centri di detenzione. Evidentemente il problema è più articolato di quanto la politica abbia immaginato.

Ma che cosa è cambiato e perché chi si occupa di salute e cura oggi più che mai è chiamato a dover mediare tra i bisogni di cura e sopravvivenza e il pensiero politico? I mutamenti incessanti che le società contemporanee attraversano, a partire dagli ingenti movimenti, spesso forzati, di popolazioni che affrontano mari e terre del pianeta in cerca di pane, pace e dignità, richiedono chiavi interpretative in grado di andare oltre la dimensione psichica intraindividuale e occidentale. L'universalismo che orienta i programmi di intervento internazionali nell'ambito dei diritti umani e dei conflitti globali comporta infatti la rimozione delle determinanti storiche nella produzione della sofferenza sociale.

Dati statistici

Prosegue nel 2017 la diminuzione della popolazione residente già riscontrata nei due anni precedenti. Al 31 dicembre risiedono in Italia 60.483.973 persone, di cui più di 5 milioni di cittadinanza straniera, pari all'8,5% dei residenti a livello nazionale (10,7% al Centro-nord, 4,2% nel Mezzogiorno). Il movimento migratorio con l'estero fa registrare un saldo positivo di circa 188 mila unità, in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Le acquisizioni di cittadinanza registrano una battuta d'arresto

I mutamenti incessanti che le società contemporanee attraversano, a partire dagli ingenti movimenti, spesso forzati, di popolazioni che affrontano mari e terre del pianeta in cerca di pane, pace e dignità, richiedono chiavi interpretative in grado di andare oltre la dimensione psichica intraindividuale e occidentale. L'universalismo che orienta i programmi di intervento internazionali nell'ambito dei diritti umani e dei conflitti globali comporta infatti la rimozione delle determinanti storiche nella produzione della sofferenza sociale

rispetto al trend crescente degli anni precedenti: nel 2017 i nuovi italiani superano i 146 mila.

In Italia risiedono persone di circa 200 nazionalità: nella metà dei casi si tratta di cittadini europei (oltre 2,6 milioni). La cittadinanza più rappresentata è quella rumena (23,1%) seguita da quella albanese (8,6%).

(<https://www.istat.it/it/archivio/216999>)

(<http://viedifuga.org/richiedenti-asilo-ed-esiti-in-italia-tutti-i-dati-del-riepilogo-2017>)

Cosa dice la legislazione

L'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Il Testo Unico sull'immigrazione, Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 negli articoli Art.34 - Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 32) e Art. 35 - Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 33), provvede a regolamentare l'assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al servizio sanitario. In particolare l'articolo 34 recita: «Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale: gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza... » (cfr T.U. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286). L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle norme dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale, ai minori, figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale, è assicurato, fin dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori italiani.

Infine, l'articolo 7 del T.U. obbliga lo straniero, assicurato al servizio sanitario nazionale, ad iscriversi nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione. Da quanto esposto, risulta evidente che i richiedenti protezione internazionale, i rifugiati, i ricorrenti hanno il diritto/dovere di iscrizione al servizio sanitario nazionale.

Purtroppo quanto riportato risulta spesso non essere applicato nella realtà, a dimostrazione del fatto che il problema migrazione è un problema innanzitutto politico: mancano mezzi e strumenti per far sì che il testo unico venga così applicato nella sua interezza. I mutamenti in atto che non riguardano certo solo il nostro paese ma l'intero globo, fanno sì che il "Fatto" migratorio, non sia più osservabile solo da un punto di vista squisitamente sociologico: il continuo mutamento dell'aspetto geopolitico del nostro pianeta fa sì che quello

che una volta poteva essere considerato un trend, o un evento, sia ad oggi un dato di fatto.

In Italia la presenza di stranieri sta trasformando biologicamente e culturalmente il nostro paese e con prezzi da pagare molto alti sia da parte di chi chiede accoglienza che da parte di chi la dà. Gli operatori della cura, medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, sono chiamati oggi a sobbarcarsi del gravoso compito di riportare ad uno stato di equilibrio una situazione che è da anni in uno stato di "emergenza-cronica". Le singole istituzioni, e gli operatori, non sono in grado di affrontare una problematicità che è in primo luogo politica.

Nel frattempo come affrontare il disagio, rispondere ai quesiti che vengono posti, come trasformare il problema in risorsa? E' necessario domandarsi cosa vuol dire oggi essere migranti: uomini che sbarcano in Italia e che sono così diversi dai nostri nonni che partivano alla volta dell'America, con lo stesso bagaglio di sogni e di malinconia.

Un viaggio chiamato nostalgia

Nel 2007 viene pubblicato dal Professor Vito Teti il libro *La Malinconia del Vampiro*, figura mitologica trasversale ai tempi e ai confini geografici. Le riflessioni dell'autore ci portano a riconsiderare il vampiro come metafora del diverso e di tutte le paure che la diversità evoca in noi. Secondo Teti: «... se l'emigrazione costituisce un

equivalente critico e problematico della morte, i rapporti tra rimasti e partiti, i loro controversi legami di odio e amore, di attrazione e repulsione sembrano riproporre, in forme nuove, le dinamiche tra vivi e defunti proprie delle società tradizionali>>. L'emigrante a lungo atteso e amato dai suoi cari, allo stesso tempo scatena senso di diffidenza e paura, e viene vissuto, secondo l'autore, come un defunto che può tornare. <<L'emigrante è un vivente che è morto per la società di origine: è, in fondo, un vampiro». (Teti 2006 http://www.tecalibri.info/T/TETI-V_vampiro.htm#p003).

Allo stesso modo in cui Dracula ha terrorizzato gli animi dei Londinesi del XIX secolo, così lo straniero approda sulle nostre terre incutendo negli abitanti la paura di essere divorati, inghiottiti dal diverso, dal revenant che arriva a succhiarci sangue, soldi, casa, diritti. Fatte scivolare nel campo semantico del "pericoloso e perverso", queste storie di arrivi raccontano la nostra incapacità di fare i conti con la differenza, la fragilità delle nostre certezze, prima ancora che con la diversità. L'esperienza migratoria si svolge all'interno di uno spazio sospeso, tra la malinconia legata alla perdita della propria terra, e tutto ciò che comporta, e il miraggio della nuova vita: tale situazione è resa ancora più gravosa dal contesto socio-culturale, assistenziale, politico e burocratico del paese ospitante.

Chi arriva in un paese, portandosi il carico di un viaggio spesso traumatico, si trova spesso a dover continuare a vivere in un contesto che riproduce quotidianamente stati di violenza, che si traduce nella minaccia di essere aggredito, di essere espulso da un paese che lo teme e lo isola sempre di più. A questo si aggiunge la nostalgia di casa, il dover mentire a se stessi per aver lasciato il proprio paese nella speranza di una vita migliore e trovarsi catapultati in un altro inferno, che rende impossibile la creazione di qualsivoglia tipo di relazione profonda e stabile. All'ostilità e al pregiudizio della società ospitante, si accompagna a volte una reazione di non minor ostilità da parte dei gruppi di origine verso coloro che sono partiti: essa si manifesta sotto forma di invidia ma anche di ostilità, per essersi sentiti traditi.

Tutti emigranti e tutti soli di fronte al nuovo e di fronte al vecchio mondo. Secondo Roberto Beneduce: «Se in molte famiglie l'assenza di uno dei suoi membri comporta condizioni di vita migliori anche per coloro che sono rimasti, in altre quell'amputazione sarà sentita come un tradimento, come una perdita e farà soffrire il corpo sociale per l'esistenza e il vagheggiamento di un arto fantasma». (R. Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma, 2011, pp. 248-255.)

Chi emigra, abbandonando coloro che rimangono e sottraendosi al patto implicito che regola la vita del gruppo, può diventare per la società d'origine oggetto di sentimenti contraddittori. L'atto di emigrare può assumere il significato e la valenza dell'inganno, del tradimento o della diserzione dalla lotta di ogni giorno, finendo con l'assumere i tratti della colpa. È necessario per chi lascia la famiglia e la terra poter essere considerato un vincente, mostrare che l'allontanarsi è stato necessario per una rivincita non solo personale: pensiamo ai nostri nonni, al ruolo fondamentale delle rimesse per la sopravvivenza della famiglia. Lasciare il luogo d'origine deve avere il significato di un progetto che ancora include la casa. Fallire vuol dire tradire la promessa di sostegno e cura verso la propria casa e questo scatena sensi di colpa profondi, e reazioni spesso drammatiche.

Malattia mentale o malattia sociale

Come spiegare l'aumento di accesso ai servizi di salute mentale da parte di stranieri? Come limitarsi a pensare che i disturbi siano legati ai traumi del viaggio, anche su persone che vivono in Italia da anni che sono socialmente ben inserite o che, al contrario, per anni hanno vissuto in terre dove la violenza era la quotidianità, vittime ancor prima delle disuguaglianze politiche e sociali.

Pensiamo al successo di categorie come quella di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), globalmente impiegata nelle rappresentazioni egemoniche del dolore e della sofferenza e ampiamente presente nei programmi di intervento umanitario. Secondo Beneduce la nozione di trauma consente di porre in secondo piano, se non di cancellare del tutto, le condizioni di sfruttamento e di dominio dei popoli, nonché le resistenze che questi pure producono entro costellazioni di asimmetrie e disuguaglianze. (R. Beneduce, *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Bari-Roma, 2010.)

L'emigrazione non riguarda solo l'aspetto traumatico dovuto al viaggio, è un processo che segna profondamente l'integrità psico-fisica delle popolazioni, che sovrverte

È necessario per chi lascia la famiglia e la terra poter essere considerato un vincente, mostrare che l'allontanarsi è stato necessario per una rivincita non solo personale: pensiamo ai nostri nonni, al ruolo fondamentale delle rimesse per la sopravvivenza della famiglia. Lasciare il luogo d'origine deve avere il significato di un progetto che ancora include la casa. Fallire vuol dire tradire la promessa di sostegno e cura verso la propria casa e questo scatena sensi di colpa profondi, e reazioni spesso drammatiche

Nella relazione terapeutica con il migrante, l'intero bagaglio nosografico e terapeutico dello psichiatra occidentale viene messo in discussione, e questo comporta non poche preoccupazioni, a volte persino ostilità e resistenza, nel mettere in discussione il proprio modello di sapere, che appare impossibilitato a cogliere la complessità dei rapporti tra aspetti culturali e manifestazioni psicopatologiche, limitandosi a ricercare invarianti naturali piuttosto che variabili socioculturali. Aspetti che invece vengono presi in considerazione dall'etnopsichiatria

principi e i modelli dell'organizzazione sociale da come erano conosciuti. Il bagaglio ideologico originario del migrante, una volta esportato, subisce una svalutazione valoriale da parte della cultura accogliente, che lo giudica arcaico quando addirittura non viene interpretato come distonia comportamentale. A questo primo processo di sottovalutazione, come abbiamo accennato precedentemente, il migrante si sente travolto da un conflitto di lealtà culturale poiché, nel tentativo d'integrarsi, rompe la continuità con la sua identità originaria ed infine l'integrazione con i compagni di avventura non è così semplice.

Di fronte al nuovo mondo, la nuova cultura e il nuovo linguaggio spesso viene messa in atto una risposta disadattata causata dall'inadeguatezza delle mappe cognitive possedute dagli emigrati rispetto al nuovo mondo che li accoglie. A ciò si aggiunge l'impoverimento affettivo, dovuto alla perdita di legami significativi e profondi, che portano l'individuo a sprofondare in una deriva depressiva e già potenzialmente persecutoria che inizia là dove l'illusione dell'emancipazione viene surclassata dalla consapevolezza dell'integrazione mancata.

Occorre interrogarsi quindi su quali difficoltà specifiche si incontrano nel costruire e nel vivere una relazione terapeutica con un paziente immigrato, proveniente da un diverso contesto socioculturale; in quale misura bisogna fare riferimento ad apparati teorici per la definizione e la strutturazione del disagio psichico e per le aspettative di cura del paziente, intese come componente essenziale dell'efficacia terapeutica delle pratiche adottate. Il rischio è che, nei contesti multiculturali, la necessaria costruzione di setting pluralistici che garantiscano la rappresentanza di molteplici visioni del mondo, venga sostituita dall'affermazione di un monolitico punto di osservazione, radicato nella storia culturale occidentale. L'etnocentrismo si farebbe così portavoce di un'acculturazione senza appello dell'altro, che viene spogliato delle sue appartenenze e dei suoi riferimenti culturali.

La psichiatria, come ambito preferenziale di cura della totalità dell'animo umano, deve poter allargare i propri orizzonti di senso ad altri mondi culturali, ad altri operatori ed esperti cui riconoscere pari dignità.

Uno dei capisaldi dell'approccio etnopsichiatrico consiste nel partire dal presupposto che ogni essere umano, sofferente o meno, è parte di un universo culturale, a prescindere dai confini geografici, senza la cui conoscenza non possono darsi né incontro terapeutico né cura.

L'etnopsichiatria italiana ha acquisito una sua propria fisionomia grazie a innovatori come Franco Basaglia ed Ernesto De Martino. Basaglia ha rivoluzionato tanto la percezione della salute mentale e dei "malati" nella società, quanto la configurazione epistemologica della stessa malattia mentale. Ricordiamo come secondo il pensiero basagliano le cause della sofferenza delle persone andavano rintracciate nell'organizzazione sociale.

L'antropologia culturale di Ernesto De Martino è rivolta a comprendere i mondi della crisi e gli orizzonti di riscatto delle classi subalterne e delle popolazioni rurali del Mezzogiorno italiano nel secondo dopoguerra. La coniugazione di saperi diversi, dalla psicologia all'antropologia, passando per la filosofia e la storia delle religioni, rese quella stagione di studi e ricerche estremamente pionieristica e, ai nostri occhi, un modello da perseguire.

Nella relazione terapeutica con il migrante, l'intero bagaglio nosografico e terapeutico dello psichiatra occidentale viene messo in discussione, e questo comporta non poche preoccupazioni, a volte persino ostilità e resistenza, nel mettere in discussione il proprio modello di sapere, che appare impossibilitato a cogliere la complessità dei rapporti tra aspetti culturali e manifestazioni psicopatologiche, limitandosi a ricercare invarianti naturali piuttosto che variabili socioculturali. Aspetti che invece vengono presi in considerazione dall'etnopsichiatria, in modo tale che le tendenze universalizzanti ed omologanti vengono meno in riferimento alle particolari contingenze storiche, sociali, economiche, culturali che attraversano l'evento malattia. Nel modello di cura occidentale la divisione tra mente e corpo risulta spesso estranea all'esperienza di chi proviene da culture non occidentali, in cui prevale invece una presa in carico olistica del malessere. Ecco che diventa fondamentale la convergenza di interessi e di informazioni culturali provenienti da aree di confine tra discipline come la medicina, la psicologia, la pedagogia interculturale, l'antropologia e la sociologia, e non in ultimo la politica.

Il racconto che cura medico e paziente

Il rapporto fra biologia, cultura e società è stato analizzato e argomentato da autori come Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock che pongono l'accento proprio sulla necessità di un ritorno ad una visione unitaria fra il corpo e la mente proponendo l'immagine di un "corpo pensante" (Scheper-Hughes N., Lock M., 1987, *The Mindful Body*.) in cui si intrecciano i fenomeni di ordine biologico, psicologico, culturale e sociale. Questo approccio può, in una dimensione transculturale, permettere all'operatore di comprendere i diversi ambiti di significato in cui la malattia diventa tale e, allo stesso tempo, mette in discussione e porta a rielaborare nuovi modi e spazi terapeutici che superino il dualismo mente corpo. Il nostro background culturale e professionale non è certo nuovo a questo tipo di approccio, eppure l'ambito medico scientifico mostra ancora distacco e scetticismo, nonostante lavori straordinari come quello di Ernesto De Martino sul tarantismo, uno stato di sofferenza fisico e psichico connesso simbolicamente con il morso della tarantola, l'etnologo evidenzia i collegamenti fra la sofferenza psichica della "tarantate" e la dimensione storico-sociale di povertà e di emarginazione. De Martino riconosceva nel rito uno strumento culturale di gestione della crisi, che permetteva di simbolizzare e risolvere la malattia (Ernesto De Martino, 1961, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Milano, Il Saggiatore).

Dal punto di vista dell'antropologia medica la "salute" e la "malattia" non possono essere viste come entità o stati puramente biologici, bensì come processi complessi che hanno risvolti psichici, sociali, culturali e politici. L'approccio antropologico alla salute considera ambiti ben distinti, ma imprescindibili, l'uno dall'altro: disease e illness. La parola disease indica la definizione biomedica di malattia: una condizione patologica rilevata e catalogata in un'etichetta nosologica attraverso la diagnosi (Pizza, *Antropologia medica, saperi, pratiche del corpo*, Carrocci editore, Roma 2005). Il termine illness fu coniato da Kleinmann, docente di antropologia medica della Harvard Medical School e Byron J. Good, docente di antropologia medica al Department of Anthropology di Harvard. I due autori hanno focalizzato la loro attenzione sull'analisi e l'interpretazione della medicina narrativa, la illness narrative e i modelli esplicativi del medico e del paziente (ME). Con il termine illness ci si riferisce alla malattia in quanto esperienza soggettiva: il vissuto del paziente, la dimensione emotiva, relazionale e sociale e gli aspetti esistenziali e culturali che concorrono nel processo di conferire un senso alla malattia. Diviene una valida chiave di lettura dei modi in cui la malattia e la sua elaborazione nei diversi contesti locali, la comparazione transculturale tra i diversi sistemi medici e tra le diverse categorie culturali assegnate al corpo salute e malattia, possano aprire il dialogo tra scienze sociali e scienze mediche per una migliore presa in carico dei bisogni dei pazienti. I sintomi e la malattia hanno per Kleinmann una dimensione simbolica e cognitiva e, a partire da questo assunto, è da qui che le categorie interpretative dell'etnologo, nell'analisi dell'esperienza della sofferenza, devono essere aderenti all'esperienza dei soggetti. Attraverso le *illness narratives* l'esperienza della sofferenza, della perdita e della paura che sono universali, differiscono però nelle diverse società in virtù di processi di elaborazione culturale locale in continua trasformazione. L'esperienza della malattia, la sua dimensione simbolica e intersoggettiva è intrecciata a quella individuale. Kleinmann tuttavia contesta la tendenza nelle Scienze Sociali ad interpretare le differenti espressioni e rielaborazioni locali della sofferenza in termini esclusivamente socio-culturali. Sono dunque messe in discussione sia le categorie nosologiche della tradizione biomedica sia le categorie sociologiche che spiegano la sofferenza e la malattia come l'effetto devastante dei regimi di oppressione economica e politica. Secondo l'etnografo, viviamo nel flusso di un'esperienza che è storica e culturale. L'espressione della sofferenza è dunque una psicofisiologia simbolicamente mediata, è il risultato di processi psicosomatici che trasmettono e ricevono codici culturali. I processi psicosomatici hanno autonomia per via della fondazione psicofisiologica dell'esperienza, sono un vincolo universale dell'agire umano che si manifesta secondo specifiche modalità nei mondi morali locali: non c'è un mondo senza tristezza o minaccia, sofferenza e disagio, oppressione, dolore o privazione: sono le loro manifestazioni che sono differenti, in quanto plasmate dalla cultura e dalle diverse risposte individuali.

L'espressione della sofferenza è dunque una psicofisiologia simbolicamente mediata, è il risultato di processi psicosomatici che trasmettono e ricevono codici culturali. I processi psicosomatici hanno autonomia per via della fondazione psicofisiologica dell'esperienza, sono un vincolo universale dell'agire umano che si manifesta secondo specifiche modalità nei mondi morali locali: non c'è un mondo senza tristezza o minaccia, sofferenza e disagio, oppressione, dolore o privazione: sono le loro manifestazioni che sono differenti, in quanto plasmate dalla cultura e dalle diverse risposte individuali



Il concetto-guida sickness consente anche e soprattutto di individuare le dinamiche istituzionali, politiche e sociali che attivano percorsi di cura, o limitano l'accesso alla cura sulla base di discriminanti di classe, razza, status e genere. Le pratiche mediche per Young sono pratiche ideologiche che occultano la natura sociale della malattia, i rapporti di potere e le forme di sofferenza sociale, limitano l'agentività dei soggetti nei loro percorsi di ricerca della guarigione e distribuiscono nel tessuto sociale iniquità nell'accesso alla cura

sguardo antropologico sul rapporto medico paziente, Einaudi Torino, 2000)

Un aspetto da Kleinmann accennato, ma che viene solo in seguito approfondito da Allan Young (in *Annual Review of Anthropology* 11(1):257-285, November 2003 with 168 Reads) riguarda la dimensione sociale e politica della malattia.

L'approdo ultimo del lavoro di Kleinmann era stato il consolidamento di una dimensione comunicativa e relazionale efficace tra medico e paziente e la rimozione della cause che sono di ostacolo ad una adesione consapevole al trattamento terapeutico. Un limite del percorso teorico e di ricerca di Kleinmann è tuttavia la mancata messa a fuoco delle cause sociali che plasmano e distribuiscono in modo differente l'esperienza di malattia e il potere della parola nella relazioni diadiche tra medico e paziente. Nel modello dei ME è infatti assente una chiara esplicitazione delle logiche economiche e di potere, della sickness intesa come processo di socializzazione che induce il soggetto ad incarnare il ruolo sociale del malato, un processo che costruisce intorno ai segni della malattia significati sociali rilevanti nell'intreccio tra la dimensione politica e quella socio-culturale. Il concetto-guida sickness consente anche e soprattutto di individuare le dinamiche istituzionali, politiche e sociali che attivano percorsi di cura, o limitano l'accesso alla cura sulla base di discriminanti di classe, razza, status e genere. Le pratiche mediche per Young sono pratiche ideologiche che occultano la natura sociale della malattia, i rapporti di potere e le forme di sofferenza sociale, limitano l'agentività dei soggetti nei loro percorsi di ricerca della guarigione e distribuiscono nel tessuto sociale iniquità nell'accesso alla cura.

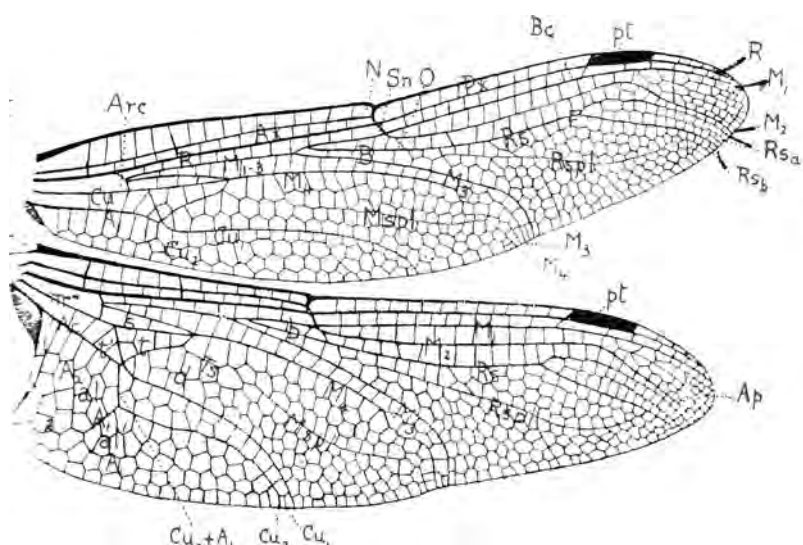
Young muove verso una definizione alternativa dell'efficacia e della produttività medica nelle pratiche di cura, mette al centro la persona nella sua interezza, come corpo sociale e corpo simbolico. L'efficacia clinica dei saperi medici ha sempre manifestato i suoi molti limiti: disparità di accesso ad una corretta informazione medico-scientifica e una visione desocializzata del paziente e della malattia, che riduce a fatti di natura le determinanti non sanitarie, sociali ed economiche. L'alternativa risiede per Young in una integrazione tra le diverse prospettive teoriche, tra le antropologie della *disease*, della *illness narrative*, dei modelli esplicativi e della sickness: un modello teorico in cui i concetti chiave possono produttivamente dialogare tra loro per costruire altri parametri su cui misurare non solo la produttività medica nei termini di efficacia clinica e di efficienza economica dei piani sanitari, ma anche e soprattutto la dimensione più ampia della salute intesa come bene comune inalienabile da tutelare. (<http://www.rivistadiscienzesociali.it/da-kleinman-a-farmer-dallesperienza-soggettiva-della-malattia-alla-malattia-come-incorporazione-della-sofferenza-sociale/>) Anche in Italia i nuovi flussi migratori hanno reso necessario un ripensamento del

ruolo della cultura all'interno del sistema sanitario e come si propone di fare l'etnopsichiatria. Le medicine alternative e le considerevoli differenze all'interno della stessa medicina occidentale ha reso attuale e prioritario il tema del pluralismo medico e la diffusione internazionale della biomedicina ha richiesto una comprensione dettagliata dei saperi e dei sistemi medici locali, senza la quale i progetti di intervento rischiano di dimostrarsi fallimentari.

Se non si mettono gli operatori sanitari in condizione di lavorare sui molti significati esistenziali di malattia e di attivare in modo coerente gli altri servizi presenti sul territorio, lo sperpero di risorse è garantito. Solidarietà e responsabilità, consapevolezza e umanità devono essere quindi i quattro pilastri su cui deve appoggiarsi e reggersi l'accoglienza sanitaria per gli stranieri migranti, sia di passaggio che residenti nel nostro Paese. La medicina narrativa, l'approccio etnopsichiatrico sono necessari, ma non sufficienti per prendersi cura dell'individuo figlio della globalizzazione, la illness narrative ci mostra come l'ascolto empatico, la cura di ogni aspetto storico sociale e politico, è fondamentale nella cura del migrante come nella cura di ogni singolo individuo dotato del proprio mondo interiore.

La medicina ha bisogno di tornare ad essere ambito di cura e di accoglienza, è necessario formare il personale medico sanitario affinché si riesca ad attingere ad esperienze multidisciplinari senza avere paura che le proprie conoscenze vengano messe in secondo piano. La migrazione non è più un "fenomeno", ma un dato di fatto che comprende tutto il globo, parlare di stranieri in un mondo globalizzato è fuorviante ed obsoleto. Quello che finora è stato vissuto come un problema deve diventare una sfida davanti alla quale chi si occupa di cura sia in ambito sociale che medico, non può esimersi dal cogliere.

* Antropologa [vittoria.speltoni@gmail.com]



Abstract

Since the end of the cold war the new geopolitical set-up has witnessed an extraordinary migration movement, much more complex than any other before.

The reasons are conventionally believed to be: the impossibility to live in the native country because of wars and political violence, and the expectation of a better life, with social, professional and economic opportunities. The latter is the case of the phenomenon which is called 'economic migration'.

Starting from the first years of the XX century, Italy has become a land of migration, initially from Albania. In order to guarantee control and security new laws were made: Martelli in 1990, Turco- Napolitano in 1998 and Bossi-Fini in 2002. They are mainly about security.

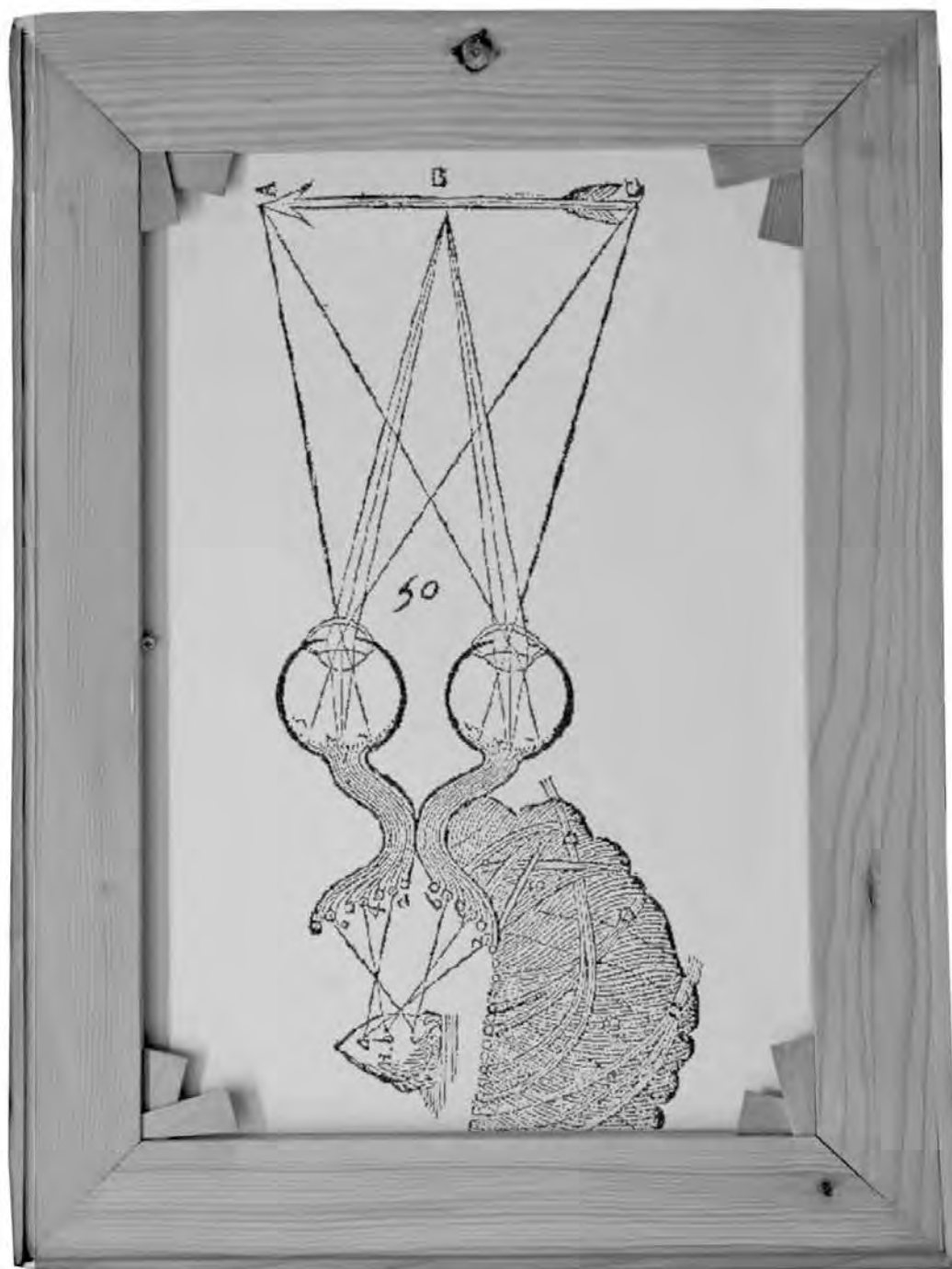
What is the role of the health operators today? Is it their task to mediate between of health and survival needs and political thought?

KEYWORDS Geopolitical set-up, migration movements, economic migrations, welfare

link **riflessioni**

Neuroscienze e Teoria della Mente
applicate all'Arte

LIDIA SCAGLIONE



Neuroscienze e Teoria della mente applicate all'arte

Neurosciences and the Theory of the Mind applied to Art

Le neuroscienze stanno offrendo testimonianza e consistenza alle osservazioni empiriche sulla realizzazione e sulla fruizione delle opere d'arte. È noto come l'opera degli artisti da tempi antichissimi abbia amplificato le possibilità intuitive degli osservatori in modo assolutamente spontaneo ed illuminato; oggi conosciamo molto meglio i meccanismi fisiologici che governano quelle esperienze percettive grazie alla ricerca sui processi cognitivi, che ha spiegato in termini scientifici ciò che era già manifesto ed utilizzato

LIDIA SCAGLIONE*

PAROLE CHIAVE Neuroscienze, opera d'arte, meccanismi, fisiologia, esperienze percettive, processi cognitivi

L'arte e le scienze

Uno dei grandi pionieri in questo campo, Eric Kandel, premio Nobel per la medicina grazie alle ricerche sui meccanismi biochimici neuronali della memoria, ha realizzato un felice connubio tra studi e cultura scientifica, neuroscienze e cultura umanistica, arte e percezione, attraverso le sue dotte e profonde riflessioni che spaziano in ambiti diversi di conoscenza. Egli, riportando Semir Zeki, afferma: «...l'arte estende le funzioni del cervello più direttamente di altri processi di acquisizione della conoscenza...poiché la visione è soprattutto un processo attivo, l'arte incoraggia anche l'esplorazione attiva e creativa del mondo».

Semir Zeki ha rinvenuto circa trenta centri cerebrali, oltre la corteccia visiva primaria, afferenti alla corteccia prefrontale, specializzati nel recepire ed analizzare gli stimoli ambientali, quali forma, colore, movimento, profondità.

Zeki, inoltre, ha iniziato un filone di studi relativi alla risposta cerebrale ad immagini ritenute belle o brutte dagli osservatori. Egli ha osservato in entrambi i casi l'attivazione delle regioni corticali orbitofrontale, prefrontale e motoria, ma le immagini ritenute belle attivavano maggiormente quella orbitofrontale e meno quella motoria, l'inverso accadeva per quelle brutte. L'attrazione per un'opera d'arte può arrivare ad essere una vera e propria dipendenza: infatti il correlato neurologico, rinvenuto dagli studi presso l'*Albert Einstein College of Medicine* (New York) e la *Rutgers University* (New Jersey), è l'attivazione delle aree orbitofrontali e l'attivazione dei neuroni dopaminergici, tipici della percezione del piacere, come, ad esempio per la fame, la sete, il craving da sostanze.

Così come il patrimonio di conoscenze psicoanalitiche teorizzate da Freud nei primi anni del secolo scorso ha influenzato ogni aspetto della cultura umanistica ed artistica, allo stesso modo le attuali conquiste neuroscientifiche stanno influenzando gran parte della produzione artistica degli ultimi decenni (per esempio: l'espressionismo astratto).

Edward Osborne Wilson, biologo evoluzionista statunitense, fondatore della sociobiologia, lo studio sistematico dell'evoluzione biologica del comportamento sociale, sostiene che il progresso della conoscenza umana è fatto di conciliazioni e nascenti dialoghi tra mondi distanti e sconosciuti gli uni agli altri (*consilience*): ogni disciplina ha la sua antidisciplina. Nel nostro caso il dialogo avvicina la disciplina psicologia e la disciplina neuroscienze, l'arte e le neuroscienze.

La maggiore utilità per l'uomo deriva dal fatto che l'arte gli permette di affrontare criticità ed ignoto attraverso l'immaginazione, elicitata dalla riproduzione artistica dei fatti, e di ricavare informazioni su storie umane precedenti. Quindi, senza correre pericoli dovuti all'ingenuità, e senza dover necessariamente agire prima di essersi attrezzato, l'uomo ha trovato una guida simile alle "istruzioni d'uso" del vivere

Studi di riferimento delle Neuroscienze

Alcuni tra gli studi rilevanti relativi alla fascinazione esercitata dalle opere d'arte che ci soddisfano nella nostra curiosità e nei nostri interrogativi iniziano nella seconda metà del '900.

Negli anni 1971-1974, Daniel Berlyne, psicologo canadese, ha spiegato in termini di ricompensa/rinforzo l'aumento o la diminuzione dell'arousal procurati dall'esplorazione visiva di uno stimolo. Ciò che sollecita lo spettatore a persistere nell'osservazione di una composizione, capace anche di procurare piacere estetico, sono alcune "variabili collative": novità, incertezza, complessità. Queste ultime stimolerebbero una attenzione tanto più intensa quanto più presenti.

Nel 1999 Semir Zeki fonda la Neuroestetica, approccio interdisciplinare di neuroscienze, biomedicina, psicologia, informatica, filosofia, ecc., che individua i processi cerebrali sottostanti alla creazione ed alla percezione delle opere artistiche.

Nel 2003 Vilayanur Ramachandran sostiene che il fenomeno del Peak-shift (potenziamento dello stimolo segnale, chiamato primitivo visuale), scoperto dall'etologo Niko Tinbergen nel 1948 nel corso dei suoi studi sui gabbiani, determina una risposta eccitatoria a determinati stimoli visivi (volti, occhi, mani) procurando una forte emozione al cospetto di molte opere espressioniste, dipinte utilizzando intuitivamente questo fenomeno. Gli artisti che esagerano le proporzioni, i colori od altro, procurano una risposta più forte; il volto appare fondamentale per segnalare emozioni, il corpo e le mani il movimento: in sinergia, creano la sintesi magica, spiegando la forte attrazione verso alcune opere d'arte.

Nel 1992 Giacomo Rizzolatti e i suoi colleghi dell'Università di Parma, scoprono i neuroni specchio, elemento necessario per la formazione della teoria della mente (TOM), poiché permettono mimesi ed empatia con individui reali o riprodotti, attraverso l'esposizione al movimento biologico.

Altri studi sull'empatia di Kevin Ochsner, presso la Columbia University, hanno rilevato l'attivazione tipica dei neuroni specchio congiuntamente a quelli della giunzione temporo-parietale, ed il collegamento diretto delle regioni corticali con l'amigdala e l'ipotalamo, mostrando la genesi dell'emozione esperita durante l'osservazione. Si spiega quindi il coinvolgimento emotivo dell'osservatore. Eric R. Kandel afferma: «... Forse è questa stessa congiunzione del movimento biologico del cervello, dei neuroni a specchio e delle regioni della teoria-della-mente a permettere anche allo spettatore di ricostruire e rivivere le emozioni ritratte da un artista» (*L'età dell'Inconscio*, 2012). Ulf Dimberg, svedese, a Uppsala ha studiato il mimetismo inconscio, fenomeno verificato nella esposizione ad espressioni facciali emozionate, sia reali che riprodotte, che procura spontaneamente reazioni elettromiografiche facciali, cioè piccoli movimenti appena percepibili che imitano la mimica osservata (sorriso, pianto, ecc). Efrat Ginot ha lavorato integrando psicoanalisi e neuroscienze. Premiata dalla *National Association for the Advancement of Psychoanalysis* nel 2002, ha verificato che la connettività soggettiva delle reti neurali spiega le memorie inconse. Numerosi studi, tutt'ora in corso, sono stati avviati per confermare o smentire teorie, ipotesi ed osservazioni cliniche, con indagini strumentali.

Le funzioni e le finalità dell'arte

L'arte ha sempre comunicato conoscenze sul mondo aiutando l'uomo a vivere ed anche sopravvivere; essa ha descritto pericoli, problemi e soluzioni al servizio dell'evoluzione, a partire dalle pitture rupestri di 40.000 anni fa (Lascaux, Francia; Altamira, Spagna; grotte di Maros, Indonesia ecc.), fino agli attuali problemi esistenziali.

La maggiore utilità per l'uomo deriva dal fatto che l'arte gli permette di affrontare criticità ed ignoto attraverso l'immaginazione, elicitata dalla riproduzione artistica dei fatti, e di ricavare informazioni su storie umane precedenti. Quindi, senza correre pericoli dovuti all'ingenuità, e senza dover necessariamente agire prima di essersi attrezzato, l'uomo ha trovato una guida simile alle "istruzioni d'uso" del vivere.

L'arte è stata utile alla sopravvivenza dell'umanità in epoche primitive, utile poi alla identificazione con modelli migliorativi ed evolutivamente superiori.

Dutton, filosofo dell'arte, nel primo decennio del nostro secolo ci descrive come "narratori naturali", ed afferma che, raccontando storie, abbiamo l'opportunità di pensare per ipotesi e, pertanto, di immaginare soluzioni ai problemi esistenziali calcolando i rischi prima di agire.

L'arte arricchisce la nostra esperienza anche in campo psicologico a beneficio della nostra comprensione degli altri e della società, migliorando l'empatia, la dimesti-

chezza con il mondo emotivo e la comunicazione interpersonale. Nella sua materialità, nella sua fruizione e nella sua critica, ha anticipato di diversi anni le conoscenze delle neuroscienze, di cui la TOM rappresenta una scoperta fondamentale.

I critici, infatti, hanno sempre fatto inferenze sulla mente degli artisti e. questi ultimi sulla mente dei personaggi rappresentati. Le mostre d'arte si qualificano quindi come una "palestra emotiva" che ci allena a considerare le caratteristiche degli stati psicologici altrui, riconoscendo intenzioni e stati mentali, per analizzarli e/o farli propri.

Theory of Mind e arte

La teoria della mente sappiamo essere la costruzione di un modello della mente al fine di conoscere e di prevedere i comportamenti altrui.

È stata teorizzata e sperimentata da Chris e Uta Frith, Londra 1985, dapprima nella clinica dell'autismo, poi in ambito neuroscientifico con PET e risonanza magnetica. Gli studi hanno mostrato l'attivazione di precise aree cerebrali, definendo alcune specifiche reti neurali, costituite da 5 sistemi che funzionano gerarchicamente:

1. riconoscimento del volto (Face Patch);
2. presenza di una persona;
3. interpretazione delle azioni e delle intenzioni sociali attraverso l'analisi del movimento biologico;
4. imitazione delle azioni attraverso i neuroni specchio;
5. attribuzione di stati mentali alle altre persone e loro analisi.

Applicazione TOM

Applicando la TOM alle opere di artisti dobbiamo dotarci di una grande elasticità mentale per poter variare i contenuti ed i metodi d'indagine e conoscenza, perché i linguaggi artistici sono infiniti, ed il personale rapporto con essi varia a seconda della tecnica, della corrente d'appartenenza, dell'uso dei materiali e strumenti, della personalità dei singoli artisti.

In special modo l'arte astratta sollecita spesso un forte coinvolgimento dello spettatore lungo il continuum attrazione/rifiuto, perché richiede una TOM ed una comprensione più complessa ed articolata. Francesco Bonami, critico d'arte, sottolinea che «... l'arte va spiegata nel modo più semplice possibile...» altrimenti «il pubblico si sentirà continuamente respinto, come davanti a un edificio disegnato senza porte per entrare» (*L'arte nel cesso*, 2017).

L'arte moderna e contemporanea, con le sue provocazioni e le sue stravaganze, non procura il godimento estetico che attiva i meccanismi neurologici tipici del piacere attraverso la produzione di serotonina, dopamina, endorfine, tuttavia il piacere estetico non esaurisce la portentosa esuberanza del messaggio artistico.

Il coinvolgimento emotivo può non essere piacevole e provocare emozioni negative: disgusto, rabbia, rifiuto, dolore, tristezza; ciononostante l'opera artistica può sedurre coinvolgendo e sollecitando interrogativi di senso e di significato. Una certa attitudine intellettuale è necessaria, così come sono importanti le già ricordate "variabili collative", vale a dire quelle caratteristiche rilevate da Daniel Berlyne di novità, incertezza e complessità che stimolano l'esplorazione visiva e l'interesse. Esse procurano l'aumento o la diminuzione dell'arousal, a seconda del caso, e ciò avrebbe valore di rinforzo aumentando il desiderio di ripetere l'esperienza positiva penetrandone i messaggi.

Dati i presupposti delle leggi sulla percezione e sugli aspetti cognitivi ed emotivi, rileviamo che la fruizione di alcune opere di arte figurativa è semplice ed accessibile a tutti, godibile ed immediatamente comprensibile, mentre altre opere, per esempio quelle astratte, non hanno lo stesso impatto sull'osservatore. Ciò si verifica perché non risulta facile costruire una TOM in presenza di caratteristiche di originalità del pensiero e di alterità, diverse dalle esperienze abituali.

Mentre alcune opere determinano empatia e risposte emotive primitive e immediate, altre richiedono una faticosa ricostruzione del funzionamento della mente dell'artista, dei suoi scopi, del contesto storico socio-culturale, dei suoi valori.

La diversità suscita ansie, dubbi, diffidenza e curiosità, non sempre facili da gestire: la risposta più semplice è costituita dalla chiusura e dalla rinuncia alla comprensione, ma questo rifiuto spesso ha un costo in termini di frustrazione e senso d'inferiorità. È la fine di un dialogo.

L'apertura alla novità implica un impegno a volte di media-lunga durata, un cambio di prospettiva e di mappa cognitiva, un diverso modo di problematizzare il fatto umano ed artistico, nonché lo sforzo di cercare una guida illuminante, mentre l'a-

La fruizione di alcune opere di arte figurativa è semplice ed accessibile a tutti, godibile ed immediatamente comprensibile, mentre altre opere, per esempio quelle astratte, non hanno lo stesso impatto sull'osservatore. Ciò si verifica perché non risulta facile costruire una TOM in presenza di caratteristiche di originalità del pensiero e di alterità, diverse dalle esperienze abituali. Mentre alcune opere determinano empatia e risposte emotive primitive e immediate, altre richiedono una faticosa ricostruzione del funzionamento della mente dell'artista, dei suoi scopi, del contesto storico socio-culturale, dei suoi valori

spettativa di risposte è caratterizzata da insoddisfazione e frustrazione. Nelle arti astratte non è facile orientarsi, e questo vale anche per gli addetti ai lavori; il critico d'arte Daniele Radini Tedeschi definisce "Tiltestetica" molta parte della produzione del '900, vale a dire di correnti artistiche che provocano il tilt dello spettatore, dopo aver attraversato il tilt dell'autore. Egli conclude con l'affermazione «Ama chi ti guarda» riportando l'attenzione alla comunicazione ed all'intesa tra artista e osservatore, un'intesa che era andata persa quando le priorità erano l'anti-conformismo estremo, l'avanguardia rabbiosa, l'autoreferenzialità narcisista, il bluff di improvvisazioni, l'esibizionistico desiderio di stupire, le provocazioni. L'arte dovrebbe essere un invito, un accompagnamento alla conoscenza, alla riflessione, alla profondità. Essa rende visibile l'invisibile, sollecitando la mente attraverso un ampliamento della realtà nota, determinando un focus dell'attenzione attraverso la manipolazione di ritagli di mondo.

Arlecchino, di Antonella Scaglione (2009)



Per mostrare un esempio dell'applicazione di questi concetti ho scelto un'opera, Arlecchino di Antonella Scaglione, e l'impatto che la raffigurazione pittorica suscita nella scrivente.

L'immagine appare prontamente comprensibile allo sguardo e di tempestivo impatto emotivo. Facilmente si identifica il messaggio, la motivazione ed il vissuto espresso dall'artista, contemporaneamente si intuisce la TOM adeguata alla sua penetrazione. L'espressione triste e pensierosa dell'Arlecchino contrasta con la tradizione teatrale che la descrive come maschera birichina, nel quadro trasformata in immagine penosa. I lineamenti, delicati ed androgeni, richiamano una sensibilità spiccata e adolescenziale. La testa lievemente reclinata attiva nell'osservatore un movimento simile che esprime l'abbandono dell'orgoglio e della forza. La mano sul mento suggerisce pensierosità e crucci, ed è evocativa di pensieri malinconici. Gli occhi, centrali nella rappresentazione del volto, esprimono sgomento, turbamento, impotenza. L'opera mobilita nello spettatore un insieme di reazioni emotive attivando percezioni e memorie cosce ed inconse, attraverso i processi cerebrali riconducibili ai 5 sistemi neurali indicati dai Frith.

* Psicologa. [scaglione.lidia@gmail.com]

BIBLIOGRAFIA

- ANDREOLI VITTORINO Il linguaggio grafico della follia, BUR Saggi, Milano 2009
BAUDRILLARD JEAN La sparizione dell'arte, ABSCONDISITA SRL, Milano 2012
BERLYNE D. E. Aesthetics and Psychobiology, Appleton-Cen
BONAMI FRANCESCO Il Bonami dell'Arte. Incontri ravvicinati nella giungla contemporanea, Mondadori Electa, Milano 2015
BONAMI FRANCESCO L'arte nel cesso, Mondadori, Milano 2017
BUSSAGLI MARIO Bosch, Artedossier n.21, Giunti 1988
FERRARI STEFANO Nuovi lineamenti di una psicologia dell'arte, CLUEB, Bologna 2012
GINOT EFRAT Neuropsicologia dell'Inconscio, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015
KANDEL ERIC R. L'Età dell'Inconscio, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012
MASSIRONI MANFREDO L'osteria dei dadi truccati, Il Mulino, Bologna 2000
MASTANDREA STEFANO La psicologia della percezione, Idelson-Gnocchi, Napoli 2004
MASTANDREA STEFANO Psicologia dell'arte, Carrocci Editore, Roma 2015
ONNIS LUIGI (a cura di) Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze...Dialogo tra Daniel Stern e Vittorio Gallese, Franco Angeli 2015
RADINI TEDESCHI DANIELE (a cura di) Tiltestetica, Editoriale Giorgio Mondadori, Milano 2014
THOMPSON DONALD Lo squalo da 12 milioni di dollari, Mondadori, Milano 2009

Abstract

The Neurosciences are providing evidence to empirical observations concerning the realization and enjoyment of works of art.

Since ancient times the works of artists have amplified the observers' intuition capacity; today we have come to know about the physiological mechanisms which govern those perceptive experiences and the underlying cognitive processes.

KEYWORDS Neurosciences, work of art, mechanisms, physiology, perceptive experiences, cognitive processes

link **emozioni**

Figli del tempo

MARICETA GANDOLFO



Figli del tempo

Children of Time

MARICETA GANDOLFO*

PAROLE CHIAVE Tempo, ieri oggi domani, realtà ontologica, effimero, eterno

«Che cos'è il tempo?» si chiedeva sant'Agostino; «Se me lo chiedi lo so, ma se mi chiedi di definirlo non lo so più».

La difficoltà di sant'Agostino è quella di tutti noi.

Tutti sappiamo intuitivamente cosa sia il tempo, è una delle prime cose che cogliamo, sembra che sia una conoscenza innata in noi almeno una delle più facili da cogliere, anche senza uno specifico apprendimento, tanto che bambini anche molto piccoli riescono a capire cos'è il "domani" e l'"oggi".

«Oggi non posso portarti alla villa per giocare, ci andremo domani».

Eppure se proviamo a definire cos'è il tempo ci imbattiamo nelle stesse difficoltà di sant'Agostino, la definizione ci sfugge, non sappiamo in quale categoria incasellarlo. Il tempo è una "cosa"? Ha una sua realtà ontologica? E se è una cosa che tipo di cosa è?

È una cosa unica oppure è formato da molteplici parti, per esempio passato, presente, futuro?

E ciascuna di queste parti è una cosa a sé stante oppure esiste solo in relazione alle altre, come il passato prossimo con il passato remoto o il futuro semplice con il futuro anteriore?

Sant'Agostino rispose che il tempo non ha una realtà ontologica, perché ciascuna delle parti di cui è composto non esiste: il *passato* non esiste perché non c'è più, il *futuro* non esiste perché non c'è ancora, il *presente* non esiste perché nel momento stesso che lo percepiamo è già diventato passato.

Dunque il *tempo*, che è la somma di tre non-realtà non può essere a sua volta una realtà come la somma di tre zeri non dà uno, ma dà zero.

Eppure noi lo percepiamo perfettamente e tutti sappiamo che il tempo esiste.

Ecco la difficoltà in cui si era imbattuto sant'Agostino, che giunse alla famosa conclusione:

Il tempo non è una realtà ontologica, ma psicologica, cioè non esiste in sé, esiste solo in noi: il tempo non è una cosa, ma un nostro modo di cogliere le cose, è una "Distensio animae": ciò che chiamiamo *passato* è la nostra memoria, ciò che chiamiamo *futuro* sono le nostre speranze, i nostri progetti e aspettative, ciò che chiamiamo *presente* è la coscienza di ciò che stiamo percependo, ma diventa subito memoria e dunque passato.

Il tempo esiste perché esiste l'uomo con la sua coscienza.

E perché l'uomo ha il senso del tempo?

Poiché noi siamo creature effimere, la nostra esistenza è transitoria, ha avuto un inizio e avrà una fine, noi non partecipiamo dell'idea dell'*essere*, ma del *divenire*.

Hegel definisce il tempo "il divenire intuito" cioè l'intuizione del divenire", che è propria solo di chi ha coscienza della propria dimensione transitoria.

L'essere dell'uomo è un "essere per la morte", dice Heidegger, e il tempo è la sua dimensione più autentica.

Anche il nostro linguaggio quotidiano riflette questo legame fra tempo e divenire: per esempio di fronte ad opere che sembrano immutabili come le piramidi d'Egitto esclamiamo ammirati: <<Sembra che il tempo si sia fermato!>>, oppure, se vogliamo fare un complimento ad un'anziana signora particolarmente ben conservata, le diciamo «Signora, per lei il tempo non esiste!».

Eppure il divenire esiste eccome! e lascia le sue piccole, impercettibili tracce quotidiane su di noi, sul nostro corpo e sulla nostra psiche

La nostra vita è un fiume in cui non ci si può bagnare due volte nella stessa acqua,

Il tempo non è una realtà ontologica, ma psicologica, cioè non esiste in sé, esiste solo in noi: il tempo non è una cosa, ma un nostro modo di cogliere le cose, è una "Distensio animae": ciò che chiamiamo passato è la nostra memoria, ciò che chiamiamo futuro sono le nostre speranze, i nostri progetti e aspettative, ciò che chiamiamo presente è la coscienza di ciò che stiamo percependo, ma diventa subito memoria e dunque passato

come diceva Eraclito, tutto scorre in noi ed intorno a noi, a volte lentissimamente, a volte ad un ritmo così frenetico che ci lascia frastornati.

I filosofi fin dall'inizio hanno colto questa differenza fondamentale fra l'effimero e l'eterno e da ciò sono nati i dualismi, a partire da Platone con la contrapposizione fra mondo della Natura, corruttibile, imperfetto e soggetto al divenire e mondo delle idee, incorruttibili, eterne e quindi perfette, per passare alla filosofia cristiano-medievale con il dualismo fra le creature soggette al divenire e alla morte e il Creatore eterno ed incorruttibile, Colui per cui non esiste il tempo e che, vive un eterno immutabile presente: «io sono colui che sono».

L'uomo è ben consapevole di questa sua precaria ed effimera dimensione e cerca di sfuggirle in tutti i modi, innanzi tutto procreando e facendo figli. L'ateismo moderno, a partire da Feurerbach, ha infatti affermato che non è Dio ad aver creato l'Uomo, ma viceversa, e che tutti gli attributi divini sono in verità attributi umani, che hanno sbagliato oggetto, essendo stati riferiti a Dio invece che alla specie: dunque anche se il singolo uomo è destinato a scomparire, l'Umanità è eterna e la Specie umana sopravviverà sempre, attraverso i discendenti. Dai tempi più antichi gli uomini hanno fatto figli nella speranza e nell'illusione di continuare a vivere nei propri figli e nipoti, sangue del proprio sangue.

Ma questo non basta, infatti noi sopravviviamo finché sopravvive il ricordo di noi in qualche nostro discendente, ricordo che svanisce dopo alcune generazioni! Ecco dunque l'ambizione della gloria, che rimarrà imperitura anche dopo la nostra morte, a parlare ai posteri attraverso le nostre imprese e attraverso le opere che le hanno celebrate: è la versione foscoliana dell'immortalità, l'unica che potesse sopravvivere in un'età intrisa di materialismo e sensismo quale era quella in cui era stato educato il nostro Autore.

«E tu onore di pianti Ettore avrai,
ove fia santo e lacrimato
il sangue per la patria versato
e finché il sole risplenderà sulle sciagure umane».

Noi uomini moderni abbiamo una tale paura del tempo e della morte che preferiamo esorcizzarli e non pensarci e in questo chiediamo aiuto alla scienza e alla tecnologia. La mania di immortalare ogni più banale esperienza della nostra vita e di comunicarla a tutti attraverso i *social* e le decine di *selfie* con cui corrediamo il nostro profilo nasce forse anche dall'illusione che dopo la nostra morte qualcosa resterà che parli di noi ai nostri discendenti, non volendo ammettere la cruda verità, che tutto questo ciarpame verrà buttato nella spazzatura appena chiuderemo gli occhi.

La scienza ci aiuta anche a rimandare la vecchiaia, a darci l'illusione che non invecchieremo e non moriremo mai.

La chirurgia estetica e il Viagra possono funzionare per qualche tempo, ma prima o poi la vera età, che è quella psicologica, riaffiora sotto i travestimenti giovanilistici e una battuta, un riferimento a personaggi e avvenimenti legati ad un'epoca passata, tradiscono il sessantenne che veste i jeans e si illude di poter essere scambiato per il fratello del proprio figlio.

Addirittura la scienza sembra fornirci la pretesa dell'immortalità, con avveniristiche tecniche di ibernazione che dovrebbero surgelarci ai primi sintomi di malattia e vecchiaia, per poi consentirci di risvegliarci nel futuro, magari dopo duecento anni. Ma come potrebbero vivere questi ultracentenari, con chi potrebbero comunicare, forse con i nipoti dei loro pronipoti?

La scienza ha sempre cercato di imbrigliare il tempo, costruendo oggetti e strumenti per oggettivizzarlo, come clessidre, orologi, cronometri e introducendo la quarta dimensione temporale negli esperimenti di fisica. Tuttavia, già alla fine dell'età del positivismo Bergson ammoniva che così si rischiava di snaturare la vera natura del tempo che non è fisica, ma psicologica,

Bergson infatti distingueva fra il tempo della scienza, che è un tempo "spazializzato", paragonabile ad una linea retta, o meglio ad una semiretta, che può essere diviso in segmenti come secoli, anni, giorni, etc. e che va sempre in avanti verso il futuro, lasciandosi il passato alle spalle, contrapposto al tempo dell'anima, che è paragonabile ad un gomitolo in cui passato, presente e futuro si intrecciano avvolgendosi su se stessi, ed è "durata" perché il passato si conserva nella memoria e "dura", influenzando il presente e il futuro, che a loro volta si influenzano a vicenda

e possono addirittura modificare il passato. Quante volte ci sarà capitato di ripensare ad un episodio passato e di reinterpretarlo in modo del tutto differente alla luce delle esperienze presenti?

In fondo tutta la tecnica psicanalitica non mira a questo, cioè a riportare il passato e ad interpretarlo alla luce della consapevolezza del presente?

La teoria bergsoniana del tempo ha influenzato profondamente, insieme alla psicoanalisi, i romanzieri del Novecento, da Proust a Huysmans, a Svevo, a Pirandello, dando vita, dopo il romanzo "filosofico" del Settecento e quello "storico" e "sociologico" dell'Ottocento, al romanzo "psicologico" degli ultimi due secoli.

Il tempo nel romanzo novecentesco non è quello cronologico, che segue lo svolgersi degli avvenimenti dall'inizio alla fine, dalla nascita alla morte dei personaggi o dalle cause degli eventi ai loro effetti, ma è il tempo psicologico, il tempo della coscienza: Svevo non intitola il suo capolavoro "La vita di Zeno", ma "La coscienza di Zeno" e non suddivide il romanzo in capitoli ordinati in senso cronologico, ma in "blocchi tematici", come si presentano alla coscienza del protagonista, indipendentemente dall'ordine cronologico tradizionale.

L'ovvia conclusione a cui voglio giungere è che noi umani siamo figli del tempo, anche se cerchiamo di negarlo e di vivere nell'illusione di un eterno presente, allontanando il pensiero dell'inevitabile fine e cercando di relegarlo in fondo a tutti gli altri pensieri ed impegni quotidiani.

Ma il sentimento del tempo, che se ne sta quatto quatto e silenzioso in fondo alla coscienza dei giovani, si prende la sua rivincita quando cominciamo ad invecchiare ed occupa tutto lo spazio, o almeno buona parte dello spazio della nostra mente. Ed allora ci accorgiamo con spavento che il tempo che avevamo a disposizione sembra essere volato e che l'abbiamo in massima parte sprecato in occupazioni inutili e vane. Consiglio vivamente di prenderci il tempo di riandare indietro con la memoria e scrivere la storia della nostra vita: potrebbe capitarci di scoprire che abbiamo fatto molte più cose di quante ne ricordavamo, che alcune di queste cose non sono state del tutto sciocche e inconcludenti e che la nostra modesta storia acquista più senso se viene inserita nella Storia più vasta del nostro Paese e addirittura dell'umanità. Fidatevi della parola di chi ha dedicato il tempo che le rimane a scrivere un libro di memorie!

* Docente di Lettere al Liceo Classico. [maricetagandolfo1950@gmail.com]

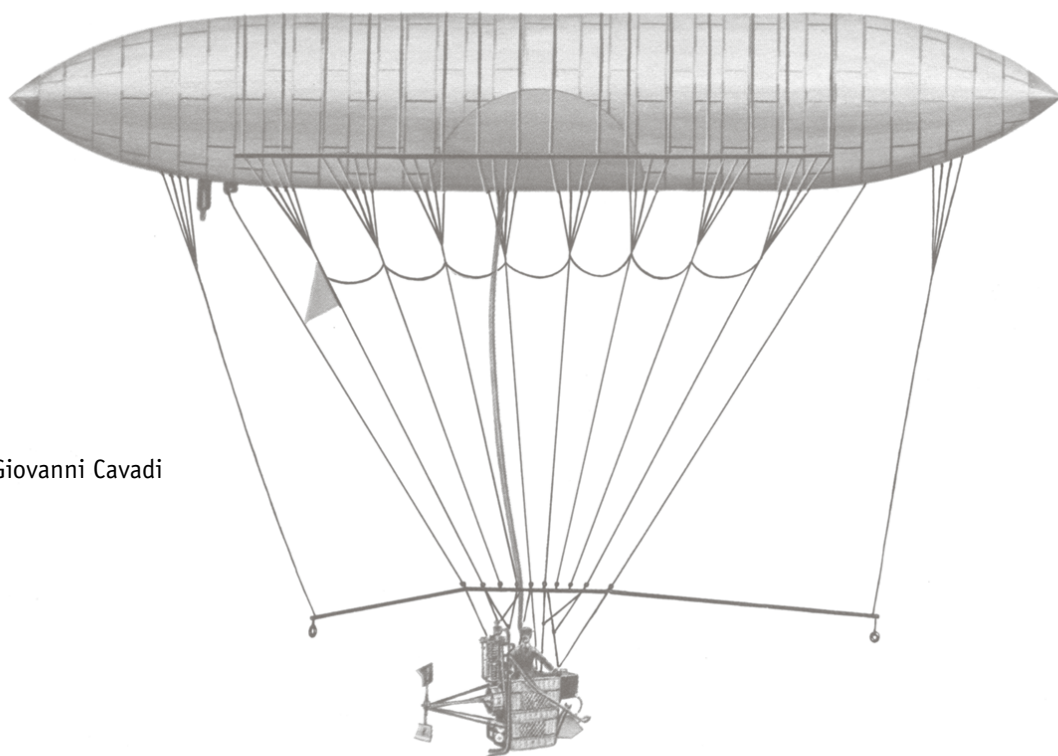


Abstract

What is time? Is it something we can define as a real object? St Augustine said that time is the sum of three dimensions which are not real: the past is made up of our memories, the future is what we desire and/or expect, and the present becomes past as soon as we perceive it. Is it then rather a psychological category? How do humans deal with it?

KEYWORDS Time, yesterday today tomorrow, ontological reality, ephemeral, eternal

A cura di Giovanni Cavadi



Luigi Dotti & Giovanna Peli. *Storie che curano. Lo psicodramma pubblico.* Prefazione di Monica Zuretti. 2011, pp. 172, Franco Angeli, Milano, euro 22,00.

Questo libro è la sintesi dell'esperienza di dieci anni di rassegne di psicodramma pubblico continuativo, in cui si intrecciano elementi teorici, tecnici ed esperienziali ed è rivolto sia ai professionisti delle relazioni umane che alle persone comuni che hanno conosciuto lo psicodramma. Il libro descrive le caratteristiche e le funzioni dello psicodramma pubblico, ossia lo psicodramma come strumento di lavoro di comunità, oltre l'utilizzo esclusivo di strumento clinico, in cui si intrecciano gli stessi aspetti dal punto di vista dei partecipanti, mostrando, con disegni che le illustrano, le loro voci e le loro storie. Una bibliografia specifica e i siti web completano l'opera (G.C.)

Antonio Imbasciati e Chiara Buizza. *L'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di una emozione negata.* Liguori Editore, Napoli, 2011, pp. 415, euro 29,90.

Questo libro è un trattato molto articolato in 16 capitoli sulla sessualità da un punto di vista strettamente psicologico. Rispetto ad altri libri che trattano della sessualità in una prospettiva prettamente medico-fisiologica, il volume che presentiamo vuole superare il modello meccanicistico per ricondurre il fenomeno alla sua matrice psicologica e neuropsicofisiologica. Secondo gli Autori, in una ottica chiaramente psicodinamica, la sessualità non dà solo emozioni, ma è "essa stessa una emozione, neurale, con più visibili effetti somatici". Data la vastità e complessità dell'argomento hanno contribuito al volume ben 11 specialisti, prevalentemente

di formazione psicologica, sotto l'abile regia di Chiara Buizza e Antonio Imbasciati, che sviluppano le varie facce del tema della sessualità sia in chiave normale che patologica e nel corso dello sviluppo del ciclo di vita degli individui, anche nelle varie culture. Partendo dalle conoscenze neuropsicofisiologiche attuali, la sessualità, ci ricordano gli Autori, è regolata da come il cervello di un individuo "ha cominciato a funzionare nelle relazioni dei primi suoi anni di vita con gli adulti che si occupano di lui"; essa è pertanto "un'organizzazione neurale individuale, acquisita in modo difficilmente modificabile". Ognuno dei 16 capitoli è corredato da una specifica bibliografia e al termine del libro c'è un interessante ed utile indice concettuale ragionato che offre al lettore uno strumento per una migliore comprensione dei termini e dei concetti, con una finalità didattica, molto

rara nella pubblicistica in lingua italiana, "per una rapida rimemorizzazione di quanto già letto nel testo". (G.C.).

Luigi Ferrari. *L'ascesa dell'individualismo economico*. Saggio introduttivo di Giorgio Galli. Postfazione di Edoardo Lozza e A. Claudio Bosio. Vicolo del Pavone, Tortona (AL), seconda edizione, 2016, pp.974, euro 36,00.

Questo libro, giunto alla sua seconda edizione, tratta dell'individualismo come di una storica "immane, lunga, dolorosa distruzione di relazioni" pubbliche e private che, negli ultimi anni "ha assunto ritmi convulsi e accelerati". Rispetto alla prima edizione, che abbiamo recensito su AUPI Notizie, è arricchito da un nuovo capitolo, il 16°, e numerosi paragrafi e appendici tutte nuove. L'Autore è uno psicologo e psicoterapeuta, docente ordinario di Psicologia economica e del lavoro e di Psicologia delle condotte finanziarie presso l'Università di Milano-Bicocca. La quasi totalità del volume è incentrata sulla caduta contemporanea della socialità, sull'isolamento e l'atomismo sociali, osservati e analizzati in contesti diversi e da discipline diverse: la psicologia del lavoro e delle organizzazioni, la sociologia, la psicologia sociale, l'economia e la filosofia, il tutto contestualizzato nella cornice dello sviluppo storico degli ultimi 500 anni. Secondo l'Autore, l'individualismo economico ha mostrato la sua centralità psicologica e sociale a partire dagli inizi dell'800, ma si è imposto nelle scienze umane contemporanee a partire da uno studio del 1980 sull'individualismo

e sul collettivismo nelle organizzazioni condotto dall'IBM Europa. Una parte consistente del volume è dedicata alle dieci caratteristiche psicologiche basilari che differenziano l'individualismo economico da tutte le svariate forme di individualismo succedutesi nella storia. Le elenchiamo: l'ostilità sociale endemica, la tolleranza, la fine della vergogna di ceto/casta, la fine dei vincoli di onore, il primato dell'interesse individuale, l'onnipotenza operosa, la pulsione alla crescita economica, l'identità del sé centrata sulla proprietà, la frammentazione dell'Io, le singolarità e particolarità locali non generalizzabili. L'ultimo capitolo è dedicato ad "uno degli indizi, se non delle prove" della recente caduta della socialità che l'Autore chiama "riduzione del capitale sociale" nelle forme del: disinteresse per la politica, ridotta partecipazione civica, ridotta assiduità religiosa, minori relazioni e calo della sindacalizzazione nei luoghi di lavoro, rarefazione delle relazioni sociali informali, rituali di evitamento interpersonali, calo di altruismo, volontariato e filantropia, crescita della sfiducia e di altre forme di chiusura alla relazione. Una bibliografia di 2151 (duemilacentocinquantuno) titoli completa la complessità del volume. (G.C.).

Società Italiana di Psico-Oncologia. *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*. Introduzione alla seconda edizione di Luigi Grassi, 2012, pp. 56, CIC Edizioni Internazionali, Roma, s.i.d.p.

È un documento che si caratterizza come elaborazione e sintesi di alcuni concetti chiave

quale strumento di base per un prossimo sviluppo di linee-guida italiane. Interessante l'appendice sulla formazione dedicata agli assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri, medici, volontari, psichiatri e agli psicologi. Una specifica bibliografia corredo il volumetto (G.C.)

Alessia Nastri. *"Trafficcando" un progetto di Psicologia del traffico*. 2013, pp.80, Logos Edizioni, Padova, euro 10,00.

Il volume presenta un progetto psico-educativo relativo alla sicurezza stradale rivolto a studenti, docenti ed educatori. Il progetto è diretto ad educare a comportamenti stradali corretti e rispettosi della vita propria ed altrui e da svolgersi in ambito scolastico. Il volumetto è corredato da una articolata bibliografia (G.C.)

Piermarco Lucchini, Alice Bislenghi & Francesco Ziliani. *L'ornitorinco sulla scrivania. Elogio dell'errore in azienda*. Prefazione di don Antonio Mazzi. 2014, pp.152, Edizioni ESTE, Milano, euro 13,00.

L'ornitorinco è un mammifero semiacquatico che vive nelle regioni umide della costa orientale dell'Australia e della Tasmania. Il libro, prendendo a prestito la storia personale (Lucchini) e quella dell'ornitorinco, tratta della moltitudine di errori che colpiscono le aziende, per cui il compito del buon manager è quello di individuare gli "errori buoni" cioè quelli che a partire dalle premesse e fino all'esito finale dell'azione il soggetto gestisce con un livello di controllo elevato: «Essi vanno valorizzati perché in fin dei conti sbagliando si impara». (G.C.).



Tiziana Iaquina, Anna Salvo
Generazione TVB. Gli adolescenti digitali, l'amore e il sesso.

Casa Editrice il Mulino, Bologna, 2017,
 pp. 168, euro 15,00 (www.mulino.it)

L'obiettivo di questo volume è fermare lo sguardo su una generazione di adolescenti che vive attorno a noi: i cosiddetti nativi digitali. Il "filo rosso" che anima e attraversa l'intero testo è costituito dall'attenzione privilegiata rivolta alla sfera degli affetti. Indagare e porre domande circa l'assetto dell'affettività degli adolescenti viene ritenuta cosa urgente e, in qualche modo, utile. Urgente perché si è consapevoli della straordinaria capacità degli adolescenti nell'approccio alle nuove tecnologie e all'uso pervasivo di questi strumenti. Utile perché soffermarsi sulla sfera degli affetti possa dare agli adulti qualche spunto di riflessione sul mondo adolescenziale. I lettori troveranno un testo costellato da interrogativi, da questioni e domande per lo più lasciate aperte: quando le domande riguardano e toccano il mondo degli affetti, non è possibile dare risposte certe e immediate. Porre domande sull'orizzonte affettivo degli adolescenti significa cercare di andar loro più vicino, andare oltre la soglia della visibilità per chiedersi cosa si celi nel loro mondo interno.

Ciascuna delle autrici, Tiziana Iaquina (pedagogista) e Anna Salvo (psicoterapeuta), ha curato

differenti capitoli secondo le proprie competenze, entrambe consapevoli di quanto la pedagogia e la psicanalisi possano fornire approcci differenti e come in questa differenza vi sia la ricchezza per "costruire ponti" tra sguardi disciplinari diversi.

Nel primo capitolo si dà un'attenzione privilegiata a quanto avviene nel mondo interno dell'adolescente e da lì riverbera nelle relazioni, negli stati d'animo e nei comportamenti. I passaggi e i tumulti che toccano ogni adolescente non riguardano, infatti, solo i mutamenti visibili, ma anche l'assetto psichico. Varie sono le stazioni incrociate nel passaggio che porta dall'infanzia all'età adulta.

Nel secondo capitolo viene delineato un breve tracciato storico dei comportamenti che hanno caratterizzato gli adolescenti e la loro relazione con gli adulti nel corso dei secoli, per meglio mettere a fuoco i comportamenti tipici degli adolescenti di oggi. Si parla quindi delle trasformazioni del corpo, delle relazioni con la coppia genitoriale, dell'ingresso nel gruppo dei pari. E ancora di quello che è il tema centrale della vita affettiva di questi ragazzi: l'innamoramento e l'amore.

Il terzo capitolo tocca il tema forse più pregnante relativo agli adolescenti di oggi: l'uso e il legame con i nuovi strumenti di comunicazione. Vengono trattate alcune questioni relative in modo particolare alla sfera affettiva: in che modo l'essere costantemente connessi alla Rete interagisce con alcuni bisogni del mondo interno?

Nel quarto capitolo viene affrontata la vicenda della sessualità, per come essa si esprime e prende corpo nei nativi digitali. Non si parla solo di comportamenti sessuali, ma anche di affettività e di legami affettivi: in che modo i nativi digitali intrecciano o scindono gli affetti dalla sessualità?

Nel quinto ed ultimo capitolo è possibile immaginare una sorta di itinerario in quattro tappe (interrogarsi, riconoscersi fragili, alfabetizzazione emotiva ed educazione sentimentale, educare alla sessualità), tappe che rappresentano gli elementi di maggiore criticità nella relazione adulti - adolescenti. Rappresenta un invito a "fermare lo sguardo", a "perdere tempo" con l'adolescente per recuperare e non sciupare occasioni di crescita. Crescita necessaria non solo ai nativi digitali, ma agli stessi adulti che con essi si relazionano e a cui appartiene - vale la pena ricordarlo - la responsabilità della cura e dell'impegno educativo. (Erica Segat, psicologa [erica.segat@gmail.com])

AA.VV., a cura di Marinella Malacrea*
Curare i bambini abusati
Raffaello Cortina Editore,
pp. 486, euro 27,20

L'abuso sessuale ai bambini fa male, molto male, e a lungo. È un male specifico, pieno di sfaccettature che non ci sono in altre esperienze sfavorevoli infantili. Dice James Rhodes (2016) che l'abuso sessuale è l'Everest dei traumi: il bambino dolente è dentro l'adulto che non ha smesso di portarne i segni.

Curare si deve e si può, ma si tratta di una strada difficile, a più fasi, con tanti possibili incroci con fattori altri che tuttavia sono determinanti sull'esito.

Questo libro vuole dare voce alle community che, sia pure in modo imperfetto e non definitivo, non cessano di cercare e di sperimentare strumenti per riparare i danni: quella mondiale, presente nella prima parte di rassegna bibliografica aggiornata; quella italiana, che si riconosce nel CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), nella seconda parte, in cui i terapeuti aprono virtualmente le proprie stanze di terapia.

La rassegna contenuta nell'Introduzione, apre a una visita estesa e ragionata della letteratura scientifica sul tema della terapia nell'abuso sessuale all'infanzia. Prende in considerazione libri e articoli in un arco temporale che va dal 2010 al 2016. Apre anche alle linee guida, consolidate nel tempo, per il trattamento degli adulti che sono stati vittime nell'infanzia, da cui molto spesso sono mutate le tecniche e i modelli applicati ai bambini. Non manca inoltre di fare un utile raccordo con quanto presente sull'argomento nella letteratura precedente.

All'Introduzione seguono tredici capitoli, a firme diverse, ciascuno dei quali declina nel dettaglio un singolo caso clinico esemplificativo, attraverso il quale gli autori mostrano al lettore il metodo diagnostico e terapeutico adottati, nelle sue specificità, tecniche e strumenti. Soprattutto disegnano il ragionamento clinico che li ha guidati a scegliere dalla propria 'cassetta degli attrezzi' questo o quel formato nei vari momenti della terapia. Puntualmente vengono messi in luce anche difficoltà, ostacoli incontrati, errori compiuti, interazioni determinanti con altri sistemi istituzionali e familiari, reazioni controtransferali. Colpisce e conforta il fatto che, pur trattandosi di professionisti con diversa formazione di base (psicoanalitica, sistemica, cognitivista), l'attenzione sviluppata nel tempo al trauma e alle sue conseguenze porti a scelte cliniche sovrapponibili in molti aspetti cruciali. Tutti hanno dovuto ampliare le conoscenze acquisite con la formazione di base con altre specificamente dirette alla valutazione e al trattamento del trauma. L'EMDR è per quasi tutti i coautori (molti sono già supervisori EMDR) uno strumento indispensabile, che informa la cura fin dalle fasi di concettualizzazione e progettazione.

I primi sei capitoli mettono a fuoco diverse sfaccettature del trauma quando si origina nel terreno familiare e più duro è il colpo inferto ai processi di attaccamento. I successivi cinque capitoli affrontano gli abusi in cui il perpetratore è esterno alla famiglia: confermando tuttavia quanto questi 'esterni' riescano ad essere in realtà drammaticamente prossimi al bambino. Il penultimo capitolo riguarda le situazioni in cui la terapia avviene a distanza dall'ambito spazio/temporale in cui il trauma è avvenuto, come nelle adozioni, continuando a minacciare la possibilità di attaccamento buono nella nuova famiglia. Nell'ultimo capitolo è rappresentata la rara possibilità, per il terapeuta, di accogliere la domanda di terapia di adolescenti, già da lui curati da piccoli, che vivono nel corpo e nelle emozioni la riattivazione di quanto, con le risorse che avevano nell'infanzia, non hanno potuto compiutamente elaborare. In alcuni capitoli abusanti e vittime hanno percorsi paralleli di trattamento con interessanti incroci.

Ne risulta un viaggio appassionante e sincero in cui si alternano solido 'saper fare' e piccoli miracoli, senza nascondere ostacoli, errori, fallimenti e risonanze personali. Un valido aiuto al reciproco riconoscimento, alla coesione e al mutuo sostegno tra terapeuti che si misurano con il difficile compito di portare rimedio alle ferite dell'abuso sessuale infantile; prezioso anche per chi di quelle drammatiche vicende è stato protagonista e vuole oggi capire di più. (E. S.)

* [marinella.malacrea@gmail.com]



江戸

江戸



Hiroshige: visioni dal Giappone

ROSA DE ROSA*

PAROLE CHIAVE Arte, mostra, Giappone, dipinti, uomini e donne, luoghi, stagioni, atmosfere

«L'arte non riproduce ciò che
è visibile ma rende visibile ciò che non
sempre lo è» [Paul Klee]

Le celebrazioni del centocinquantenario dei rapporti bilaterali Italia-Giappone¹, iniziate con la grande mostra di Milano a Palazzo Reale: "Hokusai, Hiroshige, Utamaro (settembre 2016 gennaio 2017)², si sono concluse con la mostra monografica *Hiroshige, Visioni dal Giappone* a Roma, alle Scuderie del Quirinale (dal 1 marzo al 29 luglio 2018)³. Anche la città di Bologna ha reso omaggio al Giappone, con un'altra mostra *Giappone. Storie d'Amore e Guerra* (Palazzo Albergati, dal 24 marzo al 9 settembre 2018). La mostra delle Scuderie del Quirinale, con una selezione di circa 230 opere, tra silografie policrome e dipinti su rotolo, divisa in sette percorsi tematici, ha, in modo più ampio ed esaustivo, fatto conoscere l'attività artistica e culturale di Utagawa Hiroshige (Edo 1797/1858), uno dei più importanti artisti del *ukiyo-e*⁴, le "immagini del mondo fluttuante", che raccontano i piaceri effimeri e fuggevoli della vita terrena con i quali si divertiva, tra Seicento e Ottocento, la nuova borghesia di Edo, l'antica Tokyo. Le stampe del mondo fluttuante rappresentano un particolare momento della società giapponese in evoluzione e sono fondamentali per lo sviluppo del lavoro di Hiroshige, interprete versatile della bellezza del Giappone antico e della grandezza della società del suo tempo. La serie delle *Cinquantatré stazioni di posta* del "Tokaido", l'antica via costiera che congiungeva Edo con Kyoto, realizzata tra il 1833/34 – tutte presenti in mostra – narrano della relazione complessa tra le due città: Edo (l'odierna Tokyo), centro del potere politico e Kyoto importante centro culturale, religioso, ed economico⁵. Le silografie mostrano in modo esemplare i luoghi noti per il ristoro e il pernottamento lungo il percorso ma soprattutto costituiscono una narrazione della società del tempo: viandanti-viaggiatori, cercatori di paesaggi, etnologi, pellegrini che si recavano ai santuari o al Sacro monte Fuji,



1. Utagawa Hiroshige, Hara, il Fuji di mattina (stazione 14). Serie: Cinquantatré stazioni di posta del Tokaido, 1833-34, Museum of Fine Arts, Boston.



uomini in viaggio per affari commerciali o politici. Attraversano ponti, strade, paesi e si ristorano lungo il percorso, come si può ad esempio vedere nell'illustrazione "La bancarella da tè" (stazione 28). Uomo, natura e ambiente non idealizzati ma vivi e veri, dato che l'artista stesso percorse una parte del viaggio prima di realizzare le stampe⁶ incantandosi per l'incredibile varietà e mutevolezza delle forme dei colori. La simbiosi tra natura e umanità è armonica. C'è un misterioso equilibrio tra le cose che generano emozione e dona l'illusione di poter "governare" la natura e "abitare" il paesaggio in modo totale. Luoghi familiari dove "un chiaro e profondo silenzio si alza dalla valle sopra la montagna fino al cielo (foto 1.). Il monte Fuji, la più venerata montagna del Giappone, domina laghi meravigliosi, foreste incantate e tortuosi sentieri, e quando è ammantato di neve, dal tardo autunno alla primavera, il suo cono vulcanico diventa mito. L'uomo e l'ambiente sono al centro anche dell'altra coinvolgente sezione, quella dedicata alle "Vedute della capitale orientale" in mostra sia la prima serie (dieci fogli "Luoghi celebri della capitale Orientale", stampati tra il 1831/32, quasi contemporaneamente alla pubblicazione, tra il 1830 e il 1832, delle famose "Trentasei vedute del monte Fuji di Hokusai"), sia la serie (le "Cento vedute di luoghi celebri di Edo", pubblicate dal febbraio del 1856 fino all'ottobre del

2. Utagawa Hiroshige, *Kameido, il giardino dei susini*. Serie: Cento vedute di luoghi celebri di Edo, 1857, undicesimo mese, Museum of Fine Arts, Boston.



1858, poco dopo la morte di Hiroshige e collocate in mostra nell'ultima sala, quasi a ricordare che l'artista morì interrompendo il progetto).

Le Cento vedute, non numerate, sono divise per stagioni: quarantadue in primavera, trenta in estate, ventisei in autunno, venti in inverno. La stampa in formato verticale "Kameido, Il giardino dei ciliegi" (foto 2.), illustra in modo magistrale la capacità dell'immagine di influenzare lo stato psicologico dell'osservatore: l'atmosfera è straordinariamente calma: in primo piano un'inquadratura ravvicinata esprime la maestosità dell'albero-natura che riempie la scena; dietro, sullo sfondo, di dimensioni ridotte, il parco-giardino abitato.

Altra sezione, tra le più ammirate, è la terza, quella che espone le silografie policrome di fiori, insetti, uccelli e pesci, un tema caro alla tradizione iconografica giapponese. Le composizioni, in formato verticale molto stretto, sono integrate con versi poetici calligrafati come fili d'erba sottili (foto 3.). L'arte di Hiroshige è dunque soprattutto l'invenzione di un linguaggio capace di veicolare la ricerca di armonia con la natura, un punto di vista che continua a influenzare profondamente le culture occidentali.



NOTE

1. Il 25 agosto del 1886 fu firmato il primo trattato di Amicizia e di Commercio tra Giappone e Italia, un importante atto formale che sanciva una collaborazione per il presente e il futuro con un popolo solo "geograficamente lontano": così scrive Giuseppe Sala, sindaco di Milano nell'introduzione al catalogo della mostra di Milano e ancora; "la cultura e in particolare l'arte sono la linfa di un rapporto di eccezionale vitalità. Le affinità, sotto le forme diverse dei linguaggi sono profonde".

2. La mostra "Hokusai, Hiroshige e Utamaro. Luoghi e volti del Giappone", a cura di Rossella Menegazzo, Catalogo Skira. Più di 200 opere che hanno affascinato un grande pubblico di visitatori interessati a conoscere le opere dei tre grandi protagonisti dell'arte Giapponese dell'Ottocento. Attraverso un percorso di oltre 200 opere, provenienti dalla Honolulu Museum of Art Collezione, una delle collezioni di Arte giapponese più importanti, è stato possibile ammirare e conoscere quel meraviglioso mondo giapponese fatto di luoghi, ambientazioni cittadine, paesaggi, scorci naturalistici e raffinate figure femminili che hanno conquistato l'Occidente.

3. La mostra curata da Rossella Menegazzo con Sarah E. Thompson è una produzione di Ales S.P.A Lavoro e Servizi e Mondo Mostre Skira, con la collaborazione del Museum of Fine Arts di Boston e il Patrocinio dell'Agenzia per gli Affari Culturali del Giappone e dell'ambasciata del Giappone in Italia.

4. Il termine "ukiyo-e" (immagini del mondo fluttuante) deriva da una metafora buddhista per indicare la sfera effimera dei piaceri terreni. I soggetti scelti dagli artisti per realizzare le loro silografie erano personaggi e scene del vivere e il mondo dei quartieri del piacere a Edo (l'attuale Tokyo), Kyoto e Osaka. I colori vivaci, le innovazioni compositive e le linee fluide dell'ukiyo-e suscitarono grande interesse in Occidente dando vita ad una moda detta "Japonisme" furono soprattutto i grandi artisti francesi, impressionisti e postimpressionisti Manet, Degas, Toulouse-Lautrec e Van Gogh a subirne il fascino. Van Gogh riprodusse ad olio due famose opere di Hiroshige, "L'albero" del 1886/87 e il famoso "Ponte sotto la pioggia" del 1887.

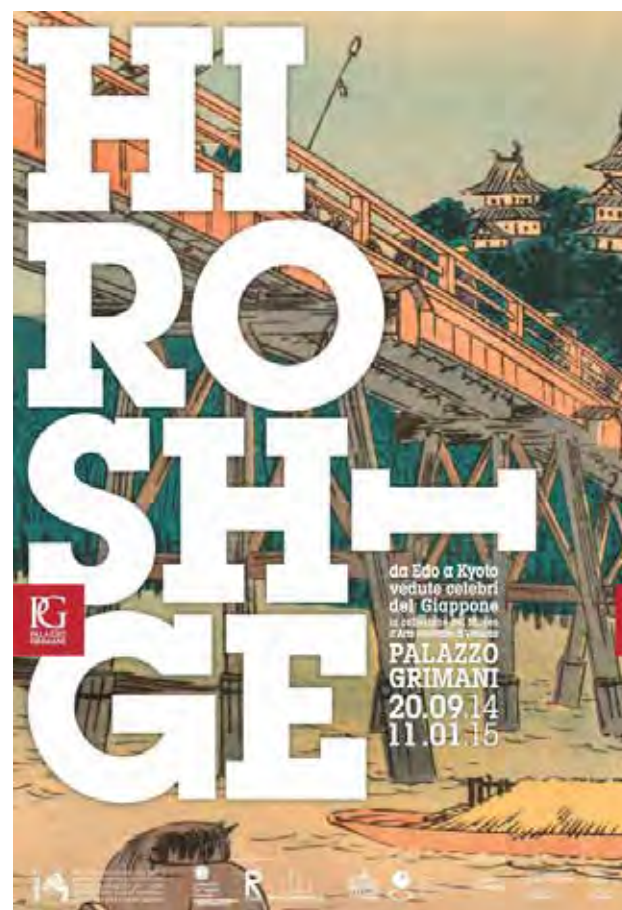
5. Un classico itinerario giapponese è, senza dubbio, ancora oggi, il percorso Tokyo-Kyoto. I viaggiatori che visitano il Giappone per la prima volta, scelgono questo percorso per farsi un'idea del Giappone moderno, Tokyo con i suoi grattacieli, ed esplorare i luoghi storici e tradizionali di Kyoto con i suoi famosi templi. 6- Nel 1832 Hiroshige seguì, per una parte del tragitto da Edo a Kyoto, lungo la via del Tokaido, la delegazione che inviava i cavalli sacri in dono all'imperatore. In quell'occasione realizzò degli schizzi e, ispirandosi a questi e alle illustrazioni delle guide di viaggio in uso, in quel periodo, produsse la prima serie delle "cinquantatré stazioni di posta", quella certamente più famosa. La serie di stampe ebbe uno straordinario successo che venne più volte, negli anni successivi, anche in nuove edizioni, ristampata, anche con nuovi editori.

3. Utagawa
Hiroshige, *Pavone
e Peonie*, 1830-
1835 circa,
Museum of Fine
Arts, Boston.

* Docente del Dipartimento Arti Visive dell'Accademia di Belle Arti Aldo Galli di Como.
[rosacom33@gmail.com]

KEYWORDS Art, exhibition, Japan, paintings, men and women, places, seasons, atmospheres

LINK *art*



Locandine delle
mostre dedicate
alle visioni
del Giappone
presentate a
Roma, Bologna,
Milano, Venezia.

link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

