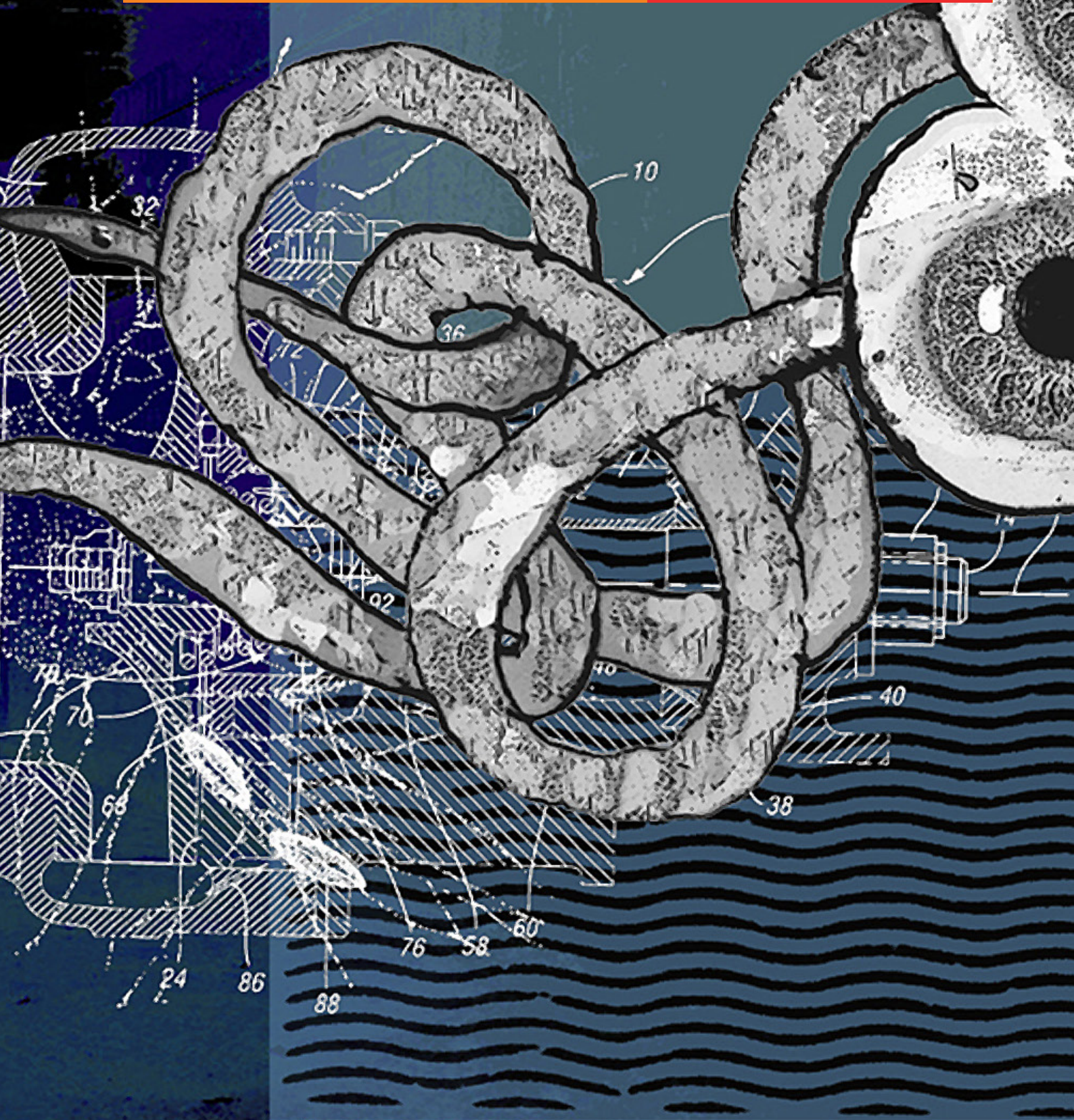


link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ GENNAIO - DICEMBRE 2024



SOMMARIO

Edit

5 VITO TUMMINO

Focus

9 Credere nel futuro: ricerche psicologiche sulla 'speranza'
SANTO DI NUOVO, PAOLA MAGNANO

Strumenti

17 Il disagio giovanile: il caso studio del Centro Diurno di Lecco (CDP).
Buona pratica e nuove prospettive post pandemia

Esperienze

28 Il contributo degli psicologi di EMDR Europa in uno scenario di guerra
ISABEL FERNANDEZ, EUGENIO GALLINA

Ricerche

33 Progetto di presa in carico multidisciplinare in ambito ospedaliero dei
piccoli pazienti con Sindrome di Amplificazione del Dolore:
la separazione tra fatti e vissuti
BRIGITTE DELL'ANNA

Riflessioni

39 La voce del sangue. Senso e mistero del legame di sangue
MARISA D'ARRIGO
45 La guerra in Europa: effetti e reazioni psicologiche
ARISTIDE SAGGINO

Una storia clinica

53 Dissociazione nell'età evolutiva e contaminazione intergenerazionale.
Approfondimento clinico nella processualità interpersonale
madre-bambino
MARIANNINA AMATO

Società

58 Riflessioni sul ruolo della psicologia nell'ambito dell'emergenza
ambientale.
PAOLO DI BIAGIO

Emozioni

72 Occhi di natura
HANNA FRIDRIKSDOTTIR

Recensioni

76

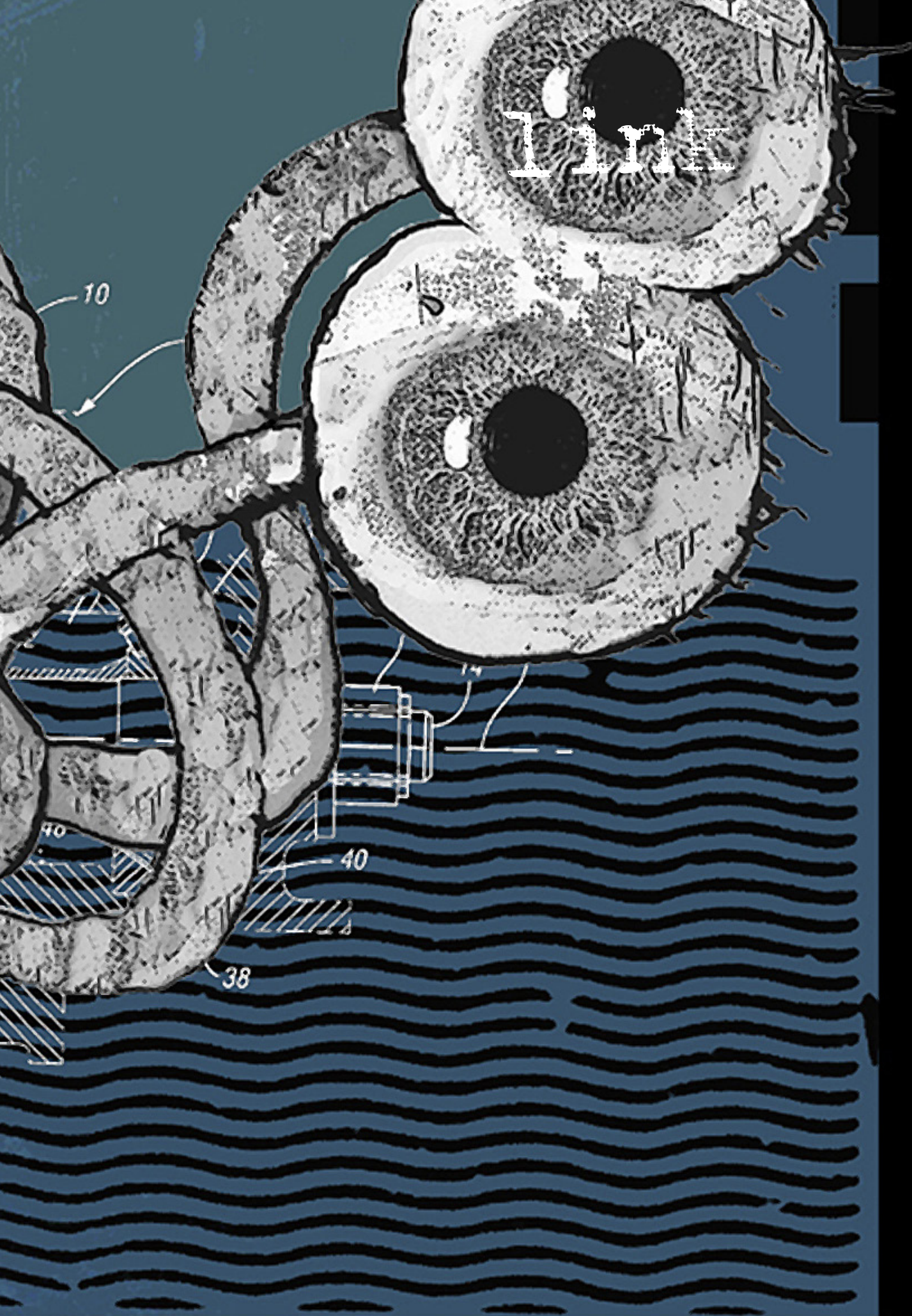
Convegni/ Congressi

78

Link art

81 Il sogno interrotto
della scultura. Camille Claudel: l'artista "dimenticata" in manicomio
ROSA DE ROSA

link



Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente
Federazione Società Scientifiche
di Psicologia, FISP), Caterina
Cannizzaro, Giovanna Colombo,
Eleonora Riva, Sara Scacchetti,
Erica Segat, Antonella Valeria

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso, Anna Costantini,
Isabel Fernandez, Mara Donatella
Fiaschi, David Lazzari, Antonio
Loiacono, Francesco Macri
(Segretario nazionale della
FISM, Federazione Italiana delle
Società Medico-Scientifiche),
Lorraine Mangione (Department
of Psychology Antioch
University, New England, USA),
Fabio Monticelli, 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/ disegni
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

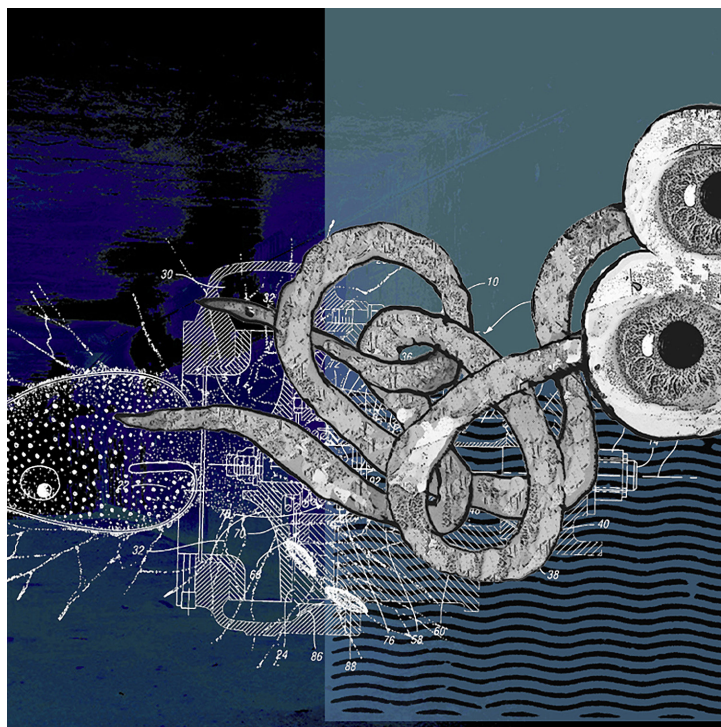
Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

ISSN 2611-6758

Editore: Associazione Unitaria
Psicologi Italiani A.U.P.I. Link
rivista scientifica di psicologia
- n. 1/ gennaio-dicembre 2024 –
Annuale.

Redazione e sede legale:
Roma, via Arenula 16,
Tel. 06.6873819 – Fax
06.68803822.

Service provider: Aruba S.P.A.
Ponte San Pietro (Bergamo).
Registrazione del Tribunale di
Roma n. 64 del 17/4/2023.
Direttore Responsabile: Mario
Sellini



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/ GENNAIO - DICEMBRE 2024

NORME PER GLI AUTORI

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

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.

Secondo i dati dell'Oms quasi 1 miliardo di persone nel mondo soffrono di almeno un disturbo mentale (una persona su dieci a livello globale). Si stima, inoltre, che la pandemia abbia incrementato di oltre il 25% i disturbi.

È tempo che la cura psicologica sia messa a disposizione dei cittadini: gli psicologi possono svolgere un ruolo più incisivo nell'indicare la strada verso una società più sana e più giusta. Be

Assistiamo alla diffusione di una disinformazione pervasiva e le prossime elezioni europee sollecitano la comunità degli psicologi al dovere fondamentale di impegnarsi, utilizzando gli strumenti della scienza psicologica per contrastare le falsità e l'implementazione di linguaggi discriminatori e violenti che minano profondamente i principi solidaristici dell'Unione Europea contenuti nella Carta Sociale Europea (Strasburgo, 3 Maggio 1996). Il Trattato di Amsterdam del 2 ottobre 1997, Titolo XIII - Sanità pubblica, all'Articolo 168 (ex 152) afferma:

[...] L'azione della Comunità si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. [...] La Comunità completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione.

[...] La Comunità e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i Paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.

Il Consiglio d'Europa stabilisce (1996) i seguenti obiettivi:

- a) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati; tali misure non ostante a che gli Stati membri mantengano o introducano misure protettive più rigorose;
- b) in deroga all'articolo 43, misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica;
- c) misure di incentivazione destinate a proteggere e a migliorare la salute umana, **ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.**

Queste affermazioni del Consiglio d'Europa sembrano migliorare i principi relativi alla tutela della salute – **di riservato dominio degli Stati membri** – come enunciati marginalmente nel Trattato di Roma del 25 marzo 1957. In realtà non ci si adopera per armonizzare gli obiettivi e gli standard di tutela e cura della salute all'interno dell'Unione.

Pertanto scegliamo quei candidati che vogliono impegnarsi affinché l'Unione europea assuma un ruolo più incisivo per una Sanità Pubblica Europea, e che possa ridurre le disparità tuttora persistenti. All'Italia servono almeno +1,9 miliardi e +47% di operatori della salute mentale: l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale, destinandovi circa il 3,4% della spesa sanitaria complessiva, mentre i principali Paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%.

In Italia la Salute Mentale è sottofinanziata: il budget previsto dalla legge è pari al 5% del Fondo sanitario Nazionale, mentre il finanziamento per la Salute Psicologica, a differenza di altre nazioni europee, è assolutamente irrisorio.

La comunità degli psicologi, constatato il livello considerevole di disagio psicosociale e l'aumentato bisogno di cura, ritiene necessario richiedere un finanziamento adeguato. Gli psicologi, il cui contributo è essenziale per favorire l'eguaglianza e l'approccio etico nella progettazione dell'IAG, stanno guidando lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale Generativa: le prospettive di lavoro degli psicologi – per il diritto all'istruzione, i diritti delle donne e delle persone LGBTQ+, l'equità sociale, l'accesso alle cure per la salute mentale, la soddisfazione sul posto di lavoro, gli stili di vita salutari – saranno fondamentali per il raggiungimento di questi obiettivi con l'IA, che offre grandi possibilità per il miglioramento complessivo della società.

Gli algoritmi con i quali gli scienziati contribuiscono alla creazione dell'IA si devono coniugare con il potere di correggere o modificare le disuguaglianze tra gli esseri umani. Ci sono processi decisionali algoritmici distorti nella programmazione dell'assistenza sanitaria, nelle assunzioni delle Aziende pubbliche e private e in altri contesti, e gli psicologi stanno guidando gli sforzi per aumentare l'equità e ridurre i pregiudizi (David Luxton, PhD, psicologo clinico e professore affiliato presso la School of Medicine dell'Università di Washington).

Un altro tema che vede coinvolta la comunità degli psicologi è la gestione dello stress: medici, epidemiologi, nutrizionisti, ed esperti in sanità pubblica concordano sul fatto che gli sforzi per avanzare in una società ingiusta e incapace di risolvere le disuguaglianze contribuiscono a far sì che le persone invecchino più rapidamente, si ammalinano e muoiano più giovani. Una recente ricerca negli USA evidenzia che gli adulti sono stressati da fattori fuori dal loro controllo, tra cui il lavoro, la violenza, la politica e le relazioni interpersonali. Un sondaggio primaverile del Washington Post-Ipsos ha rilevato che il 50% degli americani ritiene che non avere un reddito sufficiente sia una fonte di stress finanziario; il 55% ritiene che anche il fatto di non avere abbastanza risparmi sia fonte di stress. «Dovremmo fare un passo indietro e guardare alla società in cui viviamo e a come questa sta effettivamente determinando i nostri livelli di stress, di stanchezza, di disperazione» – afferma Elizabeth H. Bradley, presidente del Vassar College e coautrice del libro *Il paradosso americano della sanità* – e ribadisce: «Questo (accade) per tutti. La salute è influenzata moltissimo da questi fattori, ecco perché parliamo di una riconcettualizzazione della salute».

In questo numero di *Link*, nella sezione **Focus**, ospitiamo l'articolo di Santo Di Nuovo e Paola Magnano: ***Credere nel futuro: ricerche psicologiche sulla 'speranza'***.

La speranza è una delle risorse psicologiche più importanti per l'individuo ma anche per i gruppi sociali: implica la capacità di pensare positivamente al futuro, con l'aspettativa di avere esperienze positive ed evitare quelle negative. È possibile così promuovere la pianificazione futura e un efficace adattamento socio-emotivo della persona e dei gruppi sociali. Nella società attuale, dove le incertezze e i frequenti cambiamenti sono caratteristiche importanti, le persone e i gruppi sociali devono far fronte a una realtà sempre più instabile, e "credere" in qualcosa che aiuti a mantenere il benessere e non temere di perderlo in futuro, ma anzi potenziarlo a lunga scadenza.

In *Strumenti* Simonetta Martini, Beatrice Redaelli, Vittoria Speltoni e Giorgio Cerati presentano il loro articolo ***Il disagio giovanile: il caso studio del Centro Diurno di Lecco (CDP). Buona pratica e nuove prospettive post pandemia***. Il filo conduttore è dato dalla consapevolezza che la complessità della contemporaneità richiede ai servizi di salute mentale di affrontare il malessere dei giovani adeguando alla mutata realtà nuovi e più idonei interventi multidisciplinari. Una maggiore flessibilità da parte degli operatori, una ricerca di luoghi adeguati dove svolgere le attività, tempistiche di intervento più celeri, una concreta e incisiva integrazione con il territorio sono gli obiettivi del Centro Diurno, finalizzati alla costruzione del benessere dei ragazzi e ad evitarne la stigmatizzazione. Di fronte ai bisogni che emergono prepotenti nei ragazzi, agli operatori della salute mentale è richiesto qualcosa in più delle buone competenze professionali. I ragazzi guardano agli adulti, al qui e ora, desiderosi di testimonianze di vita e soprattutto di modelli identificatori significativi e portatori di speranza e di senso. Nell'articolo vengono evidenziati alcuni dati epidemiologici relativi alle attività svolte e alle persone trattate negli ambiti riconducibili al Progetto giovani del Centro Diurno di Lecco.

Nella sezione *Esperienze* Isabel Fernandez e Eugenio Gallina descrivono ***Il contributo degli psicologi di EMDR Europa in uno scenario di guerra***, illustrando gli interventi svolti nel corso della guerra in Ucraina che si possono suddividere in tre macrocategorie: attività di sostegno alle persone in Ucraina; attività sulla frontiera e nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria); attività attuate in tutto il resto dell'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.

È stata la prima volta in cui gli psicologi hanno avuto un ruolo attivo dal primo giorno di guerra e ne hanno seguito sul campo lo sviluppo. Giorno dopo giorno hanno avuto la sensazione che il loro lavoro si fosse pian piano espanso fino a diventare un'azione di pace.

Troviamo nella sezione *Ricerche*, a cura di Brigitte Dell'Anna, l'articolo dal titolo ***Progetto di presa in carico multidisciplinare in ambito ospedaliero dei piccoli pazienti con Sindrome di Amplificazione del Dolore: la separazione tra fatti e vissuti*** in cui si descrive l'importante esperienza multidisciplinare nell'UOSD di Reumatologia e Immunologia pediatrica di Lecce, realizzata grazie ad un processo di costruzione e co-costruzione tra medici, infermieri e psicologi del reparto che, col tempo, ha portato a numerosi sviluppi all'interno del servizio stesso. La presenza dello psicologo durante le prime visite reumatologiche ha permesso una ri-narrazione della storia della malattia

da parte dei caregivers e dei piccoli pazienti, con la possibilità di includervi nuovi elementi in precedenza non rilevati perché al di fuori della cornice relazionale data per scontata da entrambi gli interlocutori. La funzione psicologica può trovare una sua efficacia nella disponibilità ad affrontare quanto non è possibile esprimere con il personale sanitario, perché vissuta sul piano simbolico, quindi sul piano emozionale (Carli, 2013).

In *Riflessioni* ospitiamo due articoli: nel primo, ***La voce del sangue. Senso e mistero del legame di sangue***, Marisa D'Arrigo pone l'accento e un interrogativo sul valore del legame di sangue, un legame fisico e biologico prima che psicologico che, nonostante quanto affermato in un passato non lontano, sembra restare profondamente centrale nella complessità della PMA. Nel legame di sangue non ha importanza la volontà o la personalità dell'individuo, ciò che vige è un determinismo collettivo di partenza, da cui l'individuo maturo può riscattarsi nel suo processo di individuazione. Il fattore psichico e quello organico presentano una contemporaneità, siamo nell'ambito somatopsichico dell'archetipo, in «un'unità psicosomatica che possiede due aspetti; uno legato strettamente agli organi fisici, l'altro a strutture psichiche inconscie e potenziali» (M. Fordham, 1969, p. 83).

Il secondo articolo è di Aristide Saggino: ***La guerra in Europa: effetti e reazioni psicologiche***. La guerra tra la Federazione russa e l'Ucraina ha e ha avuto enormi conseguenze economiche, umane e sociali in Europa: gli aspetti psicologici sono spesso strettamente connessi a quelli geopolitici, militari, strategici e tattici. Analizzare gli aspetti psicologici di questa guerra nel cuore dell'Europa, per osservarla da un altro punto di vista, è compito fondamentale della psicologia. Sono descritti gli errori psicologici di Putin nella conduzione di questa tragedia. Il fatto è che le guerre oggi si vincono non sul breve, ma sul medio o lungo periodo e il perderle o vincerle è una combinazione non solo di conquiste militari, ma di strategia, tattica, psicologia e geopolitica.

La *Storia clinica* di questo numero, a firma di Mariannina Amato, ci presenta un caso di ***Dissociazione nell'età evolutiva e contaminazione intergenerazionale. Approfondimento clinico nella processualità interpersonale madre-bambino***.

È la storia clinica di un bambino di 6 anni. I genitori lo descrivevano, quando aveva 3 anni, come un bambino che “parla male, testardo e in continuo movimento”. Lo stato mentale del bambino a scuola entra in confusione e rifugge da ricordi intrusivi ed emozioni intense ed inadeguate. Compaiono comportamenti di evitamento e di blocco emotivo anche nella relazione con la madre: interferenze emotive che danno origine ad un comportamento duale e disorganizzato.

Paolo di Biagio nella sezione *Società*, con ***Riflessioni sul ruolo della psicologia nell'ambito dell'emergenza ambientale***, ci racconta il dramma della popolazione dell'Isola di Pasqua e il significato delle loro celebri statue: è un esempio di come una comunità si auto-distrugge quando perde i propri riferimenti etici, spirituali, culturali e sociali. Queste le domande a cui l'autore propone una risposta: qual è il limite che rende l'essere umano distruttivo? Quale dinamica rende cronica tale distruttività?

Occhi di natura è il contributo di Hanna Fridriksdottir in *Emozioni*.

«La leggerezza in italiano ha un suono e una sostanza, in francese un altro... forse ancora più leggero. Quella del merlo però è una con il suo canto universale. Guardavano i fiori tutta la mattina, e loro si accontentavano di essere osservati o almeno così pareva. Ogni tanto passavano lentamente delle nuvole come spinte da un senso misterioso, forse quello della bellezza».

Per *Link Art* di questo numero Rosa de Rosa ci presenta ***Il sogno interrotto della scultura. Camille Claudel: l'artista “dimenticata” in manicomio***.

La scultrice Camille Claudel ama la vita e l'amore senza chiedere nulla in cambio; sogna di essere riconosciuta per il suo impegno, per i suoi molteplici interessi, per la sua passione creativa, e invece nulla sarà concesso né all'artista né alla donna; il tormentato innamoramento per Auguste Rodin le distruggerà la vita. Il vissuto più intimo di una persona fragile che vive una grande delusione d'amore può sfociare in malattia mentale, ma anche provocare ingiustificata riprovazione sociale.

VITO TUMMINO

link
— focus



FOTO ANDREA ROSSO

Credere nel futuro: ricerche psicologiche sulla 'speranza'

Belief in the future: the psychological research into 'hope'

SANTO DI NUOVO* (UNIVERSITÀ DI CATANIA),
PAOLA MAGNANO** (UNIVERSITÀ KORE DI ENNA)

La diffusa sensazione di sfiducia nelle ideologie e la visione pessimistica del futuro si può superare rivalutando concetti su cui la ricerca psicologica molto può dire di significativo.

Nell'ambito della psicologia positiva e dell'ottica "Life Design" è stata studiata la 'speranza' come dimensione psicologica predittiva del benessere personale e sociale, connessa ai costrutti di autostima ed autoefficacia e all'ottimismo. Viene presentato uno strumento, la Hope State Scale, utile per studi interculturali e per l'approfondimento delle relazioni tra speranza, soddisfazione di vita e benessere personale e sociale.

PAROLE CHIAVE: Psicologia positiva - Speranza – Benessere sociale – Hope State Scale

Riscoprire la "speranza": il contributo della "psicologia positiva"

"Credere" in qualcosa ha ancora senso, in una società post-moderna in cui il benessere appare affidato allo sviluppo delle tecnologie e la verità è quella dei media? Si può essere appagati e "felici" senza una prospettiva del futuro, o addirittura ritenendolo – in un'ottica pessimistica di fondo – potenziale fonte di rischio e di malessere?

Se è vero che la felicità "non dipende da condizioni oggettive di ricchezza, salute e relazioni sociali" ma "invece dal rapporto tra condizioni oggettive e aspettative soggettive", e in essa "c'è un'importante componente cognitiva ed etica" (Harari, 2017, pp. 475, 485), bisogna studiare quali variabili psicologiche creano aspettative di benessere, e le proiettano in un futuro che la persona ritiene di poter realizzare.

È ipotizzabile il superamento della diffusa sensazione di sfiducia nelle ideologie e della visione pessimistica del futuro – diffusa specialmente nelle giovani generazioni – rivalutando concetti su cui la ricerca psicologica ha compiuto studi empirici di rilevanza sociale.

La "psicologia positiva", a partire dagli studi di Seligman (2000) e Snyder e Lopez (2002), ha esaminato concetti come la speranza, l'ottimismo, la felicità, il coraggio e la soddisfazione nella vita, approfondendo scientificamente il ruolo di questi antichi e 'intuitivi' concetti nelle diverse aree del comportamento umano: adattamento individuale e sociale, performance lavorativa, comportamento organizzativo (Carr, 2004).

Nell'ambito del paradigma *Life Design* (Savickas et al., 2009), i costrutti della psicologia positiva sono stati inclusi nel counseling e negli interventi di orientamento professionale, insieme alle dimensioni tradizionalmente considerate, quali gli interessi professionali, l'autostima e l'auto-efficacia. Questi costrutti costituiscono i punti di forza, le risorse personali che favoriscono la risposta adattiva agli stimoli sociali, la pianificazione degli studi e del lavoro, e la gestione delle transizioni di carriera e di vita.

La *speranza* è una delle risorse psicologiche più importanti per l'individuo ma anche per i gruppi sociali: implica la capacità di pensare positivamente al futuro, con l'aspettativa di avere esperienze positive ed evitare quelle negative. È possibile così promuovere la pianificazione futura e un efficace adattamento socio-emotivo della persona e dei gruppi sociali.

Il costrutto ha diverse articolazioni: Averill et al. (1990) e Scioli e al. (1997) ne

hanno sottolineato la natura emotiva, mentre Snyder (2000) ne ha evidenziato la natura cognitiva, che riflette la motivazione e la capacità delle persone di perseguire obiettivi personalmente rilevanti. Snyder et al. (1991) hanno ipotizzato che il pensiero orientato all'obiettivo coinvolga due componenti interrelate: l'*agency*, che si riferisce alla capacità dell'individuo di iniziare e mantenere le azioni necessarie per raggiungere un obiettivo e la costruzione di *percorsi*, che si riferisce alla capacità di generare piani per i propri obiettivi.

Molti studi hanno dimostrato che la speranza è correlata a diversi esiti positivi nel ciclo di vita delle persone: è un fattore moderatore dello stress sugli esiti relativi alla salute fisica (Chan, 1977; Gottschalk, 1985) e influisce sull'adattamento psicosociale di pazienti affetti da cancro (Del Vecchio et al., 1990; Snyder et al., 1991). Un atteggiamento aperto alla speranza aiuta i pazienti ad affrontare in modo più efficace la loro malattia (Wiles et al., 2008), anche se vanno meglio approfondite le connessioni tra speranza e gravità dei sintomi nei disturbi di salute mentale, al fine di integrare le consuete terapie psicologiche in setting specifici (Schrack et al., 2008).

In generale, la speranza è predittiva del benessere cognitivo (Park et al., 2004). Invece, alla mancanza di speranza si associa un aumento significativo del rischio di disturbi mentali e, più specificamente, di depressione e comportamenti suicidari (Frank, 1968; Erickson et al., 1975; Beck et al., 1979; Melges & Bowlby, 1969; Hanna, 1991). La speranza è anche legata a variabili positive legate alla carriera come l'identità professionale, le credenze e l'autoefficacia nelle decisioni lavorative (Amundson, 2013; Yakushko e Sokolova, 2010) ed anche ai migliori risultati scolastici (Kenny et al. 2006). Essa è più in generale coinvolta anche nello sviluppo della spiritualità (Merton, 1961; Miller & Powers, 1988; May, 1991).

I correlati psicologici della speranza

La speranza risulta correlata con altre variabili psicologiche quali autostima, auto-efficacia e abilità di risoluzione dei problemi (Schunk, 1989; Borkowski, et al., 1990; Carifio & Rhodes, 2002; Davidson, et al., 2012).

L'autoefficacia come definita da Bandura (1986) farebbe parte del costrutto di speranza secondo Snyder, focalizzando l'attenzione su convinzioni molto precise e valutazioni di fiducia in un dominio ben definito. L'autoefficacia generalizzata è definita da Schwarzer (1993) come credenza positiva usata per far fronte a richieste difficili nella vita: la persona crede che le proprie azioni siano la causa diretta dei risultati positivi che si ottengono (questa definizione riprende l'antico concetto di attribuzione all'interno del "luogo di controllo del rinforzo"). Nell'ottica della teoria cognitiva sociale, l'autoefficacia è considerata un fattore che opera insieme a molti altri, come la capacità di definire degli obiettivi, le aspettative sui risultati, all'interno dei processi decisionali. Le persone che associano speranza ed autoefficacia sono convinte di possedere abilità specifiche da utilizzare come strategie di resilienza per ridurre il rischio di conseguenze psicologiche di eventi sfavorevoli (Steptoe et al., 2009). I bassi livelli di auto-efficacia e speranza si associano invece a insufficienti capacità di problem-solving (Snyder, 2002). Magaletta e Oliver (1999) hanno sottolineato che, anche se auto-efficacia e speranza sono costrutti diversi, hanno aspetti in comune: la speranza sembra essere correlata non solo all'auto-efficacia generale, ma anche all'auto-efficacia in specifici domini, come quello scolastico e di apprendimento (Feldman e Kubota, 2015), nel *career decision making* (Ginevra et al., 2016) e nella riabilitazione (Hartley et al., 2008).

Una recente rassegna (Bowers & Bowers, 2023) ha evidenziato la funzione della speranza nel promuovere risultati positivi nello sviluppo in adolescenza, identificando le relazioni familiari e genitoriali come risorse chiave per promuoverla, anche se esistono al riguardo importanti differenze culturali e contestuali.

Un altro tratto positivo di personalità, certamente connesso alla speranza, è l'*ottimismo*, riguardante l'aspettativa che risultati positivi si verifichino al di là delle azioni personali (Scheier & Carver, 1985). Carr (2004) include la speranza e l'ottimismo tra le emozioni più importanti per il benessere soggettivo. In realtà si tratta di costrutti distinti ma parzialmente sovrapposti: sono simili nella componente di costruzione dei percorsi di vita, poiché entrambi si riferiscono alle aspettative sui risultati; divergono in quanto l'ottimismo include anche aspettative sui risultati ottenuti attraverso gli altri e le forze al di fuori del sé, mentre la speranza riguarda unicamente i risultati ottenuti dal sé (Magaletta & Oliver, 1999). Il grado di

La speranza è una delle risorse psicologiche più importanti per l'individuo ma anche per i gruppi sociali: implica la capacità di pensare positivamente al futuro, con l'aspettativa di avere esperienze positive ed evitare quelle negative. È possibile così promuovere la pianificazione futura e un efficace adattamento socio-emotivo della persona e dei gruppi sociali

Gli ottimisti si aspettano che le cose “vadano bene”, mentre i pessimisti presumono che le cose “non funzionino a loro favore”. Sebbene gli ottimisti abbiano un’aspettativa positiva verso il raggiungimento dei loro obiettivi, potrebbero non mantenere l’autoefficacia per eseguire i comportamenti necessari. Ciò suggerisce l’importanza di associare credenze ottimistiche e speranza. La distinzione tra speranza e ottimismo è però ancora controversa

sovrapposizione e divergenza tra speranza e ottimismo suggerisce che potrebbero anche essere considerati indicatori di una dimensione più generale che riflette l’orientamento positivo verso il futuro (Gottschalk, 1974; Snyder et al., 1991; Ginevra et al., 2016); all’interno di questo costrutto sovraordinato la speranza è focalizzata su obiettivi personali futuri, mentre l’ottimismo riguarda più le aspettative generali di risultati positivi (Bryant & Cvengros, 2004).

L’ottimismo implica una convinzione generalizzata che considera gli eventi futuri in una luce favorevole e vede gli obiettivi come realizzabili; ha una relazione positiva con l’autoefficacia generalizzata (Jerusalem & Schwarzer, 1992; Zagórska & Guskowska, 2014). Gli ottimisti si aspettano che le cose “vadano bene”, mentre i pessimisti presumono che le cose “non funzionino a loro favore”. Sebbene gli ottimisti abbiano un’aspettativa positiva verso il raggiungimento dei loro obiettivi, potrebbero non mantenere l’autoefficacia per eseguire i comportamenti necessari. Ciò suggerisce l’importanza di associare credenze ottimistiche e speranza (Carver & Scheier, 2001). Però la distinzione tra speranza e ottimismo è ancora controversa in letteratura: nell’articolo di Peterson e Seligman (2001) sulla classificazione dei punti di forza della persona i due costrutti sono stati raggruppati insieme come una caratteristica unica; sono entrambi considerati stati di “anticipazione positiva” (Burininks & Malle, 2005). Averill et al. (1990) hanno suggerito che la differenza principale tra questi due stati è che la speranza è più un’emozione rispetto all’ottimismo che ha più componenti cognitive (per quanto questa differenza sia sfumata in base alle recenti teorie delle neuroscienze). Un altro aspetto in cui la speranza e l’ottimismo differiscono riguarda i risultati rappresentati. Le persone sono più ottimiste riguardo ai risultati generali della propria vita, mentre sperano in risultati specifici. Tuttavia, sia la speranza che l’ottimismo implicano qualche aspettativa che si verifichi l’esito positivo; per l’ottimismo, questa aspettativa sembra dipendere da una significativa probabilità che il risultato positivo si verifichi (Burininks & Malle, 2005).

“Misurare” la speranza: la Hope State Scale

Considerando l’importanza che la speranza assume nell’influencare il comportamento umano, il funzionamento psicologico e l’adattamento individuale e sociale, è stata sottolineata nella letteratura psicologica l’esigenza di avere uno strumento affidabile e valido utilizzabile per la ricerca anche in ottica interculturale.

Uno strumento per la misurazione della speranza come variabile di ‘stato’ (diverso da quella che risponde a caratteristiche di ‘tratto’ stabile) è la *Hope State Scale* (Scioli et al., 2011), che ha mostrato qualità utili per un adattamento transculturale.

La *Hope State Scale* è un questionario composto, nella sua versione originale, da 40 item. Le istruzioni sono: “Questo questionario riguarda i tuoi pensieri e sentimenti attuali e recenti. Cioè, come ti senti adesso e nelle ultime due settimane”. Ai soggetti è chiesto di valutare i propri pensieri e sentimenti usando una scala Likert a 5 punti che va da (0 = nessuno) a (4 = molto forte). Gli items sono raggruppati in 10 scale:

- Vantaggi essenziali (es: “Mi sento fiducioso di poter raggiungere un obiettivo di vita importante”),
- Sostegno allo sforzo personale (es: “Posso contare su un aiuto esterno per raggiungere i miei obiettivi”),
- Legami interpersonali (es.: “Sento molto vicino a me un amico o un familiare”),
- Esperienze di fiducia (es: “Trovo difficile fidarmi delle persone”, in questo caso il punteggio è invertito),
- Riduzione della paura (es: “Le mie emozioni sono sotto controllo”),
- Esperienze di liberazione (es: “In alcuni momenti della mia vita mi sento come in trappola”, punteggio inverso),
- Fiducia nei rapporti interpersonali (es: “Un buon modo per ridurre lo stress è passare del tempo con i miei amici e/o la famiglia”),
- Ispirazione spirituale (es: “Uso la preghiera o la meditazione per aiutarmi a raggiungere un obiettivo importante”),
- Presenza spirituale (es: “Mi sono sentito connesso a una forza spirituale”),
- Fiducia nella spiritualità (es: “Uso la preghiera o meditazione per ridurre le mie preoccupazioni”).

Le dieci dimensioni formano quattro cluster:

- (1) Padroneggiamento, formato da Vantaggi essenziali e Sostegno allo sforzo personale;
- (2) Attaccamento, formato da Legami interpersonali and Esperienze di fiducia;
- (3) Sopravvivenza, formato da Riduzione della Paura, Esperienze di Liberazione e Fiducia nei rapporti interpersonali;
- (4) Spiritualità, formato da Ispirazione spirituale, Presenza spirituale e Fiducia nella spiritualità.

La *Hope State Scale* fornisce anche due punteggi riepilogativi: la speranza non spirituale (clusters 1, 2 e 3), e la speranza di stato totale.

I valori di attendibilità (alfa di Cronbach) riportati dagli autori (Scioli et al. 2011) variano da .83 a .98 per le singole subscale; per la scala totale è .96.

Studi di validazione della Hope State Scale

È stata intrapreso, in uno studio multicentrico condotto in collaborazione con l'autore della scala originale (Magnano, Di Corrado, Di Nuovo, & Scioli, 2019), un adattamento e validazione della Hope State Scale nel contesto italiano, per introdurre anche nel nostro paese la possibilità di valutare in modalità psicometriche la speranza e studiarla sperimentalmente in una prospettiva multidimensionale e interculturale.

I risultati, oltre a confermare l'attendibilità e validità della scala anche nel contesto culturale italiano, hanno confermato che la speranza è un'emozione che si verifica quando ci si concentra su un importante risultato futuro, anche se questo consente un ridotto controllo personale, e quindi la persona stessa è in grado di far poco per determinare il risultato.

Inoltre, la speranza non si verifica solo quando il contesto fornisce evidenze che si può conseguire un risultato positivo mediante il proprio impegno attivo (in quel caso agisce prevalentemente l'autoefficacia), ma anche quando le probabilità potrebbero non apparire favorevoli. Anche quando la persona si rende conto che l'esito sperato potrebbe non verificarsi, se ha un alto grado di speranza, continua a credere comunque in un possibile esito positivo.

In tempi di incertezza e ansietà, la speranza è un fattore potente di qualità di vita, per il suo rilevante impatto sul funzionamento fisico, mentale e sociale dell'individuo (Scioli, 2007); per questa ragione, come si è visto, è uno dei predittori del benessere generale (Ciarrochi & Deneke, 2006) e della soddisfazione per la propria vita (Santilli et al., 2017).

Studi recenti hanno dimostrato il suo ruolo nella promozione del benessere soggettivo e dell'adattamento psicologico, anche durante la pandemia da COVID-19: la speranza è fortemente correlata al benessere spirituale (Magnano, Zammitti, Dibilio, & Faraci, 2019) e svolge un ruolo di mediazione nella relazione tra salute mentale e crescita post-traumatica in tempo di Covid-19 (Di Corrado, Muzii, Magnano, Coco, La Paglia, & Maldonato, 2022). Essa, inoltre, è una delle risorse psicologiche da implementare per promuovere lo sviluppo professionale degli adolescenti (Santisi, Magnano, Zammitti, & Zarbo, 2021) e degli studenti universitari (Zammitti, Russo, Ginevra, & Magnano, 2022).

Conclusioni

Nella "società del rischio" (come definita da Beck, 2006), dove le incertezze e i frequenti cambiamenti sono caratteristiche importanti, le persone e i gruppi sociali devono far fronte a una realtà sempre più instabile, e "credere" in qualcosa che aiuti a mantenere il benessere e non temere di perderlo in futuro, ma anzi a potenziarlo a lunga scadenza.

A questo fine vanno sviluppate appropriate risorse psicologiche: la speranza, insieme al coraggio, all'ottimismo, alla resilienza, alla perseveranza, può aiutare le persone e i gruppi sociali a sostenere e gestire la crescente imprevedibilità del mondo, e affrontare meglio le difficoltà legate alle transizioni della vita (Magnano, Paolillo, Platania, & Santisi, 2017).

Come esempio di applicazione ad un problema sociale di grande attualità, citiamo uno studio sulla percezione che i migranti hanno del futuro e di un lavoro "decente", intendendo con questo termine una mansione soddisfacente, svolto in condizioni di equità, sicurezza, rispetto dei diritti. La dimensione della speranza ha un ruolo importate in questa percezione, e può essere supportata da interventi psicologici mirati (Di Nuovo, Di Corrado e Magnano, 2021).

Le persone e i gruppi sociali devono far fronte a una realtà sempre più instabile, e "credere" in qualcosa che aiuti a mantenere il benessere e a non temere di perderlo, ma anzi a potenziarlo. La speranza, insieme al coraggio, all'ottimismo, alla resilienza, alla perseveranza, può aiutare a sostenere e gestire la crescente imprevedibilità del mondo, e affrontare meglio le difficoltà legate alle transizioni della vita

Studi futuri potranno verificare ulteriormente le caratteristiche psicometriche della misurazione della variabile speranza, e utilizzare questa valutazione per approfondire sperimentalmente l'esplorazione – anche in dimensione interculturale – delle relazioni tra speranza, soddisfazione di vita e benessere: le dimensioni che consentono all'umanità di “credere” in una vita migliore, da costruire nei diversi contesti sociali.

*Professore emerito di Psicologia Generale - Università di Catania

s.dinuovo@unict.it

** Ricercatrice, docente di Psicologia Sociale e Psicologia dell'Orientamento - Università Kore di Enna.

paola.magnano@unikore.it

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Amundson, N. (2013). Hope-Centered Career Development for University/College Students. Canadian Education and Research Institute for Counselling.
- Aspinwall, L. G., & Leaf, S. L. (2002). In search of the unique aspects of hope: Pinning our hopes on positive emotions, future-oriented thinking, hard times, and other people. *Psychological Inquiry*, 13(4), 276–288.
- Averill, J. R. (1997). The emotions: An integrative approach. In R. Hogan & J. A. Johnson (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 513–541). San Diego: Academic Press.
- Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. K. (1990). Rules of hope: Recent research in psychology. New York: Springer-Verlag.
- Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, U. (2006). Risk society revisited. In J. F. Cosgrave (Ed.), *The sociology of risk and gambling reader* (pp. 61–83). New York: Routledge.
- Bernardo, A. B. I. (2010). Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 944–949.
- Borkowski J. G., Carr M., Rellinger E. & Pressley M. (1990). Self-regulated cognition: Interdependence of metacognition, attributions, and self-esteem. In B. F. Jones & L. Idol (Eds.), *Dimensions of thinking and cognitive instruction* (pp. 53–92). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bowers, R.M., Bowers, E.P. (2023). A Literature review on the role of hope in promoting positive youth development across non-WEIRD contexts. *Children*, 10 (2):346. <https://doi.org/10.3390/children10020346>
- Bruininks, P., & Malle, B. F. (2005). Distinguishing hope from optimism and related affective states. *Motivation and Emotion*, 29(4), 327–355. <http://doi.org/10.1007/s11031-006-9010-4>
- Bryant, F. B., & Cvengros, J. A. (2004). Distinguishing Hope and Optimism: Two Sides of a Coin, or Two Separate Coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 273–302. <http://doi.org/10.1521/jscp.23.2.273.31018>
- Carifio J. and Rhodes L. (2002). Construct validities and the empirical relationships between optimism, hope, self-efficacy, and locus of control. *Work*, 19, 125–136.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. NY: Brunner- Routledge.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice*, 31–51.
- Chan, K. B. (1977). Individual differences in reactions to stress and their personality and situational determinants: Some implications for community mental health. *Social Science & Medicine* (1967), 11(2), 89–103.
- Ciarrocchi, J. W., & Deneke, E. (2006). Hope, optimism, pessimism and spirituality as predictors of well-being controlling for personality. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 16, 161–183.
- Davidson O.B., Feldman D.B., Margalit M. (2012). A focused intervention for 1st-year college students: Promoting hope, sense of coherence, and self-efficacy. *The Journal of Psychology*, 146(3), 333–352.
- Del Vecchio Good, M. J., Good, B. J., Schaffer, C., & Lind, S. E. (1990). American oncology and the discourse on hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(1), 59–79.
- Di Corrado, D., Muzii, B., Magnano, P., Coco, M., La Paglia, R., & Maldonato, N. M. (2022). The Moderated Mediating Effect of Hope, Self-Efficacy and Resilience in the Relationship between Post-Traumatic Growth and Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 10(6), 1091. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061091>
- Di Nuovo, S., & Magnano, P. (2013). *Competenze trasversali e scelte formative*. Trento: Erickson.
- Di Nuovo, S., Di Corrado D., & Magnano, P. (2021). Decent work and hope for the future among young migrants. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 7, 1–14 DOI: 10.1080/10852352.2021.1935198
- Du, H., & King, R. B. (2013). Placing hope in self and others: Exploring the relationships among self-construals, locus of hope, and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 332–337. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2012.09.015>
- Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science and Medicine*, 71(1), 71–83. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.023>
- Ellison, C. W. (1983) Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330–340.
- Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. Guilford Press.
- Erickson, R. C., Post, R. D., & Paige, A. B. (1975). Hope as a psychiatric variable. *Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 324–330.
- Feldman, D. B., & Kubota, M. (2015). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learning and Individual Differences*, 37, 210–216. <http://doi.org/10.1016/J.LINDIF.2014.11.022>

Frank, J. (1968). The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5(5), 383.

Ginevra, M. C., Sgaramella, T. M., Ferrari, L., Nota, L., Santilli, S., & Soresi, S. (2016). Visions about future: a new scale assessing optimism, pessimism, and hope in adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 17(2), 187–210. <http://doi.org/10.1007/s10775-016-9324-z>

Goddard, N. C. (1995). "Spirituality as integrative energy": a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 808–815.

Goddard, N. C. (2000). A response to Dawson's critical analysis of "spirituality as 'integrative energy.'" *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 968–979.

Gottschalk, L. A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30(6), 779–785.

Gottschalk, L. A. (1985). Hope and other deterrents to illness. *American Journal of Psychotherapy*, 39(4), 515–524.

Hanna, F. J. (1991). Suicide and hope: The common ground. *Journal of Mental Health Counseling*.

Harari, Y.N. (2017). *Sapiens: da animali a dèi. Breve storia dell'umanità*. 2a ed. rev. Tr.it. Milano: Bompiani/Firenze: Giunti.

Hartley, S. M., Vance, D. E., Elliott, T. R., Cuckler, J. M., & Berry, J. W. (2008). Hope, self-efficacy, and functional recovery after knee and hip replacement surgery. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 521.

Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

Kenny, M. E., Blustein, D. L., Haase, R. F., Jackson, J., & Perry, J. C. (2006). Setting the stage: Career development and the student engagement process. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 272.

Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539–551.

Magnano, P., Di Nuovo, S., Scioli A., & Di Corrado D. (2019). A study of the Comprehensive State Hope Scale in Italian culture. *TPM - Testing, Psychometry and Methodology*, 26 (2), 287–304.

Magnano, P., Paolillo, A., Platania, S., & Santisi, G. (2017). Courage as a potential mediator between personality and coping. *Personality and Individual Differences*, 111, 13–18. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.047>

Magnano, P., Zammitti, A., Dibilio, R., & Faraci, P. (2019). Italian validation of the Jarel Spiritual Well-Being Scale. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(6), 626–644. DOI: 10.1080/13674676.2019.1594740

May, G. G. (1991). *The awakened heart: Living beyond addiction*. San Francisco: Harper Collins.

Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20(6), 690–699.

Merton, T. (1961). *The new man*. New York: Noonday Press.

Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6–10.

Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168–181.

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603–619.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2001). Values in action (VIA) classification of strengths. <http://www.psych.upenn.edu/seligman/taxonomy.htm>.

Santilli, S., Marcionetti, J., Rochat, S., Rossier, J., & Nota, L. (2017). Career Adaptability, Hope, Optimism, and Life Satisfaction in Italian and Swiss Adolescents. *Journal of Career Development*, 44(1), 62–76. <http://doi.org/10.1177/0894845316633793>

Santisi, G., Magnano, P., Zammitti, A., & Zarbo, R. (2021). Training per il potenziamento di career adaptability, ottimismo e speranza come risorse per promuovere lo sviluppo professionale. *Counseling*, 14(1), 76–91.

Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J.-P., Duarte, M. E., Guichard, J., ... van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 239–250. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000187910900058X>

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.

Schunk D.H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors, *Educational Psychology Review*, 1, 173–208.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.

Schrank, B. Stanghellini, G. Slade, M (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (6): 421–33. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x

Schwarzer R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-Nelson.

Scioli, A. (2007). Hope in the Age of Anxiety. In R. J. Estes (Ed.), *Advancing quality of life in a turbulent world* (pp. 135–152). Springer. <http://doi.org/10.1001/jama.2011.797>

Scioli A., Biller H.B. (2009). *Hope in the age of anxiety*. New York: Oxford University Press.

Scioli, A., MacNeil, S., Partridge, V., Tinker, E., & Hawkins, E. (2012). Hope, HIV and health: a prospective study. *AIDS Care*, 24(2), 149–156.

Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78–97. <http://doi.org/10.1037/a0020903>

Scioli, A., Samor, C. M., Campbell, T. L., Chamberlin, C. M., Lapointe, A. B., & Macleod, A. R. (1997). A prospective study of hope, optimism and Health. *Psychological Reports*, 81, 723–733. <http://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.3.723>

Seligman, M. E. P. (2000). Positive psychology. In J. E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope* (pp. 415–429). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355–360. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>

Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3–21). San Diego: Academic Press.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2002). *Handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.

Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747–1776.

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>

Watson, J. (1989). Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In *Conceptual Models for Nursing Practice*, 3rd edn (Riehl-Sisca J., ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Wiles, R., Cott, C., Gibson, B.E. (2008). Hope, expectations, and recovery from illness: A narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 64 (6): 564–573. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04815.x.

Yakushko, O., & Sokolova, O. (2010). Work hope and influences of the career development among Ukrainian college students. *Journal of Career Development*, 36(4), 310–323.

Zagórska A., Guskowska M. (2014). A program to support self-efficacy among athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, 121–128. doi: 10.1111/sms.12125

Zammiti, A., Russo, A., Ginevra, M. C., & Magnano, P. (2023). "Imagine your career after the COVID-19 pandemic": An online group career counseling training for university students. *Behavioral Sciences*, 13(1), 48. <https://doi.org/10.3390/bs13010048>

Belief in the future: the psychological research into 'hope'

The widespread feeling of distrust in ideologies and the pessimistic vision of the future can be healed by re-evaluating concepts on which psychological research can say a lot.

In the context of positive psychology and the "Life Design" perspective, 'hope' has been studied as a psychological dimension predictive of personal and social well-being, connected to those of self-esteem, self-efficacy, and optimism.

The article presents an instrument, the Hope State Scale, useful for intercultural studies and for studying the relationships between hope, life satisfaction and personal and social well-being.

KEYWORDS: Positive Psychology - Hope – Social Wellbeing – Hope State Scale



FOTO ANDREA ROSSO

link

■ strumenti



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Il disagio giovanile: il caso studio del Centro Diurno di Lecco (CDP). Buona pratica e nuove prospettive post pandemia

Juvenile distress: a study case in Lecco Day Hospital Ward.

Good practices and new perspectives after the Covid-19 pandemic

SIMONETTA MARTINI*, BEATRICE REDAELLI**, VITTORIA SPELTONI***, GIORGIO CERATI*

Gli autori vogliono portare all'attenzione di un pubblico più vasto la realtà riabilitativa rappresentata dal Centro Diurno di Lecco (CDP), le procedure e le buone pratiche messe in atto per gestire la crescente richiesta di aiuto da parte del mondo giovanile, una richiesta emersa durante il periodo pandemico e, ad oggi, ancora in espansione. Il fenomeno, latente prima dell'evento pandemico, ha portato i professionisti della salute mentale a mobilitarsi, a porsi delle domande, a fare delle riflessioni su come approcciarsi a questa situazione, in un contesto dove le procedure standard non erano sufficientemente efficaci ad arginare in modo tempestivo la dilagante sofferenza dei giovani. Il malessere dei ragazzi che si manifesta nella vita reale suscita preoccupazione e allarme in tutto il mondo: in Australia e nei paesi anglosassoni da oltre 25 anni (1) (2) si stanno attuando programmi per intervenire in modo precoce e specifico, con una ricerca costante sui giovani e gli adolescenti a rischio di esordio o evoluzione di disturbi. Il riconoscimento precoce di segnali di malessere e l'intervento multidisciplinare mirato si propongono di arginare l'insorgere o il procedere di patologie e disabilità. Si sono sviluppati nuovi servizi rivolti alla fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni per intervenire tempestivamente e individuare i fattori di rischio. Tutte azioni che si riassumono nel concetto di prevenzione.

PAROLE CHIAVE: giovani, disturbi psichiatrici, pandemia, integrazione, territorio, relazione

La prevenzione richiede un'organizzazione integrata e unitaria, che superi la separazione delle competenze tra i servizi e favorisca un approccio facilitato e senza filtri al giovane. I metodi psicosociali proposti, psicologici, psicoterapeutici o farmacologici, hanno però un limite: i giovani devono potersi fidare, è dunque indispensabile, prima di tutto, creare una comunità e una rete sociale (3) con educatori e, soprattutto, adulti credibili e uniti (vedi oltre: la Coalizione Comunitaria) (4).

La prevenzione, con riferimento specifico alla salute mentale, si articola su tre step:

- *Prevenzione primaria o universale*: interventi diretti sulla popolazione generale riguardo ai fattori di rischio;
- *Prevenzione secondaria o mirata*: interventi su gruppi di popolazione a rischio che non presentano, però, segni di malattia;
- *Prevenzione terziaria o specifica*: interventi sugli individui a rischio che presentano iniziali e riconoscibili sintomi di disturbo.

Interventi universali

In questo ambito si sviluppa il concetto di Coalizione Comunitaria. Si tratta di una strategia per prevenire e intercettare precocemente il disagio psichico giovanile. È un modello di coinvolgimento dei cittadini di un territorio in tema di salute pubblica intesa come bene comune e di inclusione sociale. Ha come obiettivo un'integrazione formale e informale nelle azioni di prevenzione e cura del disagio psichico dei giovani, con il coinvolgimento di soggetti, anche non esperti, sia individuali che collettivi, presenti nella rete sociale e a contatto con i giovani (es. scuole, centri di aggregazione). Lo scopo è creare un luogo di progettazione creativa e partecipata per intervenire su problemi complessi basandosi sulla condivisione di saperi e responsabilità tra soggetti che collaborano a un fine comune (5).

Prevenzione secondaria o mirata

Tale tipo di prevenzione è pensata per gruppi di popolazione che potrebbero essere esposti a fragilità psichiatriche (Adozioni internazionali, migranti di II generazione). Numerosi i progetti virtuosi attivati in questo ambito, si riporta qui, a titolo esemplificativo, il Progetto Semola (7) pensato per minori di genitori con disturbi psichiatrici. Il protocollo è stato sviluppato in due differenti step, il primo, *Let's talk about children*, prevede tre incontri con i due genitori, il secondo, *Family talk intervention*, si articola in 5-6 incontri, e comprende un momento di follow-up.

Prevenzione terziaria e specifica

Un'analisi svolta su un campione di 375 pazienti di età compresa tra i 15 e i 24 anni, ha rilevato che il 21% è a rischio vulnerabilità, di cui l'11% a rischio severo (8).

La procedura, in questi casi, si articola in un accesso diretto al servizio a bassa soglia, dove l'utente viene preso in carico da un'équipe multidisciplinare (DSMD; UONPIA; servizi extra DSMD; terzo settore) e si attua un intervento multicomponentiale che possa essere tempestivo, integrato, personalizzato ed efficace.

Il Centro Diurno di Lecco, grazie ad un lavoro di équipe multidisciplinare e alla collaborazione con il CPS, il Dipartimento di salute mentale e le istituzioni territoriali, ha provato, spesso riuscendovi, a trasferire nell'approccio quotidiano tali riflessioni, dando loro una dimensione pratica e concreta, di cui si presenteranno i dati e le relative considerazioni.

IL CONTESTO ATTUALE

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) (9) stima che siano 970 milioni le persone affette da disturbi psichiatrici nel mondo, il che equivale al 13% della popolazione. Le diagnosi prese in considerazione rientrano nella nosologia della psichiatria clinica come: disturbi d'ansia (4%), disturbi depressivi (3.8%), ADHD (1.1%), disturbi bipolari (0.5%), disturbi di condotta (0.5%), disturbi dello spettro autistico (0.4%), disturbi schizofrenici (0.3%), disturbi alimentari (0.2%), disturbi di personalità. (9)

A tali numeri, vanno sommati 283 milioni di persone che abusano di alcool e 36 milioni che fanno uso di sostanze stupefacenti, spesso in comorbilità con le patologie psichiatriche.

L'8% dei bambini tra i cinque e i nove anni e il 14% degli adolescenti (10-19 anni), hanno un disturbo psichico clinicamente definito. La metà dei disturbi negli adulti insorge entro i 14 anni, per la restante metà, almeno il 75% entro i 24 anni.

La pandemia ha portato un aumento dei disturbi d'ansia e dei disturbi depressivi: nel 2020 erano 193 milioni i casi diagnosticati di depressione maggiore (2.4%) e 298 milioni i casi con disturbi d'ansia (3.8%). I casi stimati dopo la pandemia salgono a 246 milioni con disturbo depressivo maggiore (3.15%) e 374 milioni con AD (4.8%), con un incremento rispettivamente del 28% e del 26%.

L'OMS rileva una correlazione tra tali incrementi e le aree più duramente colpite dalla

La Coalizione Comunitaria è una strategia per prevenire e intercettare precocemente il disagio psichico giovanile. È un modello di coinvolgimento dei cittadini di un territorio in tema di salute pubblica intesa come bene comune e di inclusione sociale. Ha come obiettivo un'integrazione formale e informale nelle azioni di prevenzione e cura del disagio psichico dei giovani, con il coinvolgimento di soggetti, anche non esperti, sia individuali che collettivi, presenti nella rete sociale e a contatto con i giovani

Viviamo in una società fluida, da un lato nichilista e fragile, dall'altro giudicante e competitiva, narcisisticamente centrata sulla ricerca del successo individuale. I giovani sembrano smarriti, soli, senza punti significativi di riferimento. I modelli identificatori degli adulti, amplificati e messi in primo piano dai mass media, irrealisticamente elevati, nella maggioranza dei casi irraggiungibili, sono fonte di frustrazione per i ragazzi, che si sentono inadeguati, non all'altezza delle sfide della vita

pandemia e osserva, inoltre, come l'aumento della prevalenza è maggiore nelle fasce di popolazione più giovane, in relazione, probabilmente, con il profondo impatto sui minori della chiusura dei luoghi di aggregazione e delle restrizioni sociali.

Ciò che ci preme sottolineare è che la crisi pandemica ha portato all'emergere di situazioni di sofferenza latenti, già diffuse ma non ancora agganciate ai servizi.

La sofferenza dei giovanissimi, cresciuta in modo eclatante negli ultimi due decenni, evidenzia, a livello clinico, un incremento dei disturbi psichici, una sempre più precoce età di insorgenza e un grande cambiamento nei quadri clinici.

Sembra ormai consolidata anche l'osservazione che il clima culturale contemporaneo in cui nascono e crescono le nuove generazioni, abbia **un notevole impatto dal punto di vista dell'espressione fenomenica dei sintomi** portati dai giovani che presentano comportamenti di isolamento, come nel caso degli hikikomori; autolesionismo come il self cutting; aggressività e comportamenti devianti; dipendenze e abusi; sessualità, che va dall'essere scissa e banalizzata alla totale assenza; ansia; depressione e, nei casi estremi, il suicidio, che si colloca nelle prime quattro cause di morte (9) nella fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni, e nuove forme di psicopatologia legate all'utilizzo di sostanze, con quadri inediti di psicosi. L'ambito culturale contemporaneo presenta diversi volti e molte contraddizioni: viviamo in una società fluida, da un lato nichilista e fragile e dall'altro giudicante e competitiva, narcisisticamente centrata sulla ricerca del successo individuale. I giovani sembrano smarriti, soli, senza punti significativi di riferimento. I modelli identificatori degli adulti, amplificati e messi in primo piano dai mass media, irrealisticamente elevati, nella maggioranza dei casi irraggiungibili, sono fonte di frustrazione per i ragazzi, che si sentono inadeguati, non all'altezza delle sfide della vita. Molti di loro rimangono attaccati alla propria onnipotenza infantile e sono in grande difficoltà ad affrontare la crescita verso l'emancipazione.

A ciò si aggiunge, nel particolare periodo post Covid, una perdita di speranza nel futuro e una mancanza di senso e di scopo per cui valga la pena faticare. A fronte dei dubbi o sensi di delusione nei confronti della tecnica e della scienza, nell'epoca post Covid nasce e si diffonde un sentimento pervasivo di perdita di speranza nel futuro. Emerge perciò la ricerca dell'esperienza gratificante veloce, la ricerca di oggetti di consumo immediato oppure, per timore di non farcela, la scelta dell'isolamento (10).

Il filo conduttore per le nostre riflessioni è dato quindi dalla consapevolezza che la complessità della contemporaneità richiede ai servizi di affrontare il malessere dei giovani adeguando alla mutata realtà nuove e più idonee modalità professionali.

Una maggiore flessibilità da parte degli operatori, una ricerca di luoghi adeguati dove svolgere le attività, tempistiche di intervento più celeri, una concreta e incisiva integrazione con il territorio sono gli obiettivi del CD, finalizzati alla costruzione del benessere dei ragazzi e ad evitarne la stigmatizzazione.

CENTRO DIURNO DI LECCO, LA STORIA DI UN CAMBIAMENTO

Storicamente, il Centro era frequentato da un'utenza adulta, di età compresa tra i 30 e i 65 anni, con patologie psichiatriche croniche.

La constatazione che l'utilizzo del Centro Diurno come contenitore indifferenziato per l'accoglienza di persone con bisogni tra loro molto diversi fosse poco efficace dal punto di vista riabilitativo, nonché per alcuni utenti addirittura cronicizzante, era confermata dal fatto che al CD di Lecco pervenivano pochi invii di giovani utenti da parte del CPS, in quanto questi nutrivano diffidenza nei confronti di un contesto fortemente connotato dai segni visibili della malattia (quasi temessero di identificarvisi).

L'evento pandemico ha portato al cambiamento del Centro Diurno rispetto all'accoglienza dei giovani, con modificazioni strutturali e organizzative finalizzate ad affrontare le nuove emergenze.

La nascita del Centro Crisi Temporaneo

Il primo cambiamento organizzativo messo in atto è stata la creazione del Centro Crisi Temporaneo, nato dall'esigenza di dare risposta a situazioni acute che - data l'emergenza pandemica - non potevano accedere facilmente al ricovero ospedaliero. All'inizio del lockdown, primavera 2020, le prese in carico spesso riguardavano persone sottoposte a stress e a rischio di scompenso psichico.

La modalità di invio da parte del CPS prevedeva una valutazione clinica da parte del Servizio psichiatrico territoriale accompagnata da una breve relazione dove erano specificate: una sintesi anamnestica del caso, la motivazione dell'invio, la tempistica della permanenza prevista presso il CCT, gli obiettivi dell'inserimento, le modalità relazionali da tenere col paziente, la terapia farmacologica in atto.

Il Centro Crisi Temporaneo si è così organizzato per rispondere alle esigenze di invio da parte del CPS; è subito emerso come la maggioranza degli invii fosse per una popolazione di giovani adulti di età compresa tra i 18 e 20 anni.

La peculiarità del momento pandemico ha inoltre determinato uno svuotamento della presenza dell'utenza storica, creando lo spazio e le condizioni ideali per rispondere alle nuove richieste emergenziali, con la predominanza di un'utenza giovane che presentava disagi e richieste totalmente diverse rispetto ai pazienti precedentemente in carico.

L'opportunità di avere uno spazio e operatori dedicati esclusivamente a tale utenza ha favorito la nascita di un'esperienza molto positiva, ha cioè favorito la strutturazione di un nuovo approccio riabilitativo, in sintonia con i pensieri e le intuizioni di cui sopra, e soprattutto con i bisogni reali di accoglienza e di appartenenza al contesto sociale del territorio, riportati dai giovani durante i colloqui con gli operatori.

Il Centro Diurno Area Giovani

Attualmente la nostra originalità consiste nella permanenza di una funzione clinico – terapeutica finalizzata alla stabilizzazione del quadro psichico (Centro Crisi Temporaneo) che opera in continuità con la funzione riabilitativa (Centro Diurno). L'esperienza del CCT è ancora attiva e continua ad accogliere in modo individualizzato e strutturato pazienti in fase di malessere acuto / subacuto, sulla base delle indicazioni del CPS e di una valutazione concordata con gli invianti. Ad oggi l'osservazione, svolta a distanza di due anni dall'emergenza pandemica, evidenzia l'aumento degli accessi al CD con una netta preponderanza delle fasce d'età giovanili.

In parallelo, dopo aver sperimentato che è possibile lavorare in uno spazio dedicato con utenti giovani, il Centro Diurno ha deciso di creare un progetto ad hoc rivolto a tale fascia di età e più precisamente improntato alla funzione riabilitativa e di reinserimento nel territorio. A tale riguardo la sempre più rilevante domanda di accesso e le richieste di sostegno ci hanno portato ad interrogarci sulle azioni che potevamo mettere in atto per rispondere ai bisogni di un'utenza verso la quale non eravamo preparati a dare risposte.

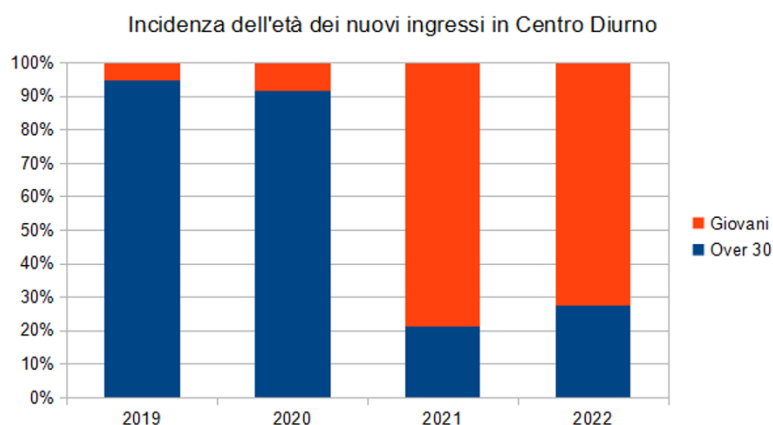
Nasce da qui il Centro Diurno Area Giovani.

I DATI

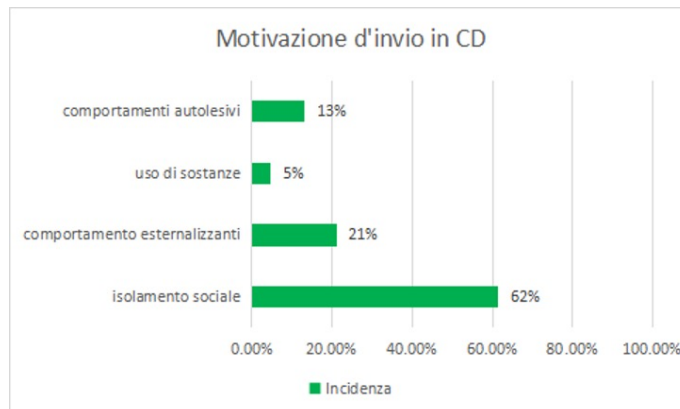
Di seguito vengono evidenziati alcuni dati epidemiologici relativi alle attività svolte e alle persone trattate negli ambiti unificabili attorno al Progetto giovani del Centro diurno. I dati mettono in evidenza la tipologia di utenza afferente al Progetto giovani e l'evoluzione dei rapporti tra utenti e offerta riabilitativa del servizio.

La revisione organizzativa che ha portato alla strutturazione del CD per i giovani ha coinciso nel 2022 con un deciso aumento di invii da parte del CPS delle fasce under 30 (vedi grafico: nell'anno 2022 il 78% dell'utenza che frequenta il CD ha un'età sotto i 30 anni e si evidenzia la grande differenza rispetto all'anno 2019, in cui l'utenza under 30 risultava essere inferiore al 10 % contro il 90% di pazienti over 30).

Dati di incidenza

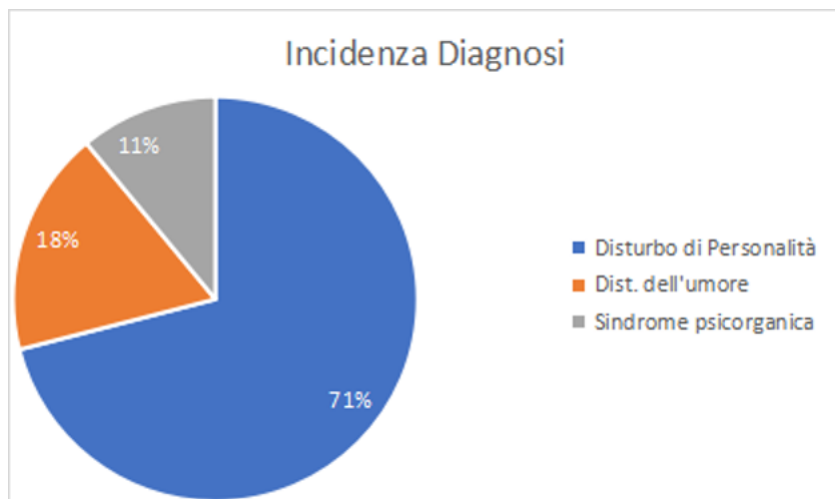


Motivazioni invio

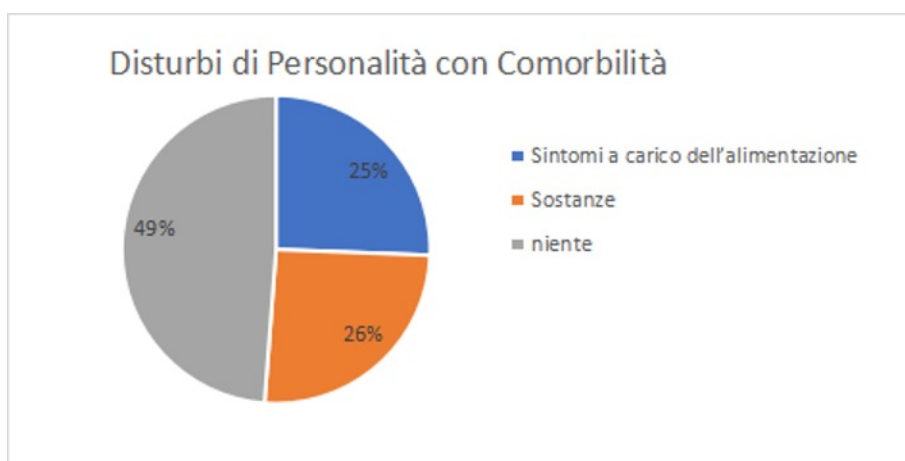


Interessante è l'analisi delle motivazioni di invio al CD: la grande maggioranza delle richieste di inserimento avviene per motivi di ritiro e isolamento dalle relazioni (62%). Il 21% dei pazienti viene inviato perché presenta comportamenti esternalizzanti, di difficile gestione nell'ambito familiare. Il 13% viene proposto per la presenza di condotte autolesive. Per una percentuale più ridotta (5%) viene richiesto l'intervento del CD perché il giovane effettua un uso importante e destabilizzante di sostanze.

Percentuali diagnosi giovani presi in carico tra 2020/2022

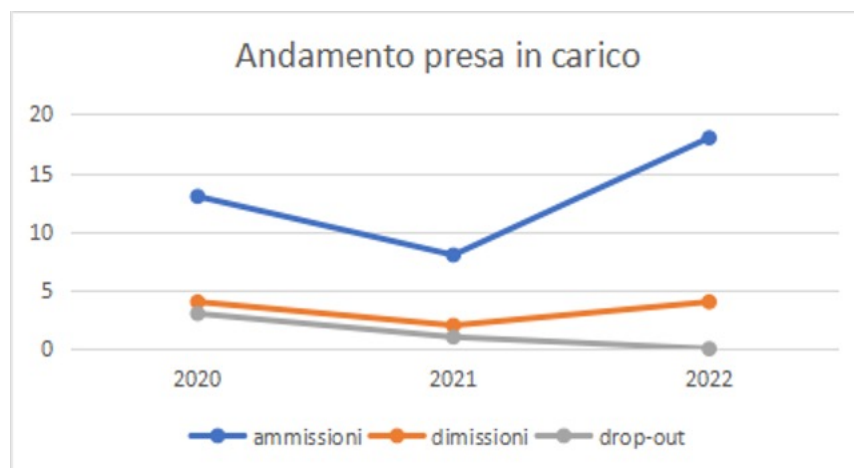


Dal grafico si evince che più dei tre quarti dei pazienti presi in carico sono affetti da un disturbo di personalità; solo una piccola percentuale presenta disturbi dell'umore per lo più di tipo depressivo; una piccola parte restante soffre di problemi di ritardi cognitivi legati a condizione organiche dalla nascita o a seguito di traumi. Inoltre la tabella evidenzia l'assenza di pazienti giovani con diagnosi di psicosi.



Da un'analisi più approfondita dei pazienti con disturbo di personalità si nota che il 25% ha concomitanti disturbi dell'alimentazione e un altro 25 % utilizza sostanze d'abuso.

Andamento presa in carico - età utenza - dimissioni

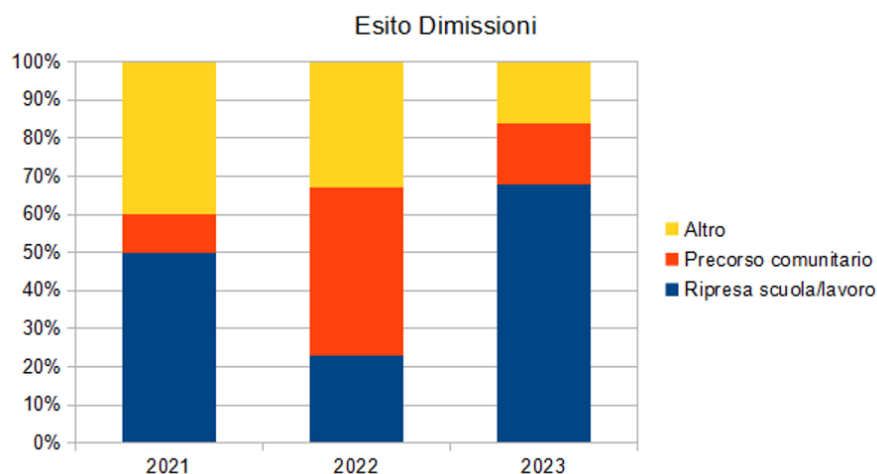


Si nota dal grafico che, dopo un'iniziale crescita degli invii al centro, motivata dall'urgenza pandemica, è seguito un periodo di stasi. In tale periodo è avvenuta una revisione e una ripuntualizzazione della proposta di trattamento, dopo aver condiviso con il CPS inviante un lavoro di rivalutazione e miglior comprensione dei nuovi bisogni espressi dall'utenza.

Dal grafico si nota la graduale diminuzione dei drop-out dal 2020 al 2022, a cui corrisponde un aumento delle dimissioni concordate a fine percorso, segno del risultato positivo della permanenza nel CD che ha portato alla dimissione.

Esito Dimissioni

Questo grafico mette in evidenza l'importante risultato ottenuto dal CD che nel 2023 vede per i propri utenti al momento delle dimissioni una ripresa del percorso di studi o dell'attività lavorativa nel 60 % dei casi.



Come si lavora in CD

Il Centro Diurno è composto da diverse figure professionali: lavorano infatti in modo integrato Educatori e Terapisti della Riabilitazione, un Infermiere e lo Psichiatra che effettua supervisione clinica dei casi. Accanto a queste figure si avvicinano volontari che prestano la propria professionalità per laboratori volti alla riscoperta delle potenziali attitudini e interessi degli utenti.

Due sono i momenti significativi del lavoro degli operatori:

1) il momento dell'accoglienza del giovane, fatta individualmente con l'Educatore di riferimento che lo seguirà nel suo percorso. In questa prima fase è importante accogliere il malessere, ma anche conoscere gli interessi, le passioni, i desideri

della persona. Avere infatti un quadro chiaro delle reti amicali e sociali, dell'attività scolastica e lavorativa e delle difficoltà che hanno preceduto la comparsa del malessere permette di individuare proposte concrete per attivare un "fare condiviso"; 2) in un secondo momento, e in base al quadro individuale, il giovane è invitato a incontrarsi con altri ragazzi in una dimensione di gruppo alla pari, in cui emergono proposte e si strutturano progetti e attività sul territorio.

Gli Educatori/ Terapisti, nel condividere e guidare il percorso di strutturazione delle attività del nuovo CD giovani, si propongono di accogliere e accompagnare i ragazzi nell'affrontare al meglio i loro compiti evolutivi per porre le premesse di un'emancipazione reale.

Gli operatori diventano per i ragazzi, fuori dalle mura protettive del CD, il riferimento sicuro di ascolto e mediazione con la realtà circostante. I giovani trovano accoglienza e rassicurazione per le parti fragili, ma anche il giusto stimolo per mettere in gioco le proprie risorse sane nei tempi e nei luoghi più adeguati.

I nostri operatori effettuano supervisioni mensili con professionisti del settore. Siamo convinti che la risorsa più preziosa sia rappresentata da un personale che integra professionalità e capacità di mettersi in gioco: professionisti e insieme persone autenticamente motivate dai propri valori di vita, dotate di empatia e capacità di lavorare in equipe.

Nel costruire questo nuovo approccio, la prima domanda che ci siamo posti è stata quali fossero i bisogni specifici e la risposta ci è stata fornita dagli stessi giovani pazienti: la riappropriazione di uno spazio affettivo ed esperienziale dove sentirsi accolti ma anche avere gradualmente la possibilità di sperimentare le proprie competenze e di riscoprire le proprie passioni in modo sempre più autonomo e funzionale.

I primi concreti cambiamenti operativi sono stati:

- accoglienza del malessere con modalità più flessibili rispetto alle tempistiche e agli orari prefissati e quindi meno circoscritte alla struttura fisica del CD;
- tempestività della risposta alle richieste di aiuto;
- apertura alla valorizzazione degli interessi, dei bisogni di socialità, di appartenenza e di riconoscimento dei punti di forza dei giovani attraverso l'utilizzo del contesto territoriale al di fuori dello spazio istituzionale.

La necessità di sentirsi parte di una realtà non avulsa dal contesto sociale e non stigmatizzata ha stimolato, inoltre, la ricerca di spazi ed esperienze da condividere con altre realtà culturali presenti nel territorio. Sono stati individuati centri culturali disposti a condividere luoghi e progetti per riattivare momenti di socialità, che il lockdown aveva precluso, in cui i nostri ragazzi potessero essere protagonisti e attivatori di proposte rivolte ad altri coetanei.

Da una prima analisi dell'esperienza in corso ci sembra di constatare che, laddove i ragazzi faticano a svolgere un lavoro di mentalizzazione e di presa di coscienza delle proprie conflittualità e delle proprie fragilità, non sia sufficiente un solo contesto di ascolto. Occorre favorire percorsi di validazione e di riconoscimento delle peculiarità della persona, attraverso un'esperienza concreta volta a rafforzare e a far crescere il giovane, che, a queste condizioni, si sente più coinvolto e disponibile all'offerta del servizio. È perciò importante realizzare una forte integrazione dell'attività clinica con le attività di assistenza e riabilitazione, nel corso delle quali gli operatori si confrontano con i giovani in una prossimità quotidiana che facilita la comprensione dei diversi aspetti di vita del giovane.

In alcune situazioni, infatti, l'intervento di tipo concreto e operativo svolto da figure come l'Educatore/ Terapista della riabilitazione o l'Infermiere professionale risulta essere molto efficace nel creare un'alleanza terapeutica. Proprio con ragazzi impulsivi, esternalizzanti, che cercano gratificazioni immediate e che faticano a mettersi in un'ottica di riflessione su di sé e sul proprio modo di agire, un metodo che privilegia il "fare insieme" (incluso ad es. un percorso di psicoterapia), sembra offrire maggiori opportunità, e si rivela più adatto ad aprire una via di comunicazione che altrimenti appare sbarrata.

Il lavoro ambulatoriale è utile se trova applicazione e risposte nel tessuto territoriale e familiare: è importante sottolineare che il lavoro svolto in CD sarebbe stato nullo se non fossimo stati in grado di creare dei rapporti di collaborazione con enti istituzionali e associazioni del territorio: abbiamo dialogato con le scuole e con i servizi sociali, abbiamo seguito i ragazzi in ogni passaggio per l'inserimento lavorativo e abbiamo dato sostegno alle famiglie.

Di fronte ai bisogni che emergono prepotenti nei ragazzi, agli operatori è richiesto qualcosa di più delle buone competenze professionali. I ragazzi guardano agli adulti, nel qui e ora, affamati di testimonianze di vita, e soprattutto di modelli identificatori significativi e portatori di speranza e di senso. Se vogliamo contribuire a superare l'epoca delle "passioni tristi" e del nichilismo, ognuno di noi deve assumere responsabilmente la consapevolezza di essere guardato dai giovani, che si aspettano una relazione autentica e significativa

PRESENTIAMO A TITOLO ESEMPLIFICATIVO DUE DELLE INIZIATIVE MESSE IN ATTO

E-20 in Progress: il Progetto e la sua realizzazione

E-20 in progress nasce nel giugno 2020, raccogliendo le richieste dei ragazzi di un luogo adeguato e non istituzionalizzato dove potersi incontrare e mettere a frutto le proprie competenze. Abbiamo sostenuto questo progetto che vede i giovani del CD protagonisti nella creazione di eventi volti a catalizzare l'interesse di altri giovani del territorio, e si pone come punto di riferimento per associazioni e pari, in collaborazione con il Comune, l'Informagiovani e altre associazioni no profit. I ragazzi hanno avuto un piccolo sostegno economico grazie a donazioni da parte di privati, con il quale hanno potuto avviare l'attività.

Il progetto *E-20 in progress* ha dato l'occasione ai ragazzi di mettersi alla prova attraverso un approccio *job-training*, propedeutico all'attività lavorativa, con l'obiettivo di incrementare l'empowerment e l'emancipazione, sino alla totale autogestione dell'attività.

L'Associazione creata dai giovani utenti: HorusClub

Da questa seconda fase e opportunità è emersa successivamente l'idea, che si è attualmente consolidata, della creazione di un'associazione costituita dai ragazzi fuori dal contesto istituzionale.

Necessità di non sentirsi soli, necessità di appartenenza e comunicazione coi pari attraverso i social, necessità di sentirsi visti, sentirsi valorizzati, sentirsi accettati e perciò riconosciuti e considerati: questi sono i bisogni che hanno fatto nascere il desiderio dei ragazzi di dar vita a un'associazione autonoma. Bisogni senz'altro meritevoli di ulteriori più approfondite letture e riflessioni (es. il tema dello sguardo e la relazione con l'altro).

Riflessioni conclusive

Per favorire l'ingresso dei giovani presso il CD con un'area di lavoro a loro riservata sono state create procedure più snelle per la presentazione da parte del CPS anche in situazioni di urgenza. La stretta, rapida e snella comunicazione tra CPS e CD è sicuramente un aspetto di decisiva importanza: ha permesso una presa in carico integrata tra gli aspetti clinici e l'osservazione intensiva dei bisogni e degli interessi specifici della persona.

Si è provveduto a individuare spazi di intervento di urgenza (Centro Crisi Temporaneo) che ben si adattassero al momento e al bisogno specifico dell'utente in fase di emergenza clinica e che, successivamente a un intervento di stabilizzazione emotiva, permettesse di individuare un adeguato progetto riabilitativo.

Il percorso dell'utente in molte occasioni ha favorito un precoce rientro nel proprio ambito di vita, con la ripresa del lavoro o degli studi, con la conseguente dimissione dal CD, tra gli obiettivi forti dell'approccio riabilitativo del Centro, insieme al coinvolgimento della famiglia e del territorio di appartenenza.

La peculiarità del nostro approccio riabilitativo sta nell'ascolto attivo dei ragazzi, si concretizza nel creare laboratori e attività calibrati sulle esigenze e sulle attitudini e che possono avere un carattere di temporalità modellato sul gruppo esistente. Di conseguenza, il CD non offre proposte di intervento precostituite. Infine, viene offerta ai giovani la possibilità di costruire un gruppo che permette il rispecchiamento, il confronto tra pari, favorisce un'ulteriore crescita e maturazione personale e aiuta ad uscire dal ritiro e dall'isolamento senza speranza.

Un'ultima importante riflessione, che stiamo facendo sul campo, è che, di fronte ai bisogni che emergono prepotenti nei ragazzi, agli operatori sia richiesto qualcosa in più delle buone competenze professionali. I ragazzi guardano agli adulti, nel qui e ora, affamati di testimonianze di vita, e soprattutto di modelli identificatori significativi e portatori di speranza e di senso. Se vogliamo contribuire a superare l'epoca delle "passioni tristi" (11) e del nichilismo (12) dobbiamo ognuno di noi assumerci responsabilmente la consapevolezza di essere guardati dai giovani, che si aspettano una relazione autentica e significativa. Siamo consapevoli, infatti, del doppio ruolo che gli operatori svolgono nei confronti dei giovani che cercano non solo "terapisti", ma anche adulti "credibili" a cui potersi riferire.

Lo sguardo dell'altro, la relazione, il lavoro dell'integrazione sono per noi punti di forza che aprono a sviluppi di grande interesse.

* Responsabile Struttura semplice territorialità DSMD Lecco

** Trp CDP di Lecco

***Coordinatrice del CDP di Lecco

e-mail: vittoria.speltoni@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

- 1) McGorry PD, Edwards J., Mihalopoulos C. et al.1996, EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2): 305-26.
- 2) Birchwood M., Todd P, Jackson C. 1996, The Early Intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172-33:53-59.
- 3) McGorry PD, 2013, Prevention, innovation and implementation science in mental health: the next wave of reform, *The British Journal of Psychiatry*, 202, pp.3-4.
- 4) *PsichiatriaOggi-annoXXXV-n1-06-DAVANZO-Coalizione-comunitaria-CPS-Giovani-Contatto.pdf*
- 5) *PsichiatriaOggi-annoXXXV-n1-06-DAVANZO-Coalizione-comunitaria-CPS-Giovani-Contatto.pdf*
- 6) Cerati G. e coll. 2022, Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio. *Psichiatria Oggi*, anno XXXV, n.1.
- 7) Percudani M. e coll. 2022, Progetto Semola. ASST Ospedale Niguarda
- 8) *Frontiers in psychiatry* 2019 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00355/full>
- 9) *World Mental Health Report 2022* (fonte di tutti i dati epidemiologici di seguito riportati)
- 10) Ballantini e coll. 2023, Disagio giovanile e adolescenziale tra cambiamento d'epoca e pandemia. Ediz. Gruppo Aeper.
- 11) M.Benasayag, M. Schmit, 1994, L'epoca delle passioni tristi, Feltrinelli ed. 2005.
- 12) U.Galimberti, L'ospite inquietante, Feltrinelli, 2007

Juvenile distress: a study case in Lecco Rehabilitation Centre Good practices and new perspectives after the Covid-19 pandemic

The present article is about a rehabilitation project in the Lecco Rehabilitation Centre (CDP), and describes the procedures and the good practices designed to meet the requirements of juvenile patients. The number of young people needing support is increasing after the pandemic crisis and the local Mental Health Service sends urgent requests every day.

The operators at the Rehabilitation Centre have developed a multidisciplinary approach to contain the young person's mental disorder, and provide him/her with opportunities, activities and events, where the young people can engage and test their abilities and competence, can integrate with the local community, learn about the social background of the territory and meet their peers.

The project is specially meant for prevention and for age groups 15 - 24

KEYWORDS: young people, psychiatric disorders, pandemic, integration, territory, relationship

link
■ esperienze



FOTO ANDREA ROSSO

Il contributo degli psicologi di EMDR Europa in uno scenario di guerra

The contribution of EMDR psychologists in a war context

ISABEL FERNANDEZ*, EUGENIO GALLINA**

Il 25 febbraio 2022, a due giorni dai bombardamenti per mano della Russia contro il territorio ucraino, l'Associazione EMDR Europe, con tutti i Suoi 38 stati membri, si è attivata per dare il proprio contributo, sia a livello di supporto psicologico, sia fornendo una guida su come intervenire durante l'emergenza e su come coprire le diverse esigenze esistenti in ogni paese

PAROLE CHIAVE: trauma, psico-educazione, stabilizzazione, speranza, aiuto, cura

«La mia città è occupata dai russi, è impossibile lasciare la città, alcuni vengono deportati in città molto lontane (dal confine ucraino), hanno tagliato l'elettricità e chiuso le stazioni di rifornimento e internet, ho sentito che molti provando a scappare in questi giorni sono stati uccisi. Il problema è che non abbiamo soldi e risorse. Molti stavano dalla parte della Russia, ma poi vedendo cosa stava succedendo hanno capito. All'inizio di questo incontro sentivo molta RABBIA, ANSIA, PAURA e TRISTEZZA ma sono riuscita a piangere, ho avuto emozioni fortissime e adesso mi sento più leggera... è come se la carica emozionale fosse diminuita. Ad un certo punto poi ho sentito un calore rassicurante e ho immaginato di essere con mio figlio al sole... Ora non mi resta che pregare tutti i giorni di poter tornare a casa e poter riabbracciare mio figlio, che si è arruolato come volontario. Grazie per aver condiviso con noi queste tecniche».
[Testimonianza di una donna e una mamma ucraina al termine di un incontro EMDR]

Grazie alla nostra lunga esperienza lavorativa in contesti di emergenza, una nostra prerogativa è sempre stata il coordinamento inter ed intra di gruppi di terapeuti che vengono meno proprio in contesti complessi e destabilizzanti come questi.

Per questo motivo, è stato importante creare del materiale ad hoc, tradotto in ogni lingua per paese: ciò ha permesso ai nostri terapeuti, specializzati nel primo soccorso psicologico e supporto psicosociale, di effettuare interventi di triage, di psico-educazione (sulle più comuni reazioni da stress), di stabilizzazione in fase acuta (conducendo interventi di gruppo e individuali con protocolli EMDR). Inoltre, durante il primo anno di guerra, EMDR Europe ha supervisionato ciascuna attività attraverso riunioni mensili, in modo tale da riuscire a valutare le attività concrete svolte sul campo nei diversi paesi ed a seguire passo dopo passo gli sviluppi, le diverse esigenze dei profughi e dei terapeuti, il numero di persone raggiunte e i risultati ottenuti.

Gli interventi svolti durante la guerra in Ucraina si possono suddividere in tre grandi macrocategorie:

1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina.
2. Attività sulla frontiera e nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria.)

Sono state coperte diverse tematiche: come trattare i bambini vittime di guerra, varie tecniche di stabilizzazione, supporto psicologico specializzato per l'elaborazione del trauma e del lutto, attivando strumenti e competenze per lavorare con le vittime di guerra, di torture e di violenza sessuale, di ogni età

3. Attività attuate in tutto il resto dell'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.

1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina

Per riuscire a raggiungere il maggior numero possibile di persone provenienti dalle aree di crisi, abbiamo effettuato diversi seminari e workshop rivolti a terapeuti EMDR, psichiatri e psicologi ucraini. Sono state coperte diverse tematiche: come trattare i bambini vittime di guerra, varie tecniche di stabilizzazione, supporto psicologico specializzato per l'elaborazione del trauma e del lutto, attivando così strumenti e competenze per lavorare con le vittime di guerra, di torture e di violenza sessuale, di ogni età.

Questa formazione è stata organizzata su richiesta dei colleghi rimasti in Ucraina. Quando le nostre associazioni e la comunità professionale hanno chiesto ai colleghi di cosa potessero aver bisogno, la risposta è sempre stata che volevano formazione. Inoltre, è stato fornito supporto psicologico online a psicologi e clinici ucraini, con l'obiettivo di stabilizzarli e facilitare l'elaborazione dei momenti più traumatici che stavano vivendo anche a livello personale. La maggior parte di loro sono membri dell'Associazione EMDR Ucraina (specializzata nella cura dei disturbi post-traumatici). Prendersi cura dei terapeuti ha facilitato e facilita, di conseguenza, gli interventi di pronto soccorso psicologico che essi possono fornire alla popolazione ucraina nelle comunità, quartieri, rifugi, nelle stazioni ferroviarie, ecc. Dall'inizio della guerra e per tre mesi è stato effettuato ogni giorno almeno un gruppo (di circa 10/12 partecipanti), soprattutto da parte di colleghi EMDR Italia con il supporto linguistico di un interprete. La maggior parte di loro provengono da Kiev e Lviv, ma, dal momento che la partecipazione è on-line, questa può estendersi a molti altri luoghi.

2. Attività sulla frontiera o nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca)

Dall'inizio di questa emergenza, mentre i membri delle Associazioni EMDR Slovacchia e Polonia lavoravano al confine, coordinati con altre ONG e con le parti che forniscono servizi di base ai rifugiati, sono stati organizzati diversi workshop per colleghi polacchi, rumeni, slovacchi, ungheresi e anche per psicologi della Repubblica Ceca. Gli interventi erano focalizzati su come fornire il primo soccorso psicologico, consigli su come dare supporto nella fase acuta del trauma, su come affrontare e ridurre le reazioni di stress acuto e promuovere la resilienza. Questi colleghi erano a contatto diretto, in fase acuta con i rifugiati nelle frontiere dei loro paesi.

È stato importante rivolgere una buona parte delle attività ai terapeuti dei paesi limitrofi che stavano lavorando nei campi profughi sul confine con l'Ucraina. L'obiettivo è stato quello di fornire strumenti specifici ed efficaci per adattarsi al contesto di guerra e per ricevere i profughi.

Alcuni seminari si sono concentrati sui bambini, altri sull'intervento di gruppo, sulle famiglie dei rifugiati o più in generale sul lutto e la perdita.

Tutte le attività di sostegno ai confini dell'Ucraina, come, ad esempio, il pronto soccorso psicologico, la stabilizzazione, la facilitazione di un senso di sicurezza, sono stati effettuati da un team di terapeuti divisi in squadre di 4/5 psicologi che si alternavano nel compito, colleghi esperti in psico-traumatologia e nell'utilizzo dell'EMDR in contesti di emergenza che, coordinati dall'Associazione EMDR Europe, hanno dato disponibilità a rimanere al confine per tutto il periodo necessario nella fase acuta della guerra mentre i campi profughi continuano a ricevere ucraini in fuga dal conflitto.

3. Attività attuate nel resto del l'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati

È importante sottolineare l'importanza del lavoro svolto nei paesi europei non in conflitto, dove i membri delle varie Associazioni EMDR Nazionali si sono attivati in centri e reti di supporto in collaborazione con diverse ONG, Comuni, Ministeri dell'Istruzione di diversi paesi, scuole, chiese, enti di beneficenza facendo interventi di gruppo e individuali specializzati.

Un esempio fra tanti è quello realizzato dall'Associazione EMDR Italia, grazie a partnership già esistenti con il Comune di Roma, Varese, Crema, con il Servizio

Sanitario Nazionale di Milano (ATS Milano), con la Regione Emilia Romagna e l'Hub per i rifugiati di Padova e Roma, dove sono stati presenti psicoterapeuti EMDR che hanno accolto i rifugiati, fornendo loro e ai loro bambini supporto ed orientamento, spiegando ed affrontando le reazioni da stress, dando loro un senso di sicurezza attraverso un primo soccorso psicologico.

La collaborazione di EMDR Italia con le varie associazioni ha permesso di unificare gli sforzi e le risorse. Inoltre, sono stati sostenuti i cittadini ucraini che erano rimasti bloccati in diversi paesi europei prima dello scoppio della guerra e che, avendo subito una traumatizzazione indiretta, avevano bisogno di aiuto. Tutte le Associazioni EMDR dei diversi paesi hanno pubblicizzato questo servizio attraverso i social network e presso le comunità ucraine già esistenti.

In Italia, in particolare, oltre a sostenere i rifugiati nei loro luoghi di alloggio, è stato importante fin dall'inizio dare un sostegno agli operatori e ai volontari che lavoravano nei centri per prevenire lo stress da *compassion fatigue* che spesso compare nel personale che lavora in prima linea nelle emergenze. Per questo motivo, abbiamo fornito materiale psico-educativo e svolto degli incontri di decompressione e di debriefing con i gruppi di medici e operatori più esposti.

Un altro impegno fondamentale è stato preparare le famiglie e le scuole disposte ad accogliere i rifugiati prima del loro arrivo, attraverso webinar ed incontri di gruppo di orientamento. Abbiamo preparato volantini con consigli semplici e pratici da mettere in pratica, materiali disponibili sia in formato digitale sui siti ufficiali delle Associazioni sia in cartaceo per tutti i rifugiati (bambini e adulti), sulle reazioni allo stress, consigli su "cosa fare" ed indicazioni sui comportamenti da evitare, oltre che volantini su "come spiegare la guerra ai bambini" per riuscire ad affrontare questo tema con modalità che consentano una educazione alla pace.

In seguito, abbiamo sviluppato un programma per lavorare con le scuole di diversi paesi che ricevevano bambini ucraini. Questo programma è stato rivolto sia ai genitori che agli insegnanti per imparare, attraverso consigli e strategie, come comportarsi con i bambini ucraini, al fine di favorire una buona integrazione all'interno delle nuove classi scolastiche, offrendo sia ai bambini che agli adolescenti ucraini traumatizzati un ciclo di EMDR in gruppo e/o individuale.

Questo è un resoconto di tutte le attività che EMDR Europe Association ha coordinato nei diversi paesi.

Dai registri risulta che 30.852 persone sono state raggiunte sia da remoto che in presenza, attraverso 2.808 sessioni EMDR di gruppo ed individuali durante il primo anno di guerra.

Inoltre, è stata tenuta traccia di tutti gli interventi e i risultati post-intervento, con l'obiettivo di raccogliere dati scientifici utili per costruire delle linee guida aggiornate per il futuro attraverso le *lessons learned* di questa emergenza.

Amore. Famiglia. Un sole nuovo. Prendersi cura. Sono al Sicuro. Aiuto reciproco. Connessione. Pace. Forza. Gratitudine. La vita continua. Un sorriso nell'anima.

Queste sono alcune delle parole chiave che persone ucraine hanno usato alla fine di una prima elaborazione con EMDR.

Queste parole danno a Noi e a Loro speranza, la speranza che ci sia un modo che permetta all'animo umano di trovare la forza di superare queste situazioni critiche e che esista un modo di parlare e di agire comune che superi qualsiasi ostacolo culturale, linguistico e politico.

In conclusione, è necessario un ringraziamento all'EMDR e ai tanti colleghi dell'Associazione impegnati in questa emergenza che, grazie al loro lavoro, hanno permesso la realizzazione di tutto questo. È stata la prima guerra durante la quale gli psicologi hanno avuto un ruolo attivo dal primo giorno, e ne hanno seguito sul campo lo sviluppo. Giorno dopo giorno abbiamo avuto la sensazione che il nostro lavoro si fosse pian piano espanso fino a diventare un esercito di pace.

**Presidente Associazione EMDR Europe – *EMDR Italia

Abbiamo preparato volantini con consigli pratici da mettere in pratica, sia in formato digitale sui siti ufficiali delle Associazioni, sia in cartaceo per tutti i rifugiati (bambini e adulti), sulle reazioni allo stress, su "cosa fare" e indicazioni sui comportamenti da evitare, e volantini su "come spiegare la guerra ai bambini" per riuscire ad affrontare questo tema con modalità che consentano una educazione alla pace. Abbiamo anche sviluppato un programma per lavorare con le scuole di diversi paesi che ricevevano bambini ucraini

The contribution of Emdr psychologists in a war context

On February 25, 2022, two days after the start of the bomb attacks on Ukraine by Russian military, the Association EMDR Europe, with all its 38 member states, took action to face the consequences of the war and to give its contribution in terms of psychological support and as a guide on how to face emergency needs in the countries involved.

KEYWORDS: trauma, psycho-education, stabilization, hope, help, care



FOTO ANDREA ROSSO

link
— ricerche

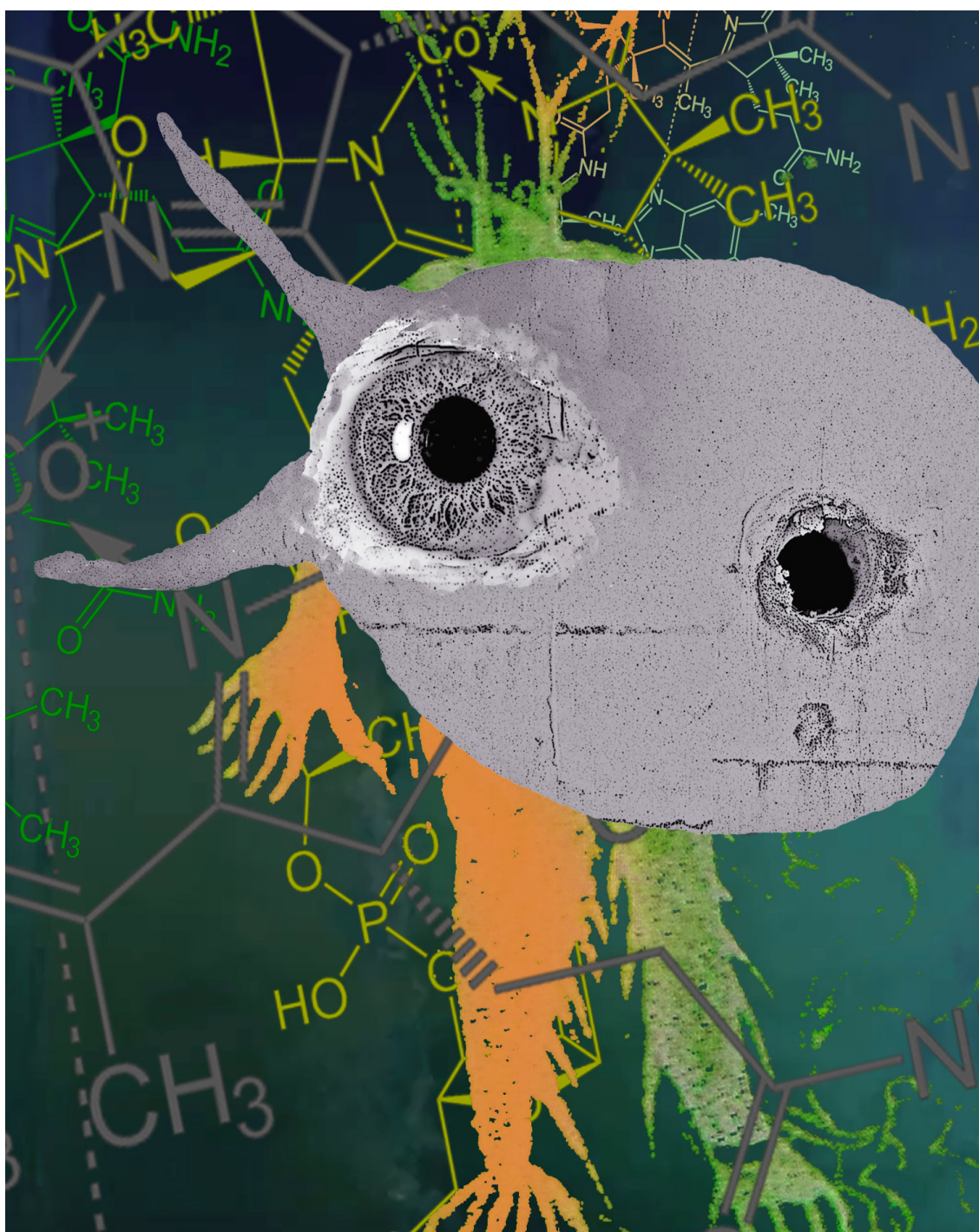


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Progetto di presa in carico multidisciplinare in ambito ospedaliero dei piccoli pazienti con Sindrome di Amplificazione del Dolore: la separazione tra fatti e vissuti

A multidisciplinary project in a hospital setting for young patients with Pain Amplification Syndrome: the separation of facts from subjective experience

BRIGITTE DELL'ANNA*

Nel contesto ospedaliero, luogo in cui la tempestività degli interventi è sempre più pregnante, la relazione è l'aspetto che può fare la differenza e che consente di raggiungere il massimo risultato possibile. Relazione intesa come co-costruzione di significati, vissuti, sensazioni, emozioni, sguardi che si sperimentano inevitabilmente tra paziente e professionisti sanitari. In questo articolo viene presentata l'esperienza effettuata dallo psicologo del Servizio di Psicologia Ospedaliera nell'UOSD di Reumatologia e Immunologia dell'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce, in cui il piccolo paziente, bambino o adolescente, insieme al sintomo fisico porta con sé, durante il percorso di diagnosi e cura, anche la sua storia, la sua famiglia, emozionalmente e fisicamente. È questa la separazione tra fatti e vissuti, tra ciò che accade e ciò che il piccolo paziente vive, la sua soggettività, la sua esperienza, unica e irripetibile

PAROLE CHIAVE: psicosomatica, multidisciplinarietà, bambini, adolescenti

Introduzione

L'obiettivo è attivare una riflessione sulle modalità di lavoro in ambito ospedaliero, per dare un contributo all'esperienza dei professionisti sanitari facilitando la costruzione della multidisciplinarietà ed il lavoro d'équipe per il benessere del paziente. Il modello propone una strategia di intervento psicologico clinico volta ad affiancare la competenza medica del "curare" alla competenza psicologica del "prendersi cura", strategia fondata sul superamento del setting psicoterapeutico e sulla sospensione dell'azione organizzativa (Carli, 2013).

Il solo intervenire sul problema organico comporta l'ignorare i vissuti, le angosce che si attivano nel paziente (Fornari, 1976). Appare, dunque, sempre più evidente che l'agire basato su un approccio multidisciplinare, la collaborazione e condivisione tra professionisti, tra competenze differenti, può garantire la presa in carico globale del paziente in un'ottica di benessere.

L'attività nell'UOSD di Reumatologia e Immunologia pediatrica

Nell'UOSD di Reumatologia Pediatrica del Vito Fazzi vengono effettuati percorsi diagnostici e terapeutici in regime ambulatoriale e di Day Service/Day Hospital per bambini e adolescenti con diverse malattie croniche che in alcuni casi sono caratterizzate da dolore cronico muscolo-scheletrico come le sindromi di amplificazione del dolore e la fibromialgia giovanile.

La fibromialgia giovanile rientra nel gruppo delle sindromi da amplificazione del dolore e si caratterizza per la presenza di dolore muscolo-scheletrico cronico (da almeno 3 mesi) diffuso, spesso associato a sintomi extrascheletrici (Weiss et al, 2018).

I dati relativi alla prevalenza in età pediatrica, che si assesta tra l'2% e il 6% con un maggiore interessamento del genere femminile e dell'adolescenza (Kashikar-Zuck et al, 2014), presentano un ulteriore fattore di variabilità dato dalla mancanza di criteri diagnostici definiti.

La scarsa conoscenza della patologia conduce ad un notevole ritardo diagnostico (Coles et al, 2021). Spesso, infatti, nei bambini e negli adolescenti i sintomi di affaticamento, stanchezza, dolore e difficoltà nella mobilità vengono associati a sospette patologie organiche, con esecuzione di visite specialistiche ed esami strumentali privi di utilità.

La fibromialgia giovanile, al pari di quella dell'adulto, è una malattia insidiosa ed invalidante, responsabile di una significativa morbidità e ridotta qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie (Weiss et al, 2018). Il 20% dei giovani pazienti con fibromialgia giovanile, inoltre, diventano adulti con dolori cronici, con conseguenze sulla collettività e costi notevoli in termini di visite mediche eseguite e ore di lavoro perse (Weiss et al, 2018).

Attualmente nella fibromialgia giovanile non ci sono farmaci approvati; inoltre, considerati i potenziali effetti collaterali (per es. sonnolenza, aumento di peso) il primo approccio in età pediatrica/ adolescenziale è di tipo non farmacologico. Solo in caso di quadri particolarmente severi, di coesistenza di patologia neuropsichiatrica e/o di fallimento delle terapie non farmacologiche, si potrà procedere con l'uso di trattamenti che agiscano a diverso livello sul dolore.

Risulta, dunque, necessaria una gestione multidisciplinare di tali patologie, in cui la presenza dello psicologo è fondamentale nel percorso di diagnosi e cura del piccolo paziente e della sua famiglia.

La fibromialgia giovanile, al pari di quella dell'adulto, è una malattia insidiosa ed invalidante, responsabile di una significativa morbidità e ridotta qualità di vita per i pazienti affetti e le loro famiglie. Il 20% dei giovani pazienti con fibromialgia giovanile, inoltre, diventano adulti con dolori cronici, con conseguenze sulla collettività e costi notevoli in termini di visite mediche eseguite e ore di lavoro perse

La complessità della diagnosi psicosomatica Alessandro Butera - Remembering The Tate Modern

Nella gestione clinica è usuale che un medico si rivolga ad un suo collega specialista in un'altra branca se ha il ragionevole dubbio che i sintomi presentati possano esser congrui con una condizione patologica che non è di sua competenza. La psiche viene considerata un "pezzo" più o meno misterioso dell'individuo che si aggiunge ad altri "pezzi" noti (Furlan e Mancini, 1980). In primo luogo, quindi, il termine "psicosomatica" viene formulato in modo ex negativo ("disturbo fisico senza cause organiche") per quanto riguarda i rapporti di causalità ("e quindi di origine psicologica"), tanto che viene confuso con "disturbo psicogenetico" o addirittura "immaginario" non solo nei mass media ma anche da medici, psichiatri e psicologi (Miresco e Kirmayer, 2006; Stone et al., 2004). Ciò comporta situazioni in cui la maggior parte dei pazienti con disturbi fisici che giunge dallo psicologo ha ricevuto una diagnosi pre-costituita ex negativo, caratterizzata, dunque dall'aver escluso cause organiche dal medico inviante; ciò porta lo psicologo a voler cercare a tutti i costi una causa psichica anche dove questa non c'è.

Lo scenario della consulenza psicologica per un paziente psicosomatico si distingue dallo scenario tipico della consultazione psicologica. Solitamente, lo psicologo ha di fronte un paziente con un problema di natura principalmente psicologica che, per questo motivo, ha chiesto aiuto o che è stato inviato da terzi sulla base dei disagi presentati; risulta molto difficile che il paziente "psicosomatico" si rivolga allo psicologo di iniziativa propria o della propria famiglia in caso di minori.

Nel contesto ospedaliero, invece, lo psicologo si trova di fronte a sintomi non coerenti con la propria formazione professionale e spesso con la propria teoria di riferimento del funzionamento mentale e deve basarsi sull'assunto, non indagabile con i propri strumenti, che l'origine e/o l'entità dei sintomi riferiti non derivi da

Il punto non è ricercare la causa della patologia, né se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno in modo binario, bensì individuare tutto ciò che è correlato al disturbo fisico sotto il profilo psicologico, dalla prevenzione al trattamento alla riabilitazione. Si tratta per lo psicologo clinico di pensare e lavorare con modalità diverse, tentando di differenziare per quanto possibile il tipo e il livello di associazione fra fattori psicologici e condizioni fisiche

una causa organica (Solano, 2013; Baldoni, 2010; Fava et al, 2014). Il rischio è quello di approdare ad uno dei due poli estremi che hanno a che fare con “all in your body” oppure “all in your mind”, dunque o considerare il disagio fisico del paziente come patologia organica oppure considerare qualsiasi sindrome fisica riferibile ad un fattore psicologico. Sono due polarità estreme di impotenza e onnipotenza della psicologia, supportate anche da molta letteratura, che influenzano negativamente l'osservazione con importanti bias teorici. I pazienti rappresentano, invece, una costellazione complessa di elementi tanto somatici quanto psichici (Porcelli et al, 2004).

I principali modelli a cui lo psicologo può far riferimento sono il modello biopsicosociale di Engel (1977), secondo il quale ogni malattia è un'entità multifattoriale, e l'assunto che afferma che la valutazione diagnostica va effettuata in positivo, ossia su ciò che si osserva, in una parola su ciò che c'è, in contrasto con il criterio ex negativo che parte da ciò che non c'è, ossia le evidenze di spiegazione biomedica.

Il punto quindi non è ricercare la causa della patologia, né se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno in modo binario, bensì individuare tutto ciò che è correlato al disturbo fisico sotto il profilo psicologico, dalla prevenzione al trattamento alla riabilitazione (Porcelli, 2009).

Si tratta per lo psicologo clinico di pensare e lavorare con modalità diverse, tentando di differenziare per quanto possibile il tipo e il livello di associazione fra fattori psicologici e condizioni fisiche.

Quale ruolo per lo psicologo? Fase istitutiva del Progetto

Dal 2021, nell'UOSD di Reumatologia e Immunologia pediatrica, si è avviato un processo di costruzione e co-costruzione tra medici e infermieri del reparto che, col tempo, ha portato a numerosi sviluppi all'interno del servizio stesso. Nel 2021, in reparto, non era presente la figura dello psicologo e non venivano effettuate consulenze rivolte ai piccoli pazienti e alle loro famiglie. A partire dalla necessità e dalla difficoltà da parte del medico responsabile dell'UOSD di gestire al meglio il dolore cronico dei bambini/adolescenti, ebbe inizio la collaborazione con l'UOSD di Psicologia Ospedaliera coordinata dal responsabile, il dott. Giuseppe Luigi Palma.

Poiché l'attuale modello di intervento sanitario, basato sulla sempre maggiore specializzazione delle competenze dei medici, prevede che diversi specialisti si occupino ciascuno della diagnosi e della cura di diverse patologie, è quasi inevitabile che la persona sia 'frammentata' nei suoi organi o apparati. Il ricorso allo psicologo, sino a quel momento, avveniva con alcune peculiarità, ben note allo psicologo clinico: l'invio risultava tardivo, essendo socialmente stigmatizzato, spesso quindi, in ritardo rispetto alla possibilità di un intervento efficace; l'invio era limitato ai casi nei quali la medicina si scontrava con l'impotenza (fallimento della medicina clinica) o di pazienti che inspiegabilmente non collaboravano (Carli, 1996, 1997, 2014) o con sintomatologie senza una precisa causa organica (concezione che ripropone la dicotomia mente- corpo); l'invio rappresentava, in altri casi, la manifestazione di un abbandono, dunque, le difficoltà psicologiche del paziente non riguardavano la medicina, potevano solo essere di intralcio. In tal modo, però, il processo di comprensione condivisa della sintomatologia del giovane paziente non era attuabile. In una prima fase del progetto, insieme ai medici e agli infermieri, abbiamo potuto sperimentare la nuova modalità come fallimentare, in quanto i piccoli pazienti e i caregivers, sentendosi selezionati, tra gli altri, come candidabili al colloquio con lo psicologo, hanno espresso una forte resistenza ad accettare il consiglio medico. In seguito a questo, spesso angosciati, i pazienti e i familiari abbandonavano il servizio e ricominciavano da capo con gli accertamenti medici in altri servizi alla ricerca di una diagnosi.

Nel corso di diverse riunioni d'équipe, in accordo con i medici e gli infermieri, è stata pensata e condivisa un'altra modalità che potesse tener conto dei limiti precedentemente sperimentati: la co-presenza medico-psicologo.

La presenza dello psicologo durante le prime visite reumatologiche, ha permesso una ri-narrazione della storia della malattia da parte dei caregivers e dei piccoli pazienti, con la possibilità di includervi nuovi elementi in precedenza non rilevati, perché al di fuori della cornice relazionale data per scontata da entrambi gli interlocutori. Si è giunti inoltre a definire una casistica di situazioni in cui si sarebbe potuto proporre un colloquio approfondito con lo psicologo, al di fuori dell'orario abituale di visita,

una facilitazione offerta a tutti, facente parte del percorso di approfondimento, contemporaneamente a quello medico.

Ciò ha permesso di inquadrare i casi osservati secondo un'ottica psicosociale, di discutere con il medico i casi osservati e di pensare e concretizzare, al di là del lavoro di chiarificazione possibile da parte del medico e dello psicologo, un eventuale invio ai servizi territoriali competenti nei casi di domanda di intervento psicologico da parte del piccolo paziente e/o della famiglia.

Dal 2021 ad oggi sono emerse anche richieste spontanee di consulenza psicologica da parte delle famiglie e il numero risulta in continuo aumento.

Riunioni di équipe

Il progetto prevede incontri a cadenza mensile in cui lo psicologo dà la possibilità a medici ed infermieri del reparto di condividere e confrontarsi sulle percezioni ed emozioni riguardo determinati cambiamenti organizzativi, criticità e risorse di ognuno. Lo psicologo ha il ruolo di condividere aspetti della cultura organizzativa utili per attivare una riflessione ed esplicitare le dinamiche presenti. Inoltre ha il compito di accogliere le richieste da parte degli operatori, analizzandone la domanda, dunque il senso che tali richieste hanno entro quel dato contesto organizzativo.

Alcuni degli aspetti emersi durante gli incontri di équipe hanno riguardato i cambiamenti organizzativi del reparto nel corso degli ultimi anni, il ruolo degli infermieri rispetto alla gestione delle figure genitoriali nel processo di diagnosi e cura dei bambini/adolescenti e i significati emozionali del pianto del bambino durante le procedure invasive.

In particolare, si è condivisa la modalità attraverso cui facilitare la rappresentazione di ciò che accade ai bambini e agli adolescenti nel percorso di diagnosi e cura. Gli infermieri e i medici hanno il compito di garantire una migliore partecipazione da parte del piccolo paziente durante le visite, i controlli e le procedure. Gli infermieri hanno accolto e dedicato tempo durante gli spazi di attesa da parte delle famiglie nei momenti precedenti alle procedure invasive al fine di individuare il genitore che più in quel momento poteva facilitare e sostenere il piccolo. Il sentirsi bene accolti, tanto su un piano ambientale, quanto su quello relazionale e tecnico-professionale ha posto le basi per un intervento efficace. In tale spazio l'infermiere ha facilitato una migliore comprensione delle procedure e degli interventi sia da parte del caregiver che dei piccoli pazienti, chiarendo ogni dubbio o perplessità in merito.

Prima di riflettere e definire tali modalità, lo psicologo ha dedicato i primi mesi del progetto ad una attenta osservazione e presenza tri-settimanale in reparto durante le visite, le procedure e i momenti di confronto medico. Ciò ha permesso di "stare" nel contesto, di analizzare la cultura organizzativa propria di quel reparto specifico e di "cucire" gli interventi su misura.

Conclusione

Nell'ospedale, lo psicologo non incontra singole persone con un problema: incontra relazioni tra le persone, gli utenti dell'ospedale da un lato e il sistema sanitario dall'altro. Lavora girando per i luoghi dell'ospedale: "intercetta" relazioni e situazioni entro le quali può essere utile il suo intervento; lo può fare solo se è in grado di "vedere" quanto succede attorno a lui. La domanda concernente un suo intervento, non gli è rivolta direttamente; non può, quindi, rifugiarsi in una stanza aspettando che qualcuno si rivolga a lui, per trattare il suo problema. La funzione psicologica può trovare una sua efficacia offrendo la disponibilità a trattare quanto non è possibile esprimere con il personale sanitario, perché vissuta sul piano simbolico, quindi sul piano emozionale (Carli, 2013).

Il progetto di presa in carico multidisciplinare sopra descritto ha permesso di organizzare percorsi di cura dedicati e ad accesso facilitato, garantire continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione e trattamento, favorire la tempestività nel riconoscimento e nel trattamento dei fattori di rischio ed aumentare le competenze specifiche degli operatori attraverso una formazione dedicata. Tutte le attività sono state pensate e costruite con uno sguardo alla specificità del contesto, alla cultura di riferimento in un'ottica attenta alla trasversalità organizzativa dell'intervento psicologico e alla multidisciplinarietà nella presa in carico degli utenti in tutte le fasi del percorso di diagnosi e cura.

Il progetto di presa in carico multidisciplinare ha permesso di organizzare percorsi di cura dedicati e ad accesso facilitato, garantire continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione e trattamento, favorire la tempestività nel riconoscimento e nel trattamento dei fattori di rischio ed aumentare le competenze specifiche degli operatori attraverso una formazione dedicata

* Psicologa clinica, specializzanda in Psicoterapia. E-mail: dellannabrigitte@libero.it

BIBLIOGRAFIA

- Baldoni, F. (2011). La prospettiva psicosomatica: dalla teoria alla pratica clinica. Società editrice il Mulino, SpA.
- Carli, R. (1996). Psicoanalisi: mandato sociale e formazione. *Psicologia clinica*, (1996/1).
- Carli, R. (1997). L'analisi della domanda rivisitata. *Psicologia Clinica*, (1997/1).
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale. *Quaderni di Psicologia Clinica*, (2).
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale. *Quaderni di Psicologia Clinica*, (2).
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2014). The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness". *Rivista di Psicologia Clinica*, (1).
- Coles, M. L., Weissmann, R., & Uziel, Y. (2021). Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. *Pediatric Rheumatology*, 19(1), 1 – 10.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129 – 136.
- Fava, G. A., Sonino, N., & Wise, T. N. (2014). Il metodo psicosomatico. Strategie per migliorare la valutazione clinica. Roma: Fioriti.
- Fornari, F. (1971). Introduzione ad una socioanalisi delle istituzioni psichiatriche. *Rivista di psicoanalisi*, 17(1), 9 – 41.
- Furlan, P. M., & Mancini, A. (1980). La consultazione psicosomatica: problemi di metodo ed implicazioni metodologiche. *Psicoterapia e scienze umane*, 14(4), 45 – 59.
- Kashikar-Zuck, S., Cunningham, N., Sil, S., Bromberg, M. H., Lynch-Jordan, A. M., Strotman, D., ... & Arnold, L. M. (2014). Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. *Pediatrics*, 133(3), e592 – e600.
- Miresco, M. J., & Kirmayer, L. J. (2006). The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 913 – 918.
- Palmisano, A., & Solano, L. (2006). La collaborazione medico-psicologo: la diagnosi, il dialogo, la cura, percorsi da fare insieme al paziente. *Psicologia della Salute*, (2005/1).
- Porcelli, P. (2009). Medicina psicosomatica e psicologia clinica: modelli teorici, diagnosi, trattamento. Cortina.
- Porcelli, P., Affatati, V., Bellomo, A., De Carne, M., Todarello, O., & Taylor, G. J. (2004). Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 84 – 91.
- Solano, L. (2001). Tra mente e corpo. Raffaello Cortina, Milano.
- Solano, L. (2013). Tra mente e corpo. Ed. Raffaello Cortina
- Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson, A., & Sharpe, M. (2004). "Psychosomatic": a systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45(4), 287 – 290.
- Weiss, J. E., & Stinson, J. N. (2018). Pediatric pain syndromes and noninflammatory musculoskeletal pain. *Pediatric Clinics*, 65(4), 801 – 826.

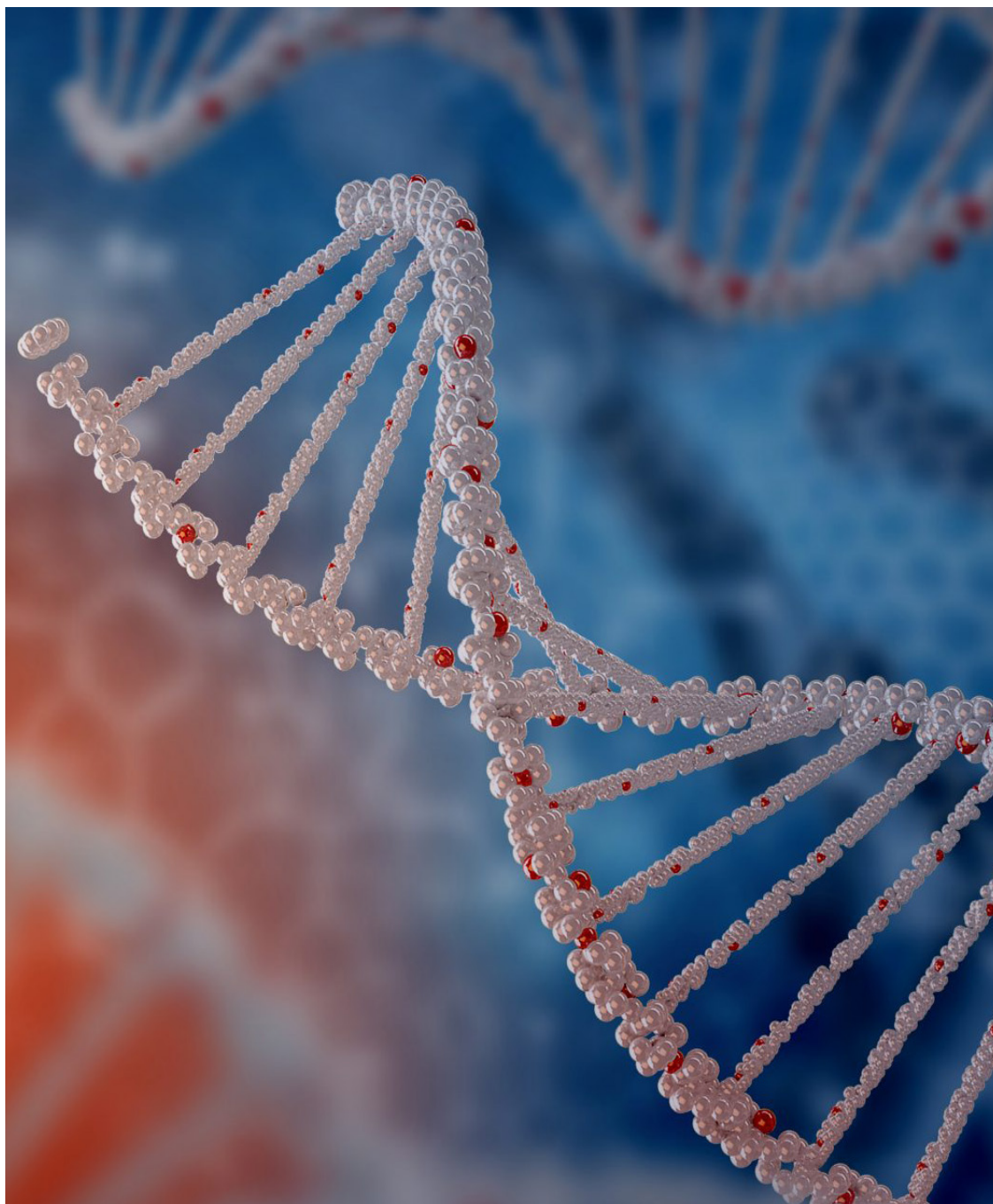
A multidisciplinary project in a hospital setting for young patients with Pain Amplification Syndrome: the separation of facts from subjective experience

In the hospital context, where timely interventions are very much needed, the role of relationships has become increasingly pivotal to making the best results possible. Relationship is the capacity to co-construct meanings, experiences, sensations, emotions, and even includes glances between the patient and healthcare professionals. This article is about the project carried out by the psychologist of the Psychology Service in the Rheumatology and Immunology UOSD of the "Vito Fazzi" Hospital in Lecce: the young patient, child or adolescent, brings, his/her physical symptoms and his/her story, his/her family, emotionally and physically, during the diagnosis and treatment processes. The project focuses on the separation of facts from experience, of what happens from the young patient's subjective experience, which is unique and unrepeatable.

KEYWORDS: psychosomatics, multidisciplinary, children, adolescents

link

■ riflessioni



La voce del sangue. Senso e mistero del legame di sangue

The voice of blood. Meaning and Mystery of blood bonds

MARISA D'ARRIGO*

La psicologia si è posta sin dalle origini come intuitiva portatrice e promulgatrice di valori che vanno oltre l'innatismo ed il determinismo biologico, dando importanza all'elemento affettivo/ relazionale e a quello culturale. Questo ha portato in campo clinico a individuare la possibilità di curare le ferite con le parole e con le relazioni.

PAROLE CHIAVE: psicologia, attaccamento, biologia, epigenetica

In psicologia dello sviluppo l'attenzione dei clinici e dei ricercatori è stata posta sui fattori relazionali/ affettivi, sulla qualità dell'attaccamento nella relazione adulto/ bambino mantenendo sullo sfondo il relativo dato biologico genitore/figlio. Numerose testimonianze sembrano dimostrare la validità delle scelte:

«Sopravvalutare i legami biologici è un luogo comune sorretto dall'ignoranza e dalla scarsa capacità di "leggere" la vita degli uomini. Per la scienza e per gli individui dotati di un discreto senso comune è chiaro ormai da tempo che le influenze date dall'ambiente e dalle relazioni incidono in modo determinante sullo sviluppo e la creazione del carattere di una persona, mentre i caratteri ereditari si limitano praticamente a modellarne l'aspetto fisico.»
(Enrico, adottato a tre mesi)

«Siamo il frutto delle persone con cui abbiamo vissuto la nostra vita non di quelli che ce l'hanno donata, siamo figli dei genitori che ci amano, ci allevano, educano, siamo genitori dei figli che amiamo, alleviamo, educiamo, indipendentemente dai legami di sangue!»
(Claudia, figlia e madre adottiva)

La vita dunque, il suo sviluppo e il comportamento umano sono stati visti come prodotti di molteplici fattori che l'individuo, partendo da quanto ha a sua disposizione, intreccia in maniera creativa (e Jung in questo, con il suo principio di individuazione, è stato sicuramente un maestro).

Lo sviluppo delle neuroscienze ha trovato la base organica di molte intuizioni filosofiche e psicologiche, e si sono sviluppati concetti e filoni di ricerca che fanno capo all'epigenetica e alla neuroplasticità.

Alla base dell'*epigenetica* c'è una sorta di inversione di paradigma: l'informazione genetica non va meccanicisticamente ed unidirezionalmente dal genotipo (il DNA) al fenotipo (l'individuo) ma ha un movimento, almeno parzialmente, circolare, che favorisce o inibisce l'accensione di porzioni di DNA. Ogni essere umano dunque nasce con un patrimonio genetico, tuttavia le influenze ambientali possono portare all'alterazione dell'espressione di specifici geni. Sono quindi incorporate nella biologia. Nell'incontro dell'individuo con l'ambiente, cioè, possono avvenire delle modificazioni dell'espressione dei geni. Per dirla con parole chiare, prese a prestito dal codice delle note: la partitura è la stessa, l'arrangiamento differisce ed ogni esecuzione è unica e irripetibile.

Il termine *neuroplasticità* (Bach-y-Rita, 1981) fa riferimento al concetto di 'neurogenesi', cioè alla nascita ed alla crescita di nuovi neuroni e nello specifico designa la capacità del cervello di ristrutturarsi a seguito di lesioni cerebrali sotto l'influenza di fattori esterni di tipo ambientale e comportamentale. Con l'uso infatti di tecnologie di imaging, quali la risonanza magnetica funzionale, è stato possibile registrare i cambiamenti sul piano morfologico e funzionale di strutture quali l'amigdala, la corteccia prefrontale, l'ippocampo a seguito di particolari esperienze. Questi filoni di ricerca dunque si muovono in quell'ambito nel quale il fattore psicologico/ambientale diventa biologico, evidenziando, e rendendo evidenza scientifica, la connessione tra uno stato esperienziale/psicologico e la memoria genetica considerata dalla biologia il livello più intimo e profondo della vita: il corpo non dimentica nulla.

La mia riflessione vuole porre l'accento, e un interrogativo, sul valore del legame di sangue, un legame fisico e biologico prima che psicologico, che, nonostante quanto affermato in precedenza, sembra restare profondamente centrale. Basti pensare all'inquietudine e all'importanza della ricerca delle origini che caratterizza sovente la storia dei bambini adottati, anche quelli nati da parto anonimo e quindi accolti dai genitori adottivi in tempi molto brevi. Verrier (2009) parla in questi casi di "ferita primordiale". O alla soggettiva percezione di qualcosa che "non quadra" nei bambini nati da PMA con donazione di gameti.

«Accorgersi quasi inconsciamente che c'è qualcosa che non va fin da quando si è piccoli (...)» (Audrey Kermalvezen, giovane avvocatessa francese, che a 29 anni ha saputo di essere stata concepita con lo sperma di un donatore sconosciuto).

O alla vicenda del sito statunitense *Donor sibling registry* attraverso il quale si sono contattati 150 fratelli, figli di un unico donatore, di cui si conosce solo il numero identificativo.

O ancora al documentario *Anonymous Father's Day* (2011) in cui uno degli intervistati (tutti nati da PMA con donazione) sottolinea come da una parte si dice che il legame di sangue non conta e che i veri genitori sono quelli che ti crescono, dall'altra frequentemente le madri si fanno inseminare dallo stesso donatore in modo da avere figli che siano fratelli tra loro.

Spostandoci poi dal fronte dei figli a quello dei genitori, pensiamo alla complessità che accompagna molte genitorialità adottive o da PMA che sentono come fragile, se non a volte finto, il rapporto con il figlio, e scarsamente legittimato, e spesso minacciato, il proprio ruolo. E anche all'ostinazione che caratterizza alcuni percorsi generativi (un figlio a tutti i costi e un figlio nonostante i limiti di età, di genere, di scelte esistenziali e relazionali).

Dietro la maternità surrogata, dietro la donazione di sperma e di ovociti, dietro l'ostinazione procreativa, nella variegata gamma di possibilità che le nuove tecnologie in qualche modo permettono, c'è l'espressione di un desiderio di genitorialità (con tutta la complessa gamma di significati che questo concetto comporta sia come individui che come razza), o ci sono aspetti di grandiosità onnipotente e narcisistica? Perché è così importante procreare e perché sentiamo così forte il legame con il corpo che ci ha generato?

Sembrerebbe che, prima di ogni forma di intenzionalità, sia presente un desiderio a-specifico, una vaga intuizione che spinge la persona ad andare oltre, a scavare nella propria vita e nella propria possibilità oltre i confini dell'esperienza sensibile ed immediata, in una dimensione «meta-esperienziale», cioè «al di là dell'esperito», dello sperimentato, e «(...) un mistero nei suoi vari aspetti (...) è una presenza e assenza nello stesso tempo, qualcosa che è e non è. È dunque uno squilibrio, un'inquietudine nella mente umana» (F. Imoda 2005, p. 56.). Quindi pur essendo la crescita, l'evoluzione, l'individuazione un andare oltre il legame di sangue, sembrerebbe che per potersi attuare ci si debba ripiegare sull'origine, conoscerla per poterla poi superare.

E torniamo al sangue ed al suo valore centrale

Esso infatti è un timbro, portatore di identità, di appartenenza e fratellanza, di condanna e di cura, elemento di vita, di fertilità ma anche di sacrificio e morte, elemento di memoria ed oblio nel gioco delle narrazioni familiari. È sostanza dai multiformi significati biologici, sociali, religiosi e culturali. Ha sempre giocato un ruolo altamente simbolico nelle diverse civiltà. In quasi tutte le cosmogonie il creato nasce da uno spargimento di sangue che feconda la materia.

Alla base dell'epigenetica c'è una sorta di inversione di paradigma: l'informazione genetica non va meccanicisticamente ed unidirezionalmente dal genotipo (il DNA) al fenotipo (l'individuo) ma ha un movimento, almeno parzialmente, circolare, che favorisce o inibisce l'accensione di porzioni di DNA. Ogni essere umano dunque nasce con un patrimonio genetico, tuttavia le influenze ambientali possono portare all'alterazione dell'espressione di specifici geni

Quando parliamo di comunicazione primitiva ci riferiamo a quella comunicazione tra i corpi che avviene nell'utero e che è una comunicazione esclusivamente somatica per cui il tono della voce, il ritmo cardiaco, la temperatura, il tono muscolare della madre (derivanti per la madre stessa dai suoi affetti) interagiscono ed hanno effetto sul corpo del feto e sulla sua crescita, sui suoi movimenti, sulle sue espansioni che sono tutte in maniera circolare reazioni ed azioni, in un dialogo somatico tra feto e madre

Esso è l'emblema per eccellenza del sacrificio ed è una componente necessaria nei rituali sacrificali sia in forma materiale che simbolica.

Circola all'interno del nostro corpo grazie ad un complesso sistema di vasi. È un tessuto connettivo allo stato liquido che garantisce l'apporto di elementi nutritivi ed ossigeno all'organismo che lo produce e raccoglie i prodotti di scarto del nostro metabolismo.

Per i cinesi non è semplicemente un liquido rosso che circola nei vasi sanguigni, bensì è considerato un tutt'uno con il qi, il soffio vitale, il quale scorre all'interno dell'organismo. Sembra rappresentare un'essenza di matrice vitale. "Il sangue non mente e parla di noi... Potremmo dire che esso è un equivalente, un sembiante della nostra psiche. Ne è l'aspetto materiale, 'liquido'" (R. Ruga 2009, p.166)

Cosa si intende per legame di sangue?

Nella nostra cultura tradizionalmente il legame di sangue è alla base della cellula primaria della società, la famiglia. Difatti gli appartenenti ad una stessa famiglia sono definiti 'consanguinei'. Molti antropologi sostengono la tesi che il termine dovrebbe essere interpretato in senso metaforico perché esistono molte società non occidentali nelle quali l'appartenenza non deriva dal legame di sangue ma dalla discendenza da un animale totem, da affinità particolari, da differenti modalità di declinare i rapporti parentali, ecc.

Fatto sta che, *chez nous*, il legame di sangue, e conseguentemente la condivisione del codice genetico, non è un dato neutro ed ha un'importanza rilevante per i membri di una famiglia oltre che da un punto di vista biologico, sociale, giuridico, economico, ecc. e anche psicologico. Un'importanza ed una sorta di predeterminazione che, a volerla guardare in una dimensione mitica e collettiva, sembra rimandare al fato, così come viene rappresentato nel mondo classico. Fato come contesto nel quale diamo forma al nostro destino.

Mi ha colpito il fatto che, cercando materiale per questo articolo, digitando "legami di sangue aspetti psicologici" ho trovato materiale riferito all'attaccamento, al diritto alle origini ed alla genitorialità, una grande quantità di articoli giuridici e sociologici ma poco sui contenuti più profondi, sulle immagini, sui fantasmi, sulle paure. ..

Eppure Il legame di sangue sta all'origine, prima di una coscienza individuale, è un legame genetico, fondante e vincolante (secondo il giochetto fonico 'legami e lègami') (R. Ruga 2009). Può essere addirittura indotto, come nella cultura, o meglio sottocultura, mafiosa, che dal sangue e dalla consanguineità cerca di guadagnare una dimensione simbolica.

Il legame di sangue può essere paragonato al legame analitico (R. Ruga, 2009): il sangue come il transfert che lega paziente ed analista, il sangue come elemento inconscio che scorre silenziosamente e nutre.

Quando parliamo di legami di sangue parliamo di legami inconsci, che agiscono senza che la persona se ne renda conto. Sempre Ruga parla di legami archetipici. «(...) un legame di sangue può essere considerato un legame di natura archetipica che ci narra un mito del quale noi, insieme alla nostra famiglia, siamo i protagonisti.» (R. Ruga, 2009, p. 154). Nel legame di sangue non ha importanza la volontà o la personalità dell'individuo, ciò che vige è un determinismo collettivo di partenza, da cui l'individuo maturo può riscattarsi nel suo processo di individuazione.

Del resto i processi biologici con la loro estrema concretezza rimandano ad aspetti che sfuggono ad una totale comprensione logica.

Sappiamo che quello corporeo è sicuramente il più arcaico sistema attraverso il quale la psiche esprime i suoi contenuti ed i suoi affetti in maniera diretta senza la mediazione della parola. Quando parliamo di comunicazione primitiva ci riferiamo a quella comunicazione tra i corpi che avviene nell'utero e che è una comunicazione esclusivamente somatica per cui il tono della voce, il ritmo cardiaco, la temperatura, il tono muscolare della madre (derivanti per la madre stessa dai suoi affetti) interagiscono ed hanno effetto sul corpo del feto e sulla sua crescita, sui suoi movimenti, sulle sue espansioni che sono tutte in maniera circolare reazioni ed azioni, in un dialogo somatico tra feto e madre. Ci riferiamo quindi ad esperienze precoci che derivano dal corpo in contatto con un oggetto.

Parlando di sangue come portatore di patrimonio genetico, non parliamo di un oggetto esterno ma di un oggetto/origine interna che impronta e promuove l'esistenza.

Ci addentriamo nel campo del 'mistero', un campo inconscio, immaginale 'pre' tutto:

non solo pre-mentale, pre-linguistico, pre-simbolico, pre-relazionale, pre-culturale, ma potremmo dire addirittura pre-somatico (prima cioè della formazione di un soma).

Siamo nel campo della *rappresentazione*.

Nel mondo della rappresentazione si entra attraverso l'esperienza corporea. L'emisfero destro contiene la mappa più completa ed integrata del corpo, disponibile per il cervello. «Parafrasando Kernberg pensiamo al corpo come ad una configurazione geografica di significati personali» (M. A. Favasuli, 2010).

Il termine 'capacità rappresentazionale' fa riferimento alla organizzazione, sotto forma di immagini a tonalità affettiva, di esperienze sensoriali e corporee che, come sappiamo, sono centrali nello sviluppo ontogenetico.

Il termine stesso *rappresentare* = *re-praesentare*, implica una nuova presentazione, una riproposizione della alterazione derivante dalla percezione di un oggetto. Il mondo rappresentazionale poggia sulla stratificazione dei corpi, delle sensazioni corporee, corpi che sono «“veicoli di messaggi profondi che vanno oltre la materia, la presenza, l'assenza... le rappresentazioni vengono costruite sempre dall'esperienza del Sé di “essere con un altro”» (M. A. Favasuli, 2010).

Lo spazio della rappresentazione si colloca tra corpo biologico e corpo vissuto, quasi uno spazio transizionale, occupato da prodotti che non stanno né dentro né fuori, fenomeni 'misteriosi' dati dall'immaginazione creativa ed intuitiva e dalla comprensione emotiva. Le rappresentazioni sono sostenute e dominate dalle emozioni, si iscrivono nel sistema implicito della memoria, che non è oggetto di ricordo e non è verbalizzabile (in contrapposizione con la memoria esplicita che è molto più evoluta, dichiarativa, a lungo termine, alla base dell'identità e della storia personale, verbalizzabile e che permette quindi il ricordo). È un'attività psichica basata sulla familiarità piuttosto che sulla *capacità di ricordare*, in cui funziona l'analogia più che l'identità, un'attività inconscia e periferica.

Siamo nell'ambito del *“conosciuto non pensato”* di cui parla Bollas (C. Bollas, 1987), una forma di pensiero non ancora sognata, né immaginata, non realizzata mentalmente, non ancora conosciuta neanche tramite le fantasie. Un sapere del quale non c'è rappresentazione mentale e che tuttavia porta in sé il desiderio di diventare pensiero.

Molti autori si sono interessati a questa tematica e a questo passaggio, anche se focalizzato prevalentemente sui primissimi contatti corporei tra feto e corpo materno. Qui stiamo cercando di spingerci oltre, di andare ancora più indietro, al contatto iniziale da cui nasce la vita.

– Atwood e Storolow (1992) parlano di *inconscio preriflessivo*, riferendosi all'attività di quei principi organizzatori dell'esperienza che operano al di fuori della consapevolezza dell'individuo e ne modellano le esperienze stesse. Pongono inoltre l'accento sulla dimensione che potremmo definire intersoggettiva dell'inconscio

– Stern (2005), le cui tesi affondano le radici teoriche nella fenomenologia e derivano dal bambino osservato e non dal bambino clinico della psicoanalisi classica, riferendosi all'aspetto implicito ed esplicito dell'esperienza psichica, parla di un *inconscio implicito*, di un conoscere che è «non-conscio». Per lui la mente dell'individuo evolve da una matrice intersoggettiva, dall'esperienza fenomenica dell'essere-con ed è il frutto della co-creazione, del dialogo continuo con la mente degli altri.

– Mancia (2008) parla di *inconscio non rimosso* riferendosi alla sedimentazione di tutte le tracce mnestiche, anche le più arcaiche, (prevalentemente corporee) depositate nella memoria implicita che costituiscono un inconscio precoce, la struttura portante, il marchio che condizionerà la vita affettiva, emozionale e cognitiva dell'individuo. Sono tracce non verbalizzate e non verbalizzabili, che non possono essere rimosse perché antecedenti non solo allo sviluppo del linguaggio ma proprio alla formazione di quelle strutture ippocampali preposte alla conservazione della memoria. Anche per Mancia l'inconscio non rimosso è qualcosa di intrinsecamente relazionale perché il suo contenuto è rappresentato dalle esperienze di relazioni precoci dissociate, come già detto, dalla memoria esplicita autobiografica.

Tutti questi autori sottolineano il riferimento al corpo ed una matrice di intersoggettività. Questo mi pare si possa associare, con un affiancamento, lo riconosco, un poco ardito, a quella che in neuropsicologia è detta “conversazione tra sistemi limbici” (R. Buck, 1994) che è un sistema di comunicazione spontanea, emotiva, a base biologica e che costituisce una sorta di unità biologica (Buck e

Le rappresentazioni sono sostenute e dominate dalle emozioni, si iscrivono nel sistema implicito della memoria, che non è oggetto di ricordo e non è verbalizzabile (in contrapposizione con la memoria esplicita che è molto più evoluta, dichiarativa, a lungo termine, alla base dell'identità e della storia personale, verbalizzabile e che permette quindi il ricordo)

In un'epoca nella quale i legami di sangue, la consanguineità, trovano inedite declinazioni (basti pensare agli scenari aperti dalle tecniche di PMA e dall'adozione internazionale), noi terapeuti abbiamo il dovere di sottolineare la necessità di un racconto che permetta di esprimere, ricercare, costruire nuove mitologie: un racconto metaforico che non si iscriva sotto la categoria vero/falso ma che sia nell'ambito del possibile, del probabile

Ginsburg, 1991) tra gli individui. In ambito clinico c'è un rimando al controtransfert somatico e ad un interessante articolo di Salvatore Martini (2017) in cui l'autore, riferendosi al controtransfert somatico appunto, lo accosta alla kleiniana identificazione proiettiva, alla "infezione psichica", di cui parla Jung in *Psicologia della Traslazione* e all'"influenza quasi chimica" di cui sempre Jung parla in *Problemi della Psicoterapia Moderna*, descrivendo l'incontro tra due personalità come la "mescolanza di due diverse sostanze chimiche".

Gli organi quindi, e i processi chimici che in essi avvengono, sono visti come veicoli di conoscenza del mondo interiore, capaci di accompagnare l'analista a percepire se stesso in connessione con il mondo interno del paziente, e ci danno informazioni.

E qui una breve digressione sul termine in-formare. In-formare significa formare dentro, cioè dare forma, modellare, plasmare intrinsecamente. Nell'era dell'informazione il termine si è assestato sul suo significato più superficiale (mettere al corrente qualcuno di qualcosa) lasciando in secondo piano, ma non per questo in una condizione di inattività, il suo significato più profondo e strutturante, a conferma, da un punto di vista sociologico, di come l'informazione non sia mai neutra.

Quando Buck parla di comunicazione tra sistemi limbici fa riferimento in particolar modo alla capacità del sistema limbico destro di decodificare gli stimoli in base alle reazioni emotive avvertite somaticamente (R.Buck, 1994). Questa osservazione è interessante in riferimento al tema che stiamo trattando, in quanto il fenomeno avviene nel biologico, nelle cellule, prima che se ne abbia una percezione somatica. Il fattore psichico e quello organico presentano una contemporaneità, siamo nell'ambito somatopsichico dell'archetipo, in "un'unità psicosomatica che possiede due aspetti; uno legato strettamente agli organi fisici, l'altro a strutture psichiche inconscie e potenziali" (M. Fordham, 1969, p. 83)

L'attrazione verso il legame di sangue come origine biologica potrebbe nella sua rappresentazione essere il «luogo paradigmatico dove cogliere il complesso gioco tra inconscio e coscienza, tra corpo e pensiero, tra Sé e mondo» (M. A. Favasuli 2010) ed in cui si evidenzia la relazione tra i processi astratti e le esperienze corporee («un corpo abitato da una mente ed una mente informata ed animata dal corpo»).

Un esempio per concludere tratto dal libro *Les souffrances de Pinocchio* di Brigitte Allain Dupré.

Anja, una bambina di 7 anni, nella prima seduta di consultazione psicologica fa un disegno nel quale un principe è prigioniero di questioni misteriose che riguardano una storia di bambini rubati in un paese lontano. Sotto lo sguardo sorpreso dei genitori, che sono presenti alla seduta, Anja dimostra di essere a conoscenza, senza saperlo, di cose relative alla sua nascita 'particolare' (la sorella della madre in Polonia ha offerto il suo utero, la bambina è nata all'estero ma è stata dichiarata nel paese d'origine e risulta figlia della coppia). Il suo appare un sapere inconscio collegato alla memoria implicita del corpo.

La consapevolezza di tutto ciò porta, in un'epoca nella quale i legami di sangue, la consanguineità, trovano inedite declinazioni (basti pensare agli scenari aperti dalle tecniche di PMA e dall'adozione internazionale), al dovere per noi terapeuti di sottolineare la necessità di un racconto che permetta di esprimere, ricercare, costruire nuove mitologie: un racconto metaforico che non si iscriva sotto la categoria vero/falso ma che sia nell'ambito del possibile, del probabile. La metafora del resto non è assertiva, non è univoca, è una co-costruzione, è una condivisione tra colui che parla e colui che ascolta.

E spesso, quando non è soffocata, saturata da un eccesso di concretezza, di informazione e di verità la facoltà immaginifica, mitopoietica dell'infanzia, sono proprio i bambini a reinventare il senso della loro storia, a tessere, a partire dal legame con il loro corpo ed il loro sangue, nuovi legami e nuovi racconti.

* Psicologa Analista Junghiana, già Psicologa Psicoterapeuta Servizio Materno Infantile ASL NA2 nord

BIBLIOGRAFIA

- Allain-Duprè B., *Les Souffrances de Pinocchio*, Le Martin Pecheur, Paris 2019
 Bach-y-Rita P. (1981), Brain plasticity as a basis of the development of rehabilitation procedures for hemiplegia. *Scand J Rehabil Med.*, 13(2-3):73-83.
 Bion W.R., *Attenzione e interpretazione*, Armando Editore, Roma 1973
 Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*, Borla, Roma 1989

Buck R., The neuropsychology of communication: Spontaneous and symbolic aspects, *Journal of Pragmatics* 22 (1994) 265-278

Cantatrione R., Il sangue tra tradizione e attualità, *Giornale Storico del Centro Studi di Psicologia e Letteratura*, vol.9 2009

Dell'Aquila E., Duval M. ., & De Lucia S. . (2022). "La potenza della parola": come cambiamo nella narrazione psicoterapeutica. TOPIC - Temi Di Psicologia dell'Ordine Degli Psicologi Della Campania, 1(1), doi:10.53240/topic001.12. da <https://topic.oprc.it/index.php/topic/article/view/22>

Favasuli M.A., La Rappresentazione. Forme e contenuti della mente, *Corpo Narrante*, Numero 2, luglio 2010

Fordham M. (1969). Il bambino come individuo. Trad. it., Firenze: Sansoni, 1979

Giustino G., Further developments on the concept of fantasy. *International Journal of Psychoanalysis* (2017). 98 (3):831-839.)

Imoda F., Sviluppo umano, psicologia e mistero, EDB, Bologna 2005

Jung C.G. (1946), *Psicologia della traslazione*

Jung C.G. (1954), *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche*

Jung C.G. (1921), *Tipi Psicologici*, Boringhieri

Klein M. (1946), *Note su alcuni meccanismi schizoidi*

Mancia M., Implicit memory and early unrepresed unconscious (how the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 2006 pp 83-103.

Mancia M., *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Springer Verlag, 2008

Marquardt E., My Daddy's Name is Donor: A Pathbreaking New Study of Young Adults Conceived Through Sperm Donation. Published January 1st 2010 by Broadway Publications Institute for American Values The Commission on Parenthood's Future Elizabeth Marquardt Norval D Glenn Karen Clark

Martini S., Quando l'analisi prende corpo. Il controtransfert somatico e il processo terapeutico, *Rich&Piggle* 2017;25(1):31-47, vol 25 2017

Montella P., Ruolo degli affetti nella formazione dell'immagine corporea, *Rivista di Psicologia Analitica*, 1995

Peruffo A., Il pensiero non pensato 3 D 6(2009) 233-243

Ruga R., Legami di sangue: "Di chi sei figlio?", *Giornale Storico del Centro Studi di Psicologia e Letteratura*, vol 9, 2009

Salles V., Dal sangue alla rosa L'evoluzione umana oltre la famiglia, *Giornale Storico del Centro Studi di Psicologia e Letteratura*, vol.9 2009

Schore A.N., Scoperte convergenti sul tema della identificazione proiettiva, in *Being Alive. Building on the work of Anne Alvarez, Judith Edwards* Ed, New York 2001

Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale*, Cortina, Milano 2013

Stern D. (1999), *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino 1999

Stern D., *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina, Milano 2005

Stolorow R.D. - G.E. Atwood, *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995

Verrier N. , *The Primal Wound* , 2009

<https://www.stateofmind.it/2020/04/stern-esperienza-esplicita-implicita>

Documentari: Anonymous Father's Day (2011); Eggsplotation (2013); Breeders: A Subclass of Women? (2014)

<https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/inconscio-non-rimosso-cura-di-g-giustino/>

Giustino G, *Inconscio Non Rimosso*

The voice of blood... Meaning and Mystery of blood bonds

Since its origins, psychology has wanted to be the beacon of intuition and of values beyond innatism and biological determinism. In fact it emphasizes elements such as relations and affections and culture, thus opening the way, in the clinical field, to the possibility of treatment of psychological disease with words and intersubjective relations.

KEY WORDS: psychology, attachment, biology, epigenetics

La guerra in Europa: effetti e reazioni psicologiche

War in Europe: consequences and psychological reactions

ARISTIDE SAGGINO*

L'invasione dell'Ucraina da parte della Federazione russa ha prodotto effetti in Europa e non solo, sia dal punto di vista militare e geopolitico che da quello psicologico. In questo articolo metterò in evidenza gli aspetti psicologici di questa guerra, spesso sottovalutati dai commentatori, effetti che invece sono particolarmente significativi per comprendere cosa sta avvenendo e in che direzione stiamo andando. Nelle guerre moderne tali aspetti assumono un'importanza determinante ai fini sia dei risultati immediati sul campo, sia degli esiti militari e geopolitici a medio e lungo termine.

PAROLE CHIAVE. Ucraina, Federazione russa, guerra ibrida, psicologia

La guerra tra la Federazione russa e l'Ucraina ha avuto, e continua ad avere, un enorme impatto economico e geopolitico a livello planetario: gli aspetti psicologici sono spesso strettamente connessi a quelli geopolitici, militari, strategici e tattici. Analizzare gli aspetti psicologici di questa guerra nel cuore dell'Europa è compito fondamentale per comprenderla appieno.

La guerra dell'informazione e la guerra psicologica

La guerra psicologica fu utilizzata per la prima volta in modo massiccio dagli alleati durante la Seconda Guerra Mondiale: vennero lanciati volantini propagandistici sulle truppe nemiche; i militari erano invitati a disertare in cambio di una serie di vantaggi e veniva comunicato il messaggio che non avevano alcuna possibilità di vincere la guerra. Un secondo utilizzo fu la tecnica adottata dagli inglesi prima dell'invasione della Normandia, quella cioè di costruire armi finte per dare la falsa impressione di avere un numero maggiore di armi. Non a caso questi due esempi di tecniche di guerra psicologica sono stati imitati da entrambi i contendenti nella guerra della Federazione russa contro l'Ucraina.

La guerra dell'informazione è parte della guerra psicologica ed oggi è sempre più importante, quasi come l'avere un esercito meglio armato ed addestrato. La guerra psicologica è costituita da diversi aspetti: utilizzo dei media (oggi soprattutto del web e dei social), tipo di informazioni che vengono veicolate dai media e comunicazione verbale e non verbale associata alle informazioni veicolate. Ovviamente, la guerra psicologica si pone l'obiettivo di portare le persone a credere a determinate informazioni, indipendentemente dal fatto che esse siano vere oppure no.

Analizziamo quale esempio il comportamento durante questa guerra dei due leader, Volodymyr Zelensky e Vladimir Putin. Le informazioni che ci sono arrivate ci hanno dato un quadro opposto, a livello psicologico, dei due leader. Zelensky lo abbiamo percepito come dinamico: visita le truppe al fronte con coraggio, ogni giorno comunica con gli ucraini fornendo loro informazioni sulla guerra, è molto attivo sul piano politico, spesso in viaggio per parlare con i capi di stato di mezzo mondo, è supportivo verso i propri concittadini. Putin è stato percepito esattamente all'opposto: rinchiuso nei suoi bunker, raramente visita le truppe al fronte, incontra gli altri capi di stato in teleconferenza (anche perché è ricercato dalla Corte penale



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

La guerra dell'informazione è parte della guerra psicologica ed oggi è sempre più importante, quasi come l'avere un esercito meglio armato e addestrato. La guerra psicologica è costituita da diversi aspetti: utilizzo dei media (oggi soprattutto del web e dei social), tipo di informazioni che vengono veicolate dai media e comunicazione verbale e non verbale associata alle informazioni veicolate

internazionale e, quindi, rischierebbe di essere arrestato), sembra intimorito dal rischio di perdere il potere e la vita. Zelensky appare giovane nel suo attivismo, Putin sembra malato ed invecchiato. Probabilmente, non tutte queste informazioni sono vere, ma senza dubbio Zelensky sembra più dinamico e più comunicativo.

In Occidente quasi tutti siamo convinti che Zelensky abbia già vinto la guerra psicologica, proprio perché la sua comunicazione, e quella dei suoi alleati occidentali, ci ha convinti di questa diversità a suo favore. La differenza nei comportamenti tra i due leader potrebbe essere in gran parte reale, ma conta quello di cui siamo convinti, ossia la nostra percezione dei fatti, non la realtà oggettiva. E in questo Zelensky e gli ucraini hanno fino ad ora vinto, anche sicuramente per merito dei servizi occidentali (soprattutto americani) che hanno maggiore esperienza nella guerra psicologica di informazione e controinformazione.

I russi hanno condotto una guerra ibrida non solo contro l'Ucraina, ma anche contro i suoi alleati, utilizzando anche attacchi cognitivi. Pocheptsov (2018, pag. 37) li definisce come segue: "Un attacco cognitivo è finalizzato alla trasformazione della comprensione e dell'interpretazione della situazione da parte di un individuo e nella coscienza di massa", in altre parole, a condizionare gli individui e la società, con le metodologie descritte da George Orwell nel suo romanzo *1984* (1949). Le guerre cognitive sono tali proprio perché sono combattute nel mondo dell'informazione e nel mondo virtuale. Hanno l'obiettivo di costruire una realtà alternativa e di convincerci che sia vera. L'obiettivo della guerra ibrida russa è stato sin dall'inizio lo stesso: convincerci, cambiando anche le parole (non si tratta di "guerra", ma di "operazione speciale") che la guerra non sia stata determinata dalla Russia. Insomma, come in un romanzo ucronico ('ucronia' è quel sottogenere della letteratura fantascientifica che ipotizza e descrive realtà storiche alternative) si cerca di trasformare la realtà o meglio la percezione della realtà. L'identificazione dell'avversario di turno come un nemico, colpevole della guerra, rappresenta l'obiettivo principale delle guerre ibride. Peccato (ovviamente per chi crede nelle guerre ibride) che le realtà politiche, economiche e sociali siano più forti ed abbiano un impatto maggiore sulla percezione sia degli individui che delle masse. Alla fine, se i cittadini non trovano più ricambi per le loro auto e non le possono neanche sostituire a causa delle sanzioni, dubito fortemente che la guerra ibrida possa modificare questi eventi della realtà concreta quotidiana a favore di una realtà alternativa nella quale i ricambi per le proprie auto si trovano e sostituirle è facile e a buon prezzo. I fatti hanno la testa dura.

Dal punto di vista del diritto internazionale c'è poco da dire. L'Ucraina è una nazione riconosciuta a livello internazionale (perfino dalla Federazione russa) e chiunque, per qualsivoglia ragione, aggredisce una nazione riconosciuta a livello internazionale si mette automaticamente dalla parte del torto, anche se avesse motivi validi, in quanto l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) non riconosce la guerra come strumento per la risoluzione dei conflitti tra le nazioni. Davanti ad una realtà oggettiva così chiara, la guerra ibrida, basata notoriamente su *fake news*, ha effettivamente poche speranze, perché la realtà vince sempre sulle costruzioni virtuali. È un po' come quando ci risvegliamo da un incubo. Alla fine, la realtà prende il sopravvento.

La guerra ibrida condotta da Putin nei confronti dell'Ucraina ha utilizzato i *bias* cognitivi per modificare la coscienza delle masse. Queste considerazioni sono riprese da Pocheptsov (2018). Sono basate sulla invasione di Putin della Crimea del 2014, ma sono assolutamente valide anche per la nuova invasione del 2022. Pocheptsov è un professore universitario ucraino esperto di media. Uno degli obiettivi consisteva nell'evitare che gli ucraini percepissero la Federazione russa come un nemico, utilizzando il vecchio mito sovietico di "due popoli fratelli", entrambi slavi. A questo fine la Russia comunicava (soprattutto agli ucraini) l'esistenza di due realtà in Ucraina: una popolazione costituita da brave persone e un potere malvagio (nazista addirittura, secondo la narrativa putiniana) che li dominava e contro il quale Putin combatteva. Putin ha utilizzato diversi strumenti di guerra ibrida contro la popolazione ed il governo legittimamente eletto, tra i quali: modificare il linguaggio utilizzato per descrivere ciò che stava avvenendo così da cambiarne la percezione (l' invasione dell'Ucraina è stata descritta come "operazione speciale"); costruire e diffondere informazioni false allo scopo di confondere e rafforzare la propria narrazione; organizzare false manifestazioni e proteste in Ucraina ad utilizzo della propaganda televisiva di Putin. Il governo ucraino ha ovviamente preso dei provvedimenti quali limitare o vietare la propaganda TV pro-Putin in Ucraina. Ciò ha contribuito a ridurre i danni di questa propaganda ingannevole.

Un'altra tecnica "confondente" utilizzata da Putin è stata quella di inviare militari senza insegne, che potevano essere facilmente confusi con cittadini ucraini, o truppe ufficialmente non connesse al regime, come la compagnia Wagner.

Un esempio di *fake news* che si ritorcono contro chi le prepara viene riportato da Pocheptsov (2018): un conduttore televisivo russo, Kiselev, mostrava un certificato di appartenenza alle SS di una persona apparentemente ucraina allo scopo di comprovare i legami dell'Ucraina con i nazisti, però il certificato era scritto in tedesco moderno e non nel modo in cui i tedeschi utilizzavano la propria lingua all'epoca della Seconda Guerra Mondiale.

Di seguito un elenco di ulteriori *bias* utilizzati nella guerra ibrida di Putin (Pocheptsov, 2018):

- 1 pregiudizio di ancoraggio: dare per primi una interpretazione della guerra, così che sia più difficile modificarla;
- 2 percezione selettiva: far sì che i cittadini percepiscano solo quella parte della realtà che conviene alla Federazione russa;
- 3 euristica della disponibilità: se tutti i canali russi ti danno le stesse informazioni i cittadini pensano di avere accesso a tutte le informazioni disponibili; difficile in altre parole che tutti i canali ti diano informazioni false;
- 4 effetto carrozzone: fa sì che il pensiero gruppale impedisca il pensiero individuale;
- 5 bias del punto cieco: vediamo gli errori solo negli altri e nei loro punti di vista e comportamenti.

Pocheptsov (2018), riferendosi all'invasione del 2014, conclude dicendo che la guerra ibrida di Putin può essere molto efficace. Forse è vero, ma riflettiamo sulla enorme ed imprevista resistenza ucraina dall'invasione del 2022 ad oggi.

Gli errori psicologici di Putin

Una domanda riguardante la guerra in Ucraina, di grande interesse anche per gli storici del futuro, è: come ha fatto Putin a commettere l'errore di pensare che gli ucraini non si sarebbero difesi e avrebbero ceduto rapidamente, nonostante avesse a disposizione servizi segreti presumibilmente efficienti (Stirpe, 2023)? I vari analisti hanno dato risposte sul piano politico – militare, ignorando gli aspetti psicologici. Putin è un uomo solo al comando e ciò rappresenta all'inizio un grande vantaggio che poi alla fine si trasforma in un grande svantaggio. L'uomo solo al comando sceglie i suoi collaboratori in base al rapporto personale che hanno con lui, non in base al merito: collaboratori scelti in questo modo non sono in grado di dire di no al capo per timore delle sue reazioni se lo si contraddice. Di conseguenza, tutte le informazioni contrastanti con la visione del capo gli vengono poco o per niente riferite, con la conseguenza inevitabile che le decisioni sono spesso sbagliate a causa della mancanza di informazioni corrette. Non si spiegano altrimenti, dal punto di vista militare, gli errori colossali commessi dall'Armata russa, soprattutto nelle prime fasi dell'invasione.

Non è un caso se, quando una persona si rivolge a noi psicologi perché sta attraversando un periodo di crisi, facciamo il possibile per evitare che si chiuda in se stessa e consigliamo di ascoltare ciò che gli altri pensano della situazione. In tal modo, la persona avrà maggiori informazioni e, con l'aiuto dello psicologo, potrà prendere le decisioni migliori.

La minaccia nucleare

Strielkowski (2022) sostiene che una guerra nucleare quale seguito o conclusione della guerra in Ucraina è improbabile se si utilizzano le conoscenze derivanti dall'economia e dalla teoria dei giochi, anche se diversi analisti la pensano diversamente (ad esempio, Herszenhorn, 2022, cit. in Strielkowski, 2022). La guerra nucleare, per questo autore, costituisce solo una minaccia per tenere alta la tensione e per valutare se una delle parti coinvolte, credendola possibile, cede addivenendo a posizioni più accomodanti.

La verità è che nessun paese al mondo può permettersi una guerra nucleare, in quanto ne pagherebbe amaramente le conseguenze. Il vincitore, ammesso che ve ne possa essere uno, nella migliore delle ipotesi sarebbe costretto a vivere in bunker per molto tempo. E qui si pongono due domande fondamentali:

- 1) Quale sarebbe la tenuta psicologica di chi è costretto a vivere in queste condizioni?

Putin è un uomo solo al comando e ciò rappresenta all'inizio un grande vantaggio che poi alla fine si trasforma in un grande svantaggio. L'uomo solo al comando sceglie i suoi collaboratori in base al rapporto personale che hanno con lui, non in base al merito: collaboratori scelti in questo modo non sono in grado di dire di no al capo per timore delle sue reazioni se lo si contraddice

L'invasione dell'Ucraina non ha influenzato solo la salute mentale degli ucraini. Ad esempio in Danimarca i dati del Danish Electronic Patient Record System (16.000 pazienti), mostrano che un numero significativo di pazienti aveva utilizzato la parola Ucraina nel descrivere i propri problemi, con ciò significando l'importanza della guerra per il loro vissuto personale. Questi pazienti associavano la guerra ad un peggioramento delle proprie condizioni mentali

- 2) Come si comporterebbero i subalterni (militari etc.) nei suoi confronti in condizioni fino ad oggi mai sperimentate? Continuerebbero ad ubbidirgli?

Gli effetti psicologici della guerra

Shevlin, Hyland e Karatzias (2022) in un editoriale su invito su *Acta Psychiatrica Scandinavica* hanno fatto il punto sulle conseguenze psicologiche della guerra in Ucraina, riassumendo una serie di studi. I dati sintetizzati da questo editoriale possono essere riassunti nella loro drammaticità come segue:

- 1) l'Ucraina ha circa 44 milioni di abitanti, di cui 7 milioni sono stati costretti ad emigrare in altri paesi a causa della guerra ed altri 8 milioni a spostarsi internamente ai confini dell'Ucraina: a questi è necessario aggiungere altri 2 milioni che si sono spostati all'interno dell'Ucraina in seguito all'aggressione russa del 2014;
- 2) dopo l'invasione da parte della Federazione russa del 2014 fu effettuata una ricerca (*Internally Displaced Persons Mental Health Survey in Ukraine*) su 2000 ucraini che erano stati ricollocati all'interno della loro nazione a causa della guerra. Ebbene, i risultati sono stati devastanti. Tanto per citare alcuni esempi, il 21% presentava una diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, il 18% di ansia, il 22% di depressione ed il 55% somatizzazioni. Inoltre, circa i tre quarti di queste persone non disponevano di alcuna assistenza specialistica. Questi dati possono essere ovviamente utilizzati come stime per prevedere gli effetti psichiatrici e psicologici della nuova aggressione all'Ucraina da parte della Federazione russa.

L'invasione dell'Ucraina non ha influenzato solo la salute mentale degli ucraini. Østergaard, Rohde e Jepsen (2022) hanno analizzato in Danimarca i dati del *Danish Electronic Patient Record System* (16.000 pazienti), scoprendo che un numero significativo di pazienti aveva utilizzato la parola Ucraina nel descrivere i propri problemi con ciò significando l'importanza della guerra per il loro vissuto personale. Questi pazienti associavano la guerra ad un peggioramento delle proprie condizioni mentali.

Dati significativi possono essere ricavati da situazioni passate, ma simili all'attuale invasione dell'Ucraina da parte della Federazione russa. Shevlin e McGuigan (2003) in uno studio effettuato in Irlanda del Nord, paese che è stato notoriamente afflitto per decenni da una vera e propria guerra civile, hanno trovato evidenza di trasmissione del trauma psicologico, sia a livello familiare che intergenerazionale. In uno studio longitudinale di 24 anni sul disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD) Zerach, Shevlin, Cloitre e Solomon (2019) hanno scoperto che il 40% dei prigionieri di guerra israeliani sottoposti a tortura e ad isolamento in seguito alla guerra del 1973 (guerra dello Yom Kippur) 20 anni dopo continuavano a soffrire di sintomi compatibili con la diagnosi di CPTSD. Questo disturbo è stato introdotto, insieme al disturbo da lutto prolungato (PGD), nella versione 11 dell'*International Classification of Diseases* della Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD 11; World Health Organization, 2018). Entrambe queste nuove diagnosi sono utili indicatori dei disturbi psicologici di guerre quale quella scatenata dalla Federazione russa.

Cosa ci dicono in sintesi questi dati? Semplicemente che gli effetti di una guerra sono a livello psicologico altamente destabilizzanti sia nei civili che nei militari, duraturi nel tempo e difficili da superare. Dobbiamo aggiungere altro?

Forse sì: russi ed ucraini sono stati popoli affratellati da una storia comune. Basti pensare al fatto che molti ucraini parlano russo. Cittadini russi hanno parenti in Ucraina e viceversa. Ma gli ucraini del futuro, ossia quei bambini che hanno vissuto questa guerra e ai quali sono stati tolti genitori o nonni o sorelle o fratelli, distrutte case e bombardate le scuole, quando diventeranno adulti quali emozioni proverranno per il resto della loro vita nei confronti dei russi? E i russi nei loro confronti? E per quanti decenni tutto ciò durerà rovinando le relazioni tra questi due popoli ed il futuro dell'Europa e non solo?

Conclusioni

Il fatto è che le guerre oggi si vincono non sul breve, ma sul medio o lungo periodo ed il perderle o vincerle è una combinazione non solo di conquiste militari, ma di strategia, tattica, psicologia e geopolitica. Utilizzo un esempio: la seconda guerra americana contro l'Iraq fu vinta facilmente, ma gli americani non riuscirono mai

a conquistare effettivamente tutto l'Iraq e furono costretti a vivere in cittadelle ampiamente fortificate. Avevano vinto militarmente, ma erano stati in realtà sconfitti non potendo controllare il paese. Allo stesso modo, anche se Putin conquistasse tutta l'Ucraina, avrebbe perso per le seguenti ragioni:

- 1) avrebbe impiegato circa due anni a dominare l'Ucraina (che certamente non è la nazione militarmente più forte del pianeta, con tutto il rispetto per l'enorme coraggio degli ucraini), evidenziando così le carenze organizzative dell'esercito e la scarsa efficienza/efficacia delle armi e delle dotazioni (a differenza di quello che si pensava prima di vederle sul campo) e ciò contribuirebbe ad intaccare non poco anche il suo prestigio personale. Se non avesse fatto questa guerra probabilmente tutti questi difetti non sarebbero apparsi chiaramente;
- 2) ha spaventato con la sua "operazione speciale" paesi neutrali quali la Norvegia e la Svezia che hanno immediatamente chiesto di entrare nella NATO. La Norvegia ci è anche riuscita. La conseguenza è che Putin, che ha affermato di aver fatto questa guerra anche per evitare che l'Ucraina entrasse nella NATO, si trova circa 1340 km. di frontiera in più in comune con paesi NATO;
- 3) ha compiuto il miracolo di far sì che il popolo ucraino, culturalmente e storicamente molto vicino alla Russia, odierà i russi per decenni a venire;
- 4) ha aumentato la percezione di insicurezza economica dei russi a causa delle sanzioni e dell'economia di guerra (risorse tolte alla popolazione per essere utilizzate per la guerra);
- 5) ha spaventato migliaia di cittadini della Federazione, soprattutto giovani con un buon livello di istruzione, che sono andati all'estero, privando la Federazione di fresche risorse intellettuali.

Ci siamo limitati a cinque ragioni, ma ne potremmo aggiungere molte altre: il numero di morti e feriti tra i giovani militari da entrambe le parti, le distruzioni di città ed i morti e feriti tra i civili, in Ucraina soprattutto, ma anche in Russia. Come tutto questo potrebbe essere una vittoria per Putin è francamente incomprensibile. Come diceva il filosofo George Santayana: "Quelli che non sanno ricordare il passato sono condannati a ripeterlo" (Spagnol, 2009).

* Professore ordinario di Psicologia generale, Psicobiologia e Psicometria Università di Chieti – Pescara e Presidente dell'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC).
e-mail: aristide.saggino@unich.it

BIBLIOGRAFIA

- Herszenhorn, D. (2022). The fighting is in Ukraine, but risk of World War III is real. *Politico*, March 4, 2022. <https://www.politico.eu/article/fight-ukraine-russia-world-war-risk-real>
- Orwell, G. (1949). *Nineteen eighty-four*. Londra: Seckel e Warburg. Ed it: 1984, Feltrinelli, Milano, 2021.
- Østergaard, S. D., Rohde, C. e Jefsen, O. H. (2022). Deterioration of patients with mental disorders in Denmark coinciding with the invasion of Ukraine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2), 107-109.
- Pocheptsov, G. (2018). Cognitive attacks in Russian hybrid warfare. *Information & Security*, 41, 37-43.
- Shevlin, M., Hyland, P. e Karatzias, T. (2022). The psychological consequences of the Ukraine war: What we know, and what we have to learn. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2).
- Shevlin, M. e McGuigan, K. (2003). The Long-term psychological impact of Bloody Sunday on families of the victims as measured by the revised impact of event scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 427-432.
- Spagnol, E. (2009). *Enciclopedia delle citazioni*. Garzanti, Milano.
- Stirpe, G. O. (2023). I pregiudizi e gli azzardi di Putin nella guerra all'Ucraina. <https://www.linkiesta.it/2023/09/gli-errori-di-putin-mimesis-edizioni-estratto/>
- Strielkowski, W. (2022). Can the war in Ukraine turn into the nuclear World War III? SSRN 4261457.
- Zerach, G., Shevlin, M., Cloitre, M. e Solomon, Z. (2019). Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: A 24-year longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1616488.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Rev.)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

War in Europe: consequences and psychological reactions

The invasion of Ukraine has changed Europe from a military, geopolitical and psychological point of view. In this article I will focus on the psychological facets of this war, which are often underestimated by commentators, and which, I believe, are particularly significant to understand what is happening and which direction war is heading for. In modern warfare the psychological aspects often take on a decisive role for the results on the field and for medium and long-term military and geopolitical outcomes.

KEYWORDS: Ukraine, Russian Federation, hybrid warfare, psychology

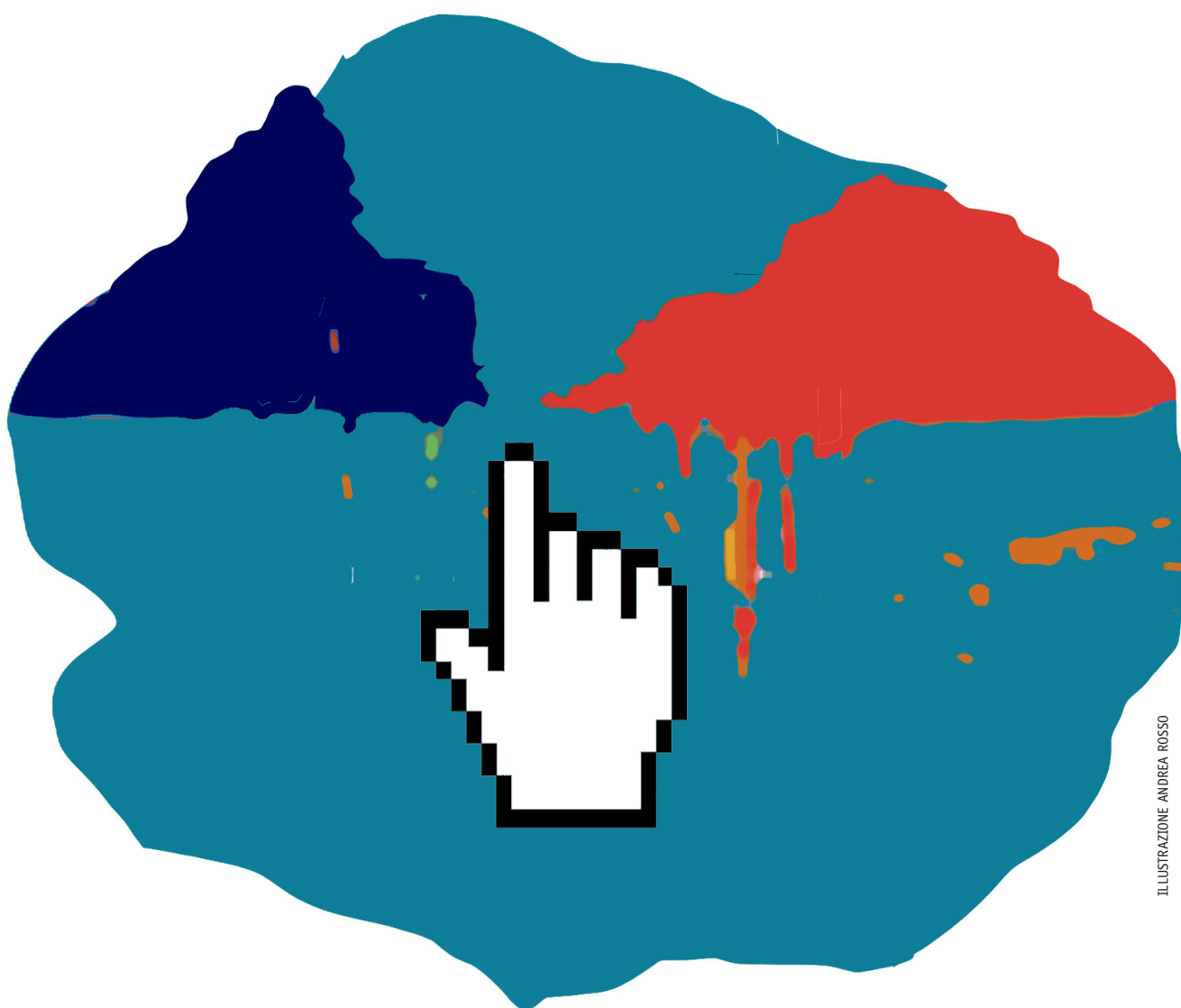


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

link
— una storia
clinica



FOTO ANDREA ROSSO

Dissociazione nell'età evolutiva e contaminazione intergenerazionale.

Approfondimento clinico nella processualità interpersonale madre-bambino

Dissociation in the development age and intergeneration contamination. A clinical insight into the mother-child interpersonal process

MARIANNINA AMATO*

PAROLE CHIAVE: dissociazione, contaminazione, clinica

Esposizione storica

Nel 2019/2020 G. frequenta l'ultimo anno della scuola dell'infanzia in un piccolo paese montano. I genitori lo descrivono come un bambino che "parla male, testardo ed in continuo movimento". Inizia a frequentare una volta a settimana la terapia logopedica per un disturbo evolutivo specifico del linguaggio e dell'eloquio (F80 nell'ICD10).

A causa del lock down G. è iscritto in prima elementare. Il passaggio avviene senza che il bambino abbia realmente frequentato l'ultimo anno della scuola dell'infanzia. Già dai primi giorni di scuola i genitori evidenziano delle problematiche legate all'apprendimento e nell'ottobre del 2020 chiedono un intervento psicologico legato all'acquisizione del processo della letto-scrittura.

Il bambino evidenzia, al momento, un blocco nel processamento della consapevolezza emotiva, una difficoltà di contenimento attentivo che sfocia nel movimento e nella strutturazione del linguaggio multidislessico.

I genitori richiedono con fermezza un trattamento legato ai processi d'apprendimento, trattamento che si esplicita nel consolidamento della ristrutturazione del linguaggio, nell'identificazione delle singole lettere (grafemi/lessemi), associazione di suoni-grafemi per la costituzione di parole piane, stampato maiuscolo /minuscolo, e corsivo, espansione frasale e narrativa.

G. è sempre accompagnato dalla madre, è fortemente motivato e disponibile ad intraprendere delle attività legate all'apprendimento e si coinvolge nella relazione con la terapeuta. In poco tempo evolve dallo scarabocchio all'omino più complesso, identifica e scrive le prime lettere in stampato maiuscolo e corsivo, elabora le prime parole e piccole frasi.

Per le festività natalizie il lavoro terapeutico s'interrompe per oltre 20 giorni.

La famiglia durante le feste natalizie vive forti momenti di tensione per la imminente separazione tra i genitori.

Il padre di G. comunica di aver tradito la moglie, si separa fisicamente dalla sua famiglia e rientra nella casa dei genitori.

Gennaio 2021 - ripresa scolastica

La classe di G. al rientro dalle vacanze natalizie è in Didattica a Distanza (DAD), e G.

incomincia a non volersi collegare da casa con i suoi compagni. Questo comportamento si ripete per diversi giorni. L'insegnante lamenta con i genitori le difficoltà che il bambino manifesta e le numerose assenze che potrebbero pregiudicare il passaggio in seconda elementare. In quel periodo in casa sono presenti i due fratelli più grandi e tutti si connettono in DAD.

La madre casalinga si sente sovraccaricata per l'ulteriore gestione scolastica degli apprendimenti in DAD, non si sente capace di seguire ed adattarsi alla nuova tecnologia, si percepisce vulnerabile. Con i ragazzi in casa, perde il suo momento di libertà e ripresa personale. Percepisce un senso di costrizione che la agita e la spaventa a tal punto da non riuscire a sintonizzarsi sul proprio figlio: G. preferisce non connettersi e rimane accanto alla madre accompagnandosi con atteggiamenti accudenti verso la genitrice ed ergendosi in sua difesa.

Con la didattica in presenza il bambino esibisce difficoltà a permanere in classe, manifesta comportamenti "disturbanti", esplode in comportamenti incontenibili, corre, grida, lancia giochi e materiale, non vuole fare niente. Spesso i genitori sono chiamati con lo scopo di riportarlo a casa.

Gennaio 2021 - ripresa terapeutica

La madre, per tutto il mese di gennaio 2021, accompagna G. in psicoterapia carica di una forte preoccupazione. Esce dall'ambiente terapeutico manifestando agitazione e malcontento.

Si osserva che all'atto dell'uscita della madre il bambino assume, nel qui ed ora, un cambiamento psichico e comportamentale. Senza nessun motivo apparente, G. evidenzia una forte apprensione e repentinamente manifesta un comportamento incontenibile: il corpo s'irrigidisce, il torace si espande, le mani lungo il corpo si chiudono a formare i pugni, il viso si contrae, gli occhi si chiudono, la bocca si apre per urlare. G. si erge con tutto il corpo in difesa della madre lanciando grida, calci, oggetti, corre da un lato all'altro della stanza, senza fermarsi. Rimane in questo stato iperattivo per diverso tempo senza riuscire a rasserenarsi. Non si coinvolge sulle proposte di attività didattiche o ludiche. Il suo pensiero rimane fisso "in attesa" della madre, con lo sguardo bloccato sulla porta. Limitate le attività che lo coinvolgono. Ad aggravare la situazione, si associa un comportamento centrato su di sé, con un'agitazione interna che lo porta ad attivarsi continuamente con comportamenti di forte rifiuto ed opposizione, con iperattività e forti esplosioni di rabbia che raggiungono l'acme in stati di intontimento, confusione mentale e amnesia, non ricordando le azioni appena compiute. Manifesta una bassa tolleranza alle frustrazioni e un'immaturità nel controllo del comportamento motorio, a tratti impulsivo e ipertonico, con impaccio nei movimenti delle gambe e delle mani, difficoltà acute nella motricità fine e nelle attività grafomotorie, anche su attività che qualche mese prima erano già acquisite. Il linguaggio regredisce, si semplifica ulteriormente a livello fonologico con difficoltà nei fonemi R/G/Q/V e i suoni complessi GR/QU/ST/SC/BR/STR. A livello morfosintattico si assiste ad un assemblamento di parole ed un'accentuata incapacità nella strutturazione di suoni e frasi.

Il bambino riferisce che da diverse notti non dorme e ha trovato collocazione nel lettone con la madre.

Comprensione del processo

1) cosa ha spaventato G. in modo tale da renderlo dis-regolato e dis-sociato?

G. vede la madre stressata, spaventata, presa da forte agitazione e poco contenuta. Quest'immagine di madre crea in G. un'attivazione fisiologica, che lo porta ad andare oltre la tolleranza emotiva personale in uno stato permanente di iperarousal. La madre alterata nell'espressione non lo rassicura col gesto, né con lo sguardo, né con la voce. Osservare la madre con l'espressione alterata produce in G. un'intensa emozione che non riesce a gestire. L'immagine emotiva della madre preoccupata congela e ripresenta una rappresentazione interna che è fonte di pericolo. Il suo organismo si attiva fisiologicamente. Le emozioni e sensazioni fisiche lo attanagliano nell'immediato, perde la capacità di riconoscere ed elaborare le emozioni espresse dalla madre e di modulare e regolare le proprie. L'intensa attivazione emotiva lo soverchia, lo blocca a livello di cognizione mentale. Si dis-regola.

2) come mai quest'emozione soverchiante attiva il comportamento esplosivo?

Senza nessun motivo apparente, G. evidenzia una forte apprensione e repentinamente manifesta un comportamento incontenibile: il corpo s'irrigidisce, il torace si espande, le mani lungo il corpo si chiudono a formare i pugni, il viso si contrae, gli occhi si chiudono, la bocca si apre per urlare. G. si erge con tutto il corpo in difesa della madre lanciando grida, calci, oggetti, corre da un lato all'altro della stanza, senza fermarsi

La madre vive la sua preoccupazione chiusa in sé stessa, si agita, si sconnette dalla sua regolazione emotiva. Riduce il suo campo attentivo verso il figlio: viene meno la capacità di essere responsiva ai bisogni del figlio, non riesce a comprenderli ed interagire in modo efficace

Lo stato mentale del bambino entra in confusione, si dis-organizzano i processi neurosensoriali, si offuscano le attività cognitive. Il processo percettivo diventa inadeguato ad elaborare gli stimoli emotivi in entrata. Si altera lo stato della mente provocando una non comprensione della realtà. G. rimane ancorato ad una continua attivazione fisiologica che lo pone in continua vigilanza su ciò che avviene nell'ambiente per attaccare e difendersi e difendere ciò che turba la madre. Parti di Sé dissociate attivano schemi d'azione in modo rigido che interferiscono nella vita quotidiana. Si riattiva una parte emozionale della personalità fissata nella memoria traumatica, esibisce un atteggiamento fobico indirizzato verso tutto ciò che è connesso alla relazione traumatica.

Il bambino rifugge ricordi intrusivi ed emozioni intense ed inadeguate. Compaiono comportamenti di evitamento e di blocco emotivo anche nella relazione madre e bambino. G., pur avendo sviluppato aree di autonomia e differenziazione, manifesta isole di comportamento dissociativo con regressioni. G. riversa la sua attenzione sulla madre, osserva la tensione dalla stessa manifestata con un senso di agitazione e paura, si prende cura della genitrice, si definisce il "fidanzato della mamma", dorme nel lettone con lei. Si invertono i ruoli, diventa il partner confidente della madre, colui che soddisfa i bisogni dell'adulto- madre, si sente importante, ma rimangono insoddisfatti i suoi bisogni di protezione e sicurezza, bisogni insoddisfatti che maturano un senso di inadeguatezza e impotenza che influenza lo sviluppo delle aree di differenziazione ed autonomia.

3) Come mai la madre si scombina?

Il padre di G, sempre più lontano dai vissuti della famiglia, matura nel periodo natalizio la volontà di far conoscere la nuova compagna ai suoi figli. I figli grandi si rifiutano di accontentare il padre al quale addebitano il tradimento e la conseguenziale fase della separazione. Tale situazione fa emergere inconsapevolmente la tensione all'interno della famiglia ed il padre, a sua volta, colpevolizza la madre per il rifiuto categorico dei figli e per le mancanze nel seguire adeguatamente G. come dovrebbe. Il senso di colpa riattiva nella madre di G. un forte senso di inadeguatezza e inferiorità. La donna, dominata dallo spavento derivato dal senso di inadeguatezza e colpa attivato dal marito, teme che questi possa sottrarle l'affetto dei suoi figli. La sensazione di spavento rivitalizza alcuni ricordi infantili che interferiscono sull'attuale situazione emotiva. Si riattiva il fantasma del trauma non risolto vissuto nell'infanzia.

Subito dopo il parto, la madre della signora, ragazza madre, preferisce far crescere la figlia dalla nonna in paese, nonna che morirà dopo due anni. La signora sarà allevata dalla madre biologica, ormai sposata, considerata mamma affidataria. La signora scoprirà la reale verità sulla sua genitrice dopo 15 anni, sino a quest'età cresce con un vissuto di bambina che ha esperito la mancanza dell'affetto materno per la perdita subita senza trovare sostegno e consolazione.

Queste interferenze emotive danno origine ad un comportamento duale e disorganizzato. Qualsiasi situazione di forte intensità emotiva la spaventa e la disorienta. Anche la nuova situazione familiare promuove e fa riemergere lo spavento esperito e manifestato attraverso gli occhi sbarrati e fermi, letti dal suo bambino come occhi "spaventanti".

Trasmissione intergenerazionale diretta e contaminazione

La relazione e la reciprocità interpersonale tra la madre e G. si modifica. La madre vive la sua preoccupazione chiusa in sé stessa, si agita, si sconnette dalla sua regolazione emotiva. Riduce il suo campo attentivo verso il figlio: viene meno la capacità di essere responsiva ai bisogni del figlio, non riesce a comprenderli ed interagire in modo efficace. Poco reattiva alle richieste emotive del bambino, offre risposte esagerate ed eccessive che non contengono l'emotività del bambino il quale si spaventa e si preoccupa. La funzione metacognitiva riflessiva, cioè la capacità di considerare i processi cognitivi come oggetto di pensiero e riflessione, da analizzare ed elaborare, si blocca e l'angoscia esperita da G non viene colta dalla madre, non viene modulata ed è ripresentata al figlio con la stessa intensità emotiva.

La relazione tra madre e figlio non contribuisce più a costruire uno spazio fisico psichico in cui il bambino si sente accolto, sostenuto e rassicurato, uno spazio nel quale possa permettersi di sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri sentimenti e un senso di sé integrato e coerente. Involontariamente, la madre sollecita la soddisfazione dei suoi bisogni primari di accudimento mai colmati

dalla propria madre, richiede di essere accudita come lei non lo è stata, gestisce la relazione con il proprio bimbo nell'imprevedibilità, caratterizzando una relazione di attaccamento disorganizzato, associato con scambio di ruoli. Nella relazione fatta di scambi reciproci si alterano e si invertono aspettative e ruoli interiorizzati.

*Psicologa -Psicoterapeuta
ASPIC- practitioner EMDR- 3D Therapy®
CSM Lamezia – ASP-CZ
e-mail: mariannina.amato@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

- Amato M., La 3D Therapy®: la materializzazione dell'emozione, 2019, Grafichéditore, Lamezia Terme
- Boon S., Steele K, Van der Hart O, La dissociazione traumatica, 2013 Mimesis Edizioni, Milano
- Lanius R.A, Vermetten E., Pain C., L'impatto del trauma infantile sulla salute, 2012, Giovanni Fioriti, Roma
- La Rosa C., Onofri A., Dal basso in alto, 2017, Edizioni Apertamenteweb, Roma
- Gonzales Vazquez A., "I disturbi dissociativi", 2013, Giovanni Fioriti, Roma
- Porges S.W., La teoria polivagale, 2014, Giovanni Fioriti, Roma
- Siegel D.J., Mappe per la mente, 2014, Raffaello Cortina, Milano
- Slepov V., Capire i sentimenti, 1996, Arnoldo Mondadori, Milano
- Spalletta E., Quaranta C., Counseling scolastico integrato, 2002, Sovera, Roma
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K., Fantasmi nel sé, 2011, Raffaello Cortina, Milano

Dissociation and intergeneration contamination in the development age. A clinical insight into the mother-child interpersonal process

The article is about a child, G., who attends the last year of nursery school in a small mountain village. His parents describe him as a boy who "speaks badly, is stubborn and continuously moving". He starts speech therapy once a week for his specific language and speech disorder (F80 in the ICD10 classification). Improvements are made, but seem to have vanished when his parents decide to divorce, and the child is confronted with his mother's helplessness. He takes on a protective role. His mother is confused and frightened, cannot even protect herself. Her past emerges, with all the suffering it has caused.

KEY WORDS: dissociation, contamination, clinical case

link
— società



Riflessioni sul ruolo della psicologia nell'ambito dell'emergenza ambientale.

Reflections on the role of psychology in the field of environmental emergency

PAOLO DI BIAGIO*

Quando l'esploratore olandese Jacob Roggeveen (1659-1729), la domenica di Pasqua del 5 aprile 1722, raggiunse l'isola più isolata del pianeta, nel pieno dell'oceano Pacifico, lui e gli uomini della sua spedizione dovettero ritrovarsi a vivere quello che una squadra di astronauti potrebbe provare ritrovandosi ad atterrare su un altro pianeta, trovandolo abitato da persone che apparivano reduci di un evento distopico.

Parole chiave: ambiente, emergenza, habitat, isola

Roggeveen non si capacitò di come un'isola così lontana dal continente potesse essere stata colonizzata da uno sparuto gruppo di polinesiani, i cui discendenti, pochi, mal ridotti e mal nutriti, abitavano ancora l'isola. Disponevano di imbarcazioni rudimentali, più zattere che barche, con le quali sembrava impossibile attraversare l'oceano. Gli indigeni dovettero essere altrettanto stupiti nel ritrovarsi a contatto con gli esploratori europei, individui umani così differenti, con abiti diversissimi e dotati di un'imbarcazione per loro gigantesca e dalle vele enormi. Ma per gli olandesi e il loro capo Roggeveen lo stupore fu di gran lunga maggiore.

Oltre agli indigeni, che si presentavano, come prevedibile, senza strumenti sofisticati ma solo attrezzi rudimentali per la pesca e l'agricoltura, sull'isola erano presenti poche altre forme di vita, pochi alberi, su un territorio per lo più brullo, ma anche pochi uccelli o rettili; mentre probabilmente vi erano presenti i roditori (ratti). A tale esigua presenza di vita biologica si contrapponeva un'abbondanza di straordinari ruderi: delle enormi statue, tutte scolpite con uno stile simile, dei giganteschi busti antropomorfi, sagome di volti umani dai connotati spigolosi e caratterizzati da lunghe orecchie, tutte disposte lungo la costa; erano 393, e non erano in posizione eretta, ma apparivano rovesciate a terra, giacendo come se fossero state abbattute di proposito, come se le si volessero infrangere; nella posizione eretta sarebbero state rivolte non verso il mare, ma verso l'interno dell'isola. Si trattava di statue dell'altezza media di circa cinque metri, dal peso medio di circa 10 tonnellate. Inoltre, perché non sprofondassero e restassero erette, chi le aveva scolpite e posizionate lungo la costa, aveva anche provveduto a delle basi sulle quali poggiarle: si trattava di 300 piattaforme di pietra, il cui peso stimato era di svariate decine di tonnellate – la più grande raggiungeva le 88 tonnellate.

La spedizione norvegese ispezionò l'interno dell'isola. Trattandosi di un'isola vulcanica, raggiunsero il suo cratere, sul cui fondo era presente un lago paludoso, e con un diametro di 550 metri; tutto intorno ad esso, sulle pareti sia interne che esterne, rilevarono la presenza di altre statue, sempre della stessa forma e stile, di cui una alta 21 metri e pesante 270 tonnellate. Lungo le tre strade che univano il cratere alla costa, larghe più di 7 metri e lunghe fino a quasi 15 chilometri,



Gli indigeni non disponevano di alcun macchinario e di nessuna rudimentale gru, ed erano pochi e mal nutriti, mentre l'antropizzazione rappresentata dalle enormi statue, così peculiare ed impegnativa, poteva solo giustificarsi con la presenza sull'isola di una civiltà avanzata, come quella Incas, Maia, o Egizia

giacevano altre 97 statue, probabilmente abbandonate durante il trasporto fuori dalla cava situata nel cratere.

Immaginiamo allora quale stupore provò l'esploratore Roggeveen, che pur doveva essere abituato a confrontarsi con nuove culture tanto differenti da quelle europee, di fronte ad un tale misterioso prodigio. Chi aveva edificato quelle enormi statue? Ma soprattutto: come aveva fatto a scolpirle e a trasportarle fino alla costa? Gli indigeni non disponevano di alcun macchinario e di nessuna rudimentale gru, ed erano pochi e mal nutriti, mentre l'antropizzazione rappresentata dalle enormi statue, così peculiare ed impegnativa, poteva solo giustificarsi con la presenza sull'isola di una civiltà avanzata, come quella Incas, Maia, o Egizia, ovvero quelle civiltà antiche che erano state dotate di menti capaci di concepire artifici tecnici, necessari per issare oggetti dal peso sproporzionato anche per le folle di uomini della cui forza lavoro disponevano fino allo sfruttamento assoluto, dato che erano schiavi.

Non era poi facile comunicare con gli indigeni, che probabilmente erano di una generazione distante da quelle che avevano edificato le statue, e non erano propensi a parlarne; probabilmente davano per scontata la presenza di tali monoliti, come fossero esistiti da sempre, insieme al vulcano spento, all'oceano e all'isola stessa, creazioni di qualche dio locale, o forse, più semplicemente, un simbolo in cui si concretizzava il culto dei loro antenati, e che testimoniava dell'evidenza della loro sacralità.

Tutti conosciamo tale isola, battezzata dai colonizzatori "Isola di Pasqua", dalla data della sua scoperta, mentre gli indigeni la chiamavano Rapa Nui, che si traduce con "grande isola". I misteri intorno al suo enigma archeologico continuarono per tre secoli, fino a quando un altro esploratore, il norvegese Thor Heyerdahl, risolse il primo enigma, quello della colonizzazione dell'isola ad opera di popolazioni polinesiane, ovvero popoli non dotati di imbarcazioni dagli scafi grandi e ben attrezzati, ma solo di piccole barche. Heyerdahl, nella metà del secolo scorso, partì dal Cile con una zattera simile alle imbarcazioni polinesiane, e con essa raggiunse l'Isola di Pasqua, dimostrando che poteva essere stata colonizzata dalle popolazioni sudamericane, ovvero quelle popolazioni che ebbero nell'impero inca il loro splendore, e che mostrarono conoscenze architettoniche adeguate a giustificare la presenza dei *moai*

– questo era il nome dato dagli indigeni alle statue – e delle loro piattaforme di pietra – i loro *ahu*. Le ipotesi avanzate per spiegare i segreti dell'Isola di Pasqua erano andate avanti, arrivando ad essere fantascientifiche, e invocando, come fece lo scrittore svizzero Erich Von Daniken, un'incursione extraterrestre per spiegare la costruzione di *ahu* e *moai*, ma nel corso dei decenni la scienza ha dato spiegazioni ben più convincenti, risolvendo del tutto l'enigma.

Jared Diamond, in uno dei suoi saggi (2005), traccia un resoconto molto dettagliato su come andarono le cose, e da esso stiamo attingendo le informazioni che riportiamo. L'isola, secondo la glottocronologia, fu colonizzata dai primi insediamenti umani fra il 400 e il 900 D.C. I rilevamenti geologici ci dicono che l'isola, fino a prima dell'arrivo degli umani, era molto florida, dotata di un terreno fertile con una presenza notevole di alberi, e molte palme di grandi dimensioni, tipiche delle isole del Pacifico.

Gli insediamenti umani trovarono quindi un habitat ideale, si stanziarono sull'isola e proliferarono, costruendo una società e creando classi sociali: si organizzarono in famiglie, quindi in clan, distribuendosi sui vari territori dell'isola, coltivando ortaggi e legumi, allevando polli. Si trattava di una dozzina di clan distribuiti sulle 12 zone dell'isola, ognuno con un capo e dei sudditi. La fertilità della terra consentì agli abitanti di proliferare, fino ad arrivare ad una popolazione complessiva di diverse migliaia di individui.

Come tutte le società umane, iniziarono a dare attenzione all'estetica. I *moai* venivano costruiti per uno scopo estetico, e probabilmente anche per scopi simbolico-religiosi: ogni clan scolpiva ed innalzava il suo, e probabilmente l'effetto era basato sull'imponenza della statua. Si generò così una gara, simile a quella che nella nostra epoca ha spinto le istituzioni e le varie lobby economiche ad assoldare ingegneri e architetti, per costruire il grattacielo più alto, gara che credo sia ancora in corso.

Scrivre Diamond:

«Le enormi statue venivano scolpite direttamente nel ventre del vulcano disattivo. La roccia si prestava ad essere scolpita, trattandosi di una roccia di tufo resistente e compatta ma trattabile dagli scultori senza grandi sforzi rispetto al basalto, fattore questo che può aver stimolato la competizione dei clan e dei più giovani, dato che nell'isola il tempo libero non mancava. Una volta scavati e scolpiti, i *moai* venivano trasportati verso le rive dell'isola, per essere esibiti. Nel fare questo però non si preoccuparono minimamente di quello che sarebbe stato l'impatto del loro operato sull'ambiente».

Le statue, infatti, venivano spostate con delle leve, usando i tronchi delle palme. Venivano poi trasportate nel luogo dove volevano innalzarle, sempre utilizzando i tronchi delle palme, sui quali le facevano rotolare. Lo stesso accadeva per gli *ahu*. Viste le dimensioni di tali blocchi di pietra, possiamo facilmente immaginare il numero di palme necessarie per tali operazioni. Inoltre, insieme ai tronchi degli alberi, erano necessarie funi robuste, e anche esse venivano ricavate dalle cortecce degli alberi.

Erano necessarie anche provviste di proteine per alimentare le centinaia di isolani impegnati nella costruzione e nel trasporto dei giganti di pietra, e questo secondo gli archeologi comportò un aumento dello sfruttamento della terra che andò oltre le capacità date dalla sua fertilità. Si nutrono anche di molluschi e crostacei, anche se gli alimenti ittici non erano alla base della loro alimentazione date le coste frastagliate dell'isola che non consentivano un buon risultato nella pesca. Nei reperti del terreno all'interno di quelle che erano le zone abitate si sono ritrovate infatti più ossa di polli e ratti che lische di pesce, e numerose erano anche le ossa di volatili presenti nelle isole polinesiane.

Stiamo quindi parlando di un'isola un tempo florida, ricca di risorse per far proliferare gli esseri umani; probabilmente un piccolo eden, una di quelle isole che l'uomo occidentale, immerso nella frenesia dei ritmi metropolitani, sogna come un'oasi di pace nella quale andarsi a rifugiare, magari scegliendone una foto ad alta definizione da utilizzare come sfondo sul desktop del computer, di fronte al quale 'spende' quasi tutte le sue ore di veglia.

Ma stiamo parlando di un'isola, quindi di un territorio limitato dal mare. Su un planisfero in scala 1:33.800.000 un'isola dalle dimensioni dell'Isola di Pasqua non viene rilevata, se non con un puntino appena percepibile, segnato solo dal nome

I moai venivano costruiti per uno scopo estetico, e probabilmente anche per scopi simbolico-religiosi: ogni clan scolpiva ed innalzava il suo, e probabilmente l'effetto era basato sull'imponenza della statua. Si generò così una gara, simile a quella che nella nostra epoca ha spinto le istituzioni e le varie lobby economiche ad assoldare ingegneri e architetti, per costruire il grattacielo più alto, gara che credo sia ancora in corso



Priva di alberi e palme, la fauna volatile sparì dall'isola per raggiungere le isole ad ovest, quelle della Polinesia. Le radici degli alberi abbattuti, morendo, smisero di tenere alta la falda acquifera, e le risorse idriche dell'isola, necessarie all'agricoltura e ai bisogni degli abitanti, andarono diminuendo, arrivando all'insufficienza

Easter. Stiamo parlando di un microcosmo che, se pur costituiva un habitat ideale per l'essere umano, non disponeva dell'estensione e delle risorse necessarie per soddisfarne i desideri di grandezza, non poteva costituire un campo di battaglia per competizioni basate sullo sfruttamento del territorio, come è sempre accaduto e ancora continua ad accadere in tutti i luoghi dove gli umani vivono. Le centinaia di ahu e moai, per essere scolpiti e trasportati, comportarono il disboscamento dell'isola.

Continua Diamond:

«La deforestazione era ormai completa nel 1722, anno in cui Roggeveen, sbarcando sull'isola, non vide nessuna specie vegetale alta più di 3 metri».

La deforestazione significò un mutamento drastico dell'ecosistema, nonché una riduzione delle risorse necessarie alla popolazione per mantenere elevato il suo consumo di alimenti.

Priva di alberi e palme, la fauna volatile sparì dall'isola per raggiungere le isole ad ovest, quelle della Polinesia. Le radici degli alberi abbattuti, morendo, smisero di tenere alta la falda acquifera, e le risorse idriche dell'isola, necessarie all'agricoltura e ai bisogni degli abitanti, andarono diminuendo arrivando all'insufficienza. I terreni non coltivati, esposti al sole senza l'ombra degli alberi, inaridirono sempre di più. Le migliaia di abitanti dell'isola iniziarono a non avere più le risorse per sopravvivere. I terreni, senza più le radici vive degli alberi, iniziarono a franare facilmente, inghiottendo le abitazioni dei nativi. Anche i roditori diminuirono; diventò anche meno pescoso il mare, e oltretutto gli isolani non ebbero più alberi per fare nuove zattere e filamenti vegetali per produrre lenze da pesca.

«Queste le conseguenze più immediate della deforestazione; a lungo termine essa portò ad una cronica carenza di cibo e a un crollo demografico che ebbe come estrema conseguenza la diffusione del cannibalismo». (Diamond)

Proviamo allora ad analizzare l'aspetto psicologico di quanto fin qui raccontato. L'isola di Pasqua, come abbiamo ricordato, era un territorio abitato da gruppi di esseri umani organizzati in modo simile a quello delle altre culture. Famiglie, clan, anziani con più esperienza e quindi rispettati dai giovani, e soprattutto "capi", figure che

per forza fisica, tratti personologici più decisi e incisivi nella relazione, acquisivano il rispetto degli altri, i quali si identificavano in queste qualità e ne sostenevano il carisma riconoscendone la leadership e obbedendo alle disposizioni. Si tratta di una dinamica riconoscibile in tutte le dittature, antiche o contemporanee, dove si vedono in modo evidenti quali sono le aberrazioni delle singole personalità che si mettono agli ordini di un singolo individuo, emulandone i comportamenti e seguendone gli ordini senza riflettere sulle conseguenze che certe decisioni e le relative attuazioni possono comportare.

Gli abitanti dell'isola di Pasqua ubbidivano al loro leader impegnandosi nello scolpire e tirare su giganti di pietra; non vedevano il problema della deforestazione incombere sull'isola che abitavano. Non avevano conoscenze sufficienti per capire a quale rischio si stavano esponendo. La loro cultura arcaica non aveva capacità deduttive sufficienti; si basava su conoscenze empiriche, e il solo modo di apprendere era dall'esperienza.

A rinforzare l'ubbidienza al leader intervennero probabilmente anche fattori inerenti la trascendenza. Anche gli abitanti dell'Isola di Pasqua avevano il culto degli antenati:

«Il fatto che le dimensioni delle statue siano andate via via aumentando potrebbe indicare non soltanto che i capi facevano a gara per costruire le strutture più stupefacenti, ma anche che gli appelli per assicurarsi la benevolenza degli antenati, incarnati dalle statue, in un periodo di grave crisi si facevano sempre più pressanti» (Diamond).

Questa ulteriore considerazione ci porta ancora di più a riflettere su come funzioniamo noi, tutti, come specie umana.

Siamo esseri viventi – gli unici che, grazie a capacità cognitive ed intellettive senza precedenti nella storia della biologia, sono in grado di manipolare l'ambiente fino a stravolgerne gli equilibri. La psicologia comparata ci permette di riconoscere anche in molte specie animali delle capacità prodigiose, delle abilità che incidono anche sull'ambiente, ma che molto difficilmente ne alterano in modo drastico e distruttivo l'equilibrio. È vero che a volte si assiste ad una sovrappopolazione di qualche specie animale che mette a rischio la stabilità dell'ecosistema, perlopiù si tratta di specie entomologiche – il biblico flagello delle cavallette – ma quello che sappiamo è che non ci sono altre specie animali in grado di avere una capacità critica sulle loro azioni, dato che agiscono per istinto, senza porsi quei limiti, dubbi, o semplicemente pensieri, che in noi umani aprono ad azioni etiche, o presunte tali.

Gli abitanti dell'Isola di Pasqua si insediarono in un territorio bellissimo e adattissimo ai loro bisogni. Vi proliferarono, organizzandosi in una società rurale dove i legami affettivi consentivano una maggiore vicinanza fra i componenti della stessa famiglia o clan, mettendoli in antagonismo con altri clan con i quali non si aveva modo di sviluppare legami altrettanto positivi; organizzarono il loro lavoro e si rimisero alla volontà e alla capacità di un leader, il quale a sua volta si rivolgeva alla trascendenza per avere consiglio sul come gestire l'esistenza sua e della gente alla quale era legato. Iniziarono ad esprimere in modo creativo le loro capacità intellettive, cognitive e manuali, creando le statue, un poco come altri popoli primitivi disegnavano le pareti delle loro caverne.

È importante riflettere, però, sul fatto che questo modus operandi dell'essere umano tende a portare, come è accaduto sull'isola di Pasqua, ad una escalation nella quale si cerca la gratificazione del superare l'antagonista, e magari sottometterlo, ma che spesso finisce con l'andare oltre un limite che apre al disagio e all'inadeguatezza dei comportamenti, invece che alla stabilità e al benessere.

Citando un'ultima volta Diamond:

«(...) l'isola di Pasqua incominciò un rapido declino subito dopo aver raggiunto l'apice in quanto a popolazione, a costruzione di monumenti e a deforestazione».

Più avanti aggiunge:

«Per il loro completo isolamento, gli abitanti di Pasqua costituiscono un chiaro esempio di società che si autodistrusse attraverso lo sfruttamento eccessivo delle sue risorse».

Gli abitanti dell'isola di Pasqua ubbidivano al loro leader impegnandosi nello scolpire e tirare su giganti di pietra; non vedevano il problema della deforestazione incombere sull'isola che abitavano. Non avevano conoscenze sufficienti per capire a quale rischio si stavano esponendo. La loro cultura arcaica non aveva capacità deduttive sufficienti; si basava su conoscenze empiriche, e il solo modo di apprendere era dall'esperienza

*Forse potremmo
pensare al pianeta
dove siamo tutti nati
e viviamo come un
punto nell'universo,
così come Pasqua
è un punto in un
planisfero*

L'isola di Pasqua può allora rappresentare, in scala ridotta, il pianeta Terra – che dovremmo smettere di considerare e nominare come “il nostro pianeta”. Forse potremmo pensare al pianeta dove siamo tutti nati e viviamo come un punto nell'universo, così come Pasqua è un punto in un planisfero. Di fronte alla rovina del loro territorio, molti indigeni si misero sulle loro barche rudimentali per navigare verso un'altra isola, e con tutta probabilità la maggior parte di loro la raggiunse. L'amara constatazione che ci propone Jared Diamond è che non abbiamo pianeti in grado di ospitarci in un prossimo futuro. La scienza aereospaziale sembra stia cercando ostinatamente un simile pianeta, ma per adesso tale ricerca è lontanissima anche da un'ipotesi di risultato positivo, e si resta quindi nell'ambito della fantascienza.

Così come andò in sovrappopolazione l'isola di Pasqua, anche il pianeta Terra è oggi sovrappopolato.

Rimasi profondamente colpito leggendo il saggio di Aldous Huxley *Ritorno al mondo nuovo*, che scrive:

«Quando nacque Cristo la popolazione del nostro pianeta era di duecentocinquanta milioni – meno della popolazione della Cina odierna. Sedici secoli dopo... le creature umane superavano di poco i cinquecento milioni. Nel 1931... sfiorava i due miliardi. Oggi – sono trascorsi appena ventisette anni – siamo due miliardi e ottocento milioni».

L'oggi di cui parla Huxley è l'anno 1958. Siamo appena entrati nel terzo millennio, e siamo arrivati ad essere otto miliardi di abitanti, ovvero in poco più di 60 anni abbiamo triplicato il nostro numero di abitanti del pianeta.

Come succedeva sull'isola di Pasqua, nell'intero pianeta l'essere umano continua ad essere organizzato in società dal comportamento competitivo, dove si gareggia nell'avere un'economia migliore, un potere maggiore degli altri nella gestione di quanto accade nell'intero mondo. Durante la guerra fredda, l'Occidente e l'Unione Sovietica gareggiavano nel costruire la bomba atomica più potente – gara di gran lunga più inquietante e folle di quella portata avanti dagli abitanti dell'isola di Pasqua. Anche oggi tali distopiche competizioni sussistono, così come continuano a sussistere guerre secolari, senza che la diplomazia riesca, malgrado gli strumenti tecnologici di cui dispone per essere in comunicazione in tempo reale, a risolverle per giungere ad una pace duratura.

Siamo otto miliardi di umani sul pianeta, e abbiamo esigenze di gran lunga più gravi di quelle di duemila anni fa. Quello che consumiamo quotidianamente non è paragonabile a quello che consumavano gli abitanti di duemila anni fa; consumiamo molto di più pro-capite degli antichi abitanti dell'isola di Pasqua, non solo cibo, ma anche tutto ciò che concerne il nostro comfort, le nostre abitudini, la nostra comodità, e quello che edificiamo e costruiamo per ottenere tali scopi.

Come ci fa notare Zygmunt Bauman, ci siamo costruiti una società liquida, su valori ambigui, indefiniti, o che ci possono apparire anacronistici: l'unico imperativo che si persegue, e che tende a definirci e a strutturare la nostra identità, sta nell'essere *homo consumens*, e non più semplicemente *sapiens sapiens*.

Il paradosso sul quale la psicologia sociale e la sociologia dovrebbero indagare sta nel fatto che la comunità scientifica, e quella politica, sono consapevoli degli effetti collaterali di un simile sistema di sviluppo. Gli abitanti dell'isola di Pasqua impiegarono più tempo a capire che l'aridità del terreno, la sua infertilità, le sue frane, e l'assenza degli uccelli era dovuta al loro eccesso nella produzione dei moai; forse neppure lo capirono, dato che continuarono a costruirne di più grandi per chiedere l'intervento dei loro antenati, per far cessare la carestia e la siccità, finendo con il renderle croniche. Noi oggi sappiamo che il nostro stile di vita inquinante sta logorando il pianeta, ma nello stesso tempo non sappiamo trovare le soluzioni. Gli abitanti di Rapa-Nui avrebbero dovuto smettere di costruire i *moai*. Noi cosa dovremmo interrompere? Quale cambiamento dovrebbe avvenire e chi dovrebbe assicurarne la realizzazione? La politica può riuscire a mutare le sorti del pianeta e quindi le nostre?

Il 20 ottobre del 2010 si verificò nel golfo del Messico uno dei più grandi disastri ambientali della storia: la piattaforma petrolifera Deepwater Horizon prese fuoco a seguito di un'esplosione, uccidendo 12 operai e ferendone molti altri. La piattaforma, devastata dalle fiamme, crollò inabissandosi, lasciando fuoriuscire milioni di litri di

petrolio. La perforazione sul fondale di 400 metri rimase attiva, continuando a fare uscire una quantità spropositata di greggio, che rese tutta quella parte del mare dei Caraibi, in prossimità delle coste della Florida, della Louisiana, del Mississippi e dell'Alabama, una sconfinata distesa di acqua nera. Il presidente degli Stati Uniti fu ripreso, dopo pochi giorni, sulla spiaggia, di fronte alla marea nera, mentre tirava dei sassi contro il mare ripetendo: "Chiudete quel dannato buco!". L'esercito di ingegneri, geologi, tecnici ed esperti di ogni genere non sapevano come fare per chiudere la falla. La fuoriuscita di petrolio inquinò e deturpò uno dei mari più belli del mondo per 106 giorni. Uno degli uomini più potenti del mondo, di fronte alla catastrofe, non ebbe poteri per accelerare i tempi, e poté solo pronunciare slogan facendosi riprendere da una telecamera.

L'esempio della Deepwater Horizon vuole essere indicativo del fatto che l'essere umano ha di gran lunga oltrepassato il limite della reversibilità, per quanto riguarda gli effetti collaterali delle sue manipolazioni del pianeta. La politica, in tale scenario, non può fare molto. Il sistema va da sé, con una dinamica che noi umani possiamo osservare e anche comprendere, ma non possiamo più controllare, paradossalmente, dato che siamo noi l'elemento determinante del sistema, il fattore umano che ha condizionato l'intero pianeta Terra, portandolo nell'era geologica dell'Antropocene. Il sistema della biosfera è stato condizionato in modo drastico da un'antropizzazione che ha imposto un sistema alternativo, non più dotato di un livello di entropia che definiremmo con la locuzione "leggi di natura", bensì un sistema in cui il fattore umano sta affermando uno stato di entropia negativa dove tutto è organizzato, prevedibile, misurato, calcolato, ordinato... fino a quando l'ineluttabile, l'elemento casuale, o lo stesso "errore umano" non arriva a far riprecipitare la biosfera verso un'entropia indiscriminata, iperbolica.

Ci basti pensare alla genesi dell'energia atomica, su cui la recente versione cinematografica di Nolan ci propone uno spunto di riflessione.

L'essere umano raggiunge in alcuni casi un'intelligenza e delle capacità cognitive che gli consentono di osservare tutto ciò che esiste andando oltre il limite sensoriale, per indagare sull'infinitamente grande come sull'infinitamente piccolo; la sua condizione psicologica lo spinge ad un'azione conoscitiva che raggiunge traguardi oltre le leggi di natura presenti sul pianeta, sfociando nell'individuazione dell'energia di una stella... per farne quale uso? Gli effetti di un uso inadeguato dell'energia atomica ha causato i disastri di Chernobyl e Fukushima; quali sarebbero gli effetti di azioni deliberatamente distruttive con l'uso bellico di tale energia, dopo Hiroshima e Nagasaki?

Le domande che ci dovremmo porre, come psicologi, sono le seguenti:

- 1) qual è il limite che rende l'essere umano distruttivo?
- 2) quale dinamica rende cronica tale distruttività?

Per rispondere alla prima domanda, credo si debba fare riferimento al "peccato originale" che è presente nella psiche umana, e che psicoanalisti e psicoterapeuti si trovano a gestire nella loro attività quotidiana, in modo più o meno impegnativo, a seconda del caso. Più di ogni altra difficoltà che possa affliggere una persona, e che la psicopatologia classifica come disturbi della personalità, il narcisismo è presente in ognuno di noi, fin dalla nascita. Freud lo descrisse esplicitamente come narcisismo primario.

Il primo concetto di narcisismo aveva a che fare con la tendenza del soggetto umano neonato ad accumulare energia libidica in se stesso, e questo per diversi anni prima di arrivare a rivolgere la sua attenzione al mondo esterno, identificando nell'altra persona un oggetto su cui riversare tale energia. Il comportamento narcisistico, una tendenza a volere fare e a volere possedere tutto, contraddistinguerebbe il neonato e l'infante in età prescolare. Allo stesso modo l'uomo primitivo voleva mutare gli stati avversi della realtà nella quale era immerso mediante il pensiero magico. Con lo sviluppo del pensiero kleiniano e bioniano si passò a teorizzare un passaggio di energia libidica sin dalla fase orale, in un rapporto con il seno contenitore, che era comunque altro dal neonato che vi si attaccava per la sua nutrizione e soddisfazione libidica. Tale sviluppo della psicoanalisi rafforzò ancora di più il concetto del narcisismo, dato che vedeva l'individuo umano, sin dai primi istanti di vita, proteso verso l'utilizzo – anche se in termini relazionali e oggettuali – di ciò che trovava nel mondo esterno, cioè il seno, per la soddisfazione del suo bisogno, in modo

*L'essere umano
raggiunge in alcuni
casi un'intelligenza
e delle capacità
cognitive che gli
consentono di
osservare tutto ciò che
esiste andando oltre
il limite sensoriale,
per indagare
sull'infinitamente
grande come
sull'infinitamente
piccolo; la sua
condizione psicologica
lo spinge ad un'azione
conoscitiva che
raggiunge traguardi
oltre le leggi di
natura presenti sul
pianeta*



indiscriminato, ovvero fino ad un soddisfacimento assoluto della sua fame e del suo bisogno di sentirsi accudito e amato.

Il narcisismo non è solo un concetto psicoanalitico. Il mondo accademico internazionale riconosce da decenni tale fenomeno, e ne conosce l'eccesso patologico. Esso costituisce il peccato originale della nostra psiche, dato che in una certa misura tutti ne abbiamo una componente nella nostra personalità. Ricordiamo tuttavia che è una componente necessaria: alla drastica assenza di narcisismo corrisponderebbe una profonda assenza di autostima che comporterebbe uno stato depressivo per la personalità. Il limite del narcisismo sano fu individuato da Kohut che lo riteneva necessario alla funzione del Sé; oltre quel limite inizia il narcisismo patologico, maligno. Il limite è molto permeabile e sottile, prossimo all'evanescenza.

Probabilmente, l'incidenza del narcisismo è anche sottostimata dagli psicopatologi e dagli epidemiologi, dato che il disturbo di personalità più diffuso, almeno nelle culture occidentali, risulterebbe essere quello ossessivo; ma non credo si possa

escludere il bias dovuto al fatto che il narcisista, anche quello più patologico, è quasi sempre egosintonico, e tende ad agire delle difese che non gli fanno mettere in discussione o in dubbio la validità del suo modo di essere.

Come per gli abitanti di Rapa Nui, e come per tutti gli esseri umani presenti sul pianeta, c'è una tendenza a mantenere viva una forma basilare di narcisismo che ci spinge a desiderare in modo indiscriminato, fino all'eccesso, di avere dal mondo esterno nutrimento, cura, conforto, conferma del nostro valore, e di sentirci amati, apprezzati, desiderati.

Non appena l'ipotalamo inizia a produrre quegli stimoli che si attivano nella sensazione interna della fame, il sistema limbico porta il neonato ad emettere un urlo inquietante che è un'estrema espressione di angoscia e disperazione, e che trova assoluta soddisfazione solo dopo aver assorbito attraverso la suzione dal seno e nel contatto con la madre, la quantità di latte che lo renda completamente sazio, accompagnato da una soddisfazione di piacere dovuto al contatto con il corpo che lo nutre che attiva in lui una produzione di endorfine, fondamentale per lo sviluppo del suo benessere psichico. È interessante notare lo stato di soddisfazione di un neonato dopo una poppata, quando si addormenta ancora con il capezzolo in bocca, e non è più in grado di ingerire altro latte: appare completamente in balia di un benessere assoluto, tanto da apparire simile all'eroinomane che ha assunto una dose di oppiaceo, e vive lo stato di alterazione indotta dalla sostanza con un'espressione esteriore che lo fa apparire addormentato, quasi malato e sofferente, per quanto stia provando una sensazione di estremo, artificiale e corrosivo benessere.

Con la digestione e la metabolizzazione del latte, lo stomaco si svuota, torna lo stimolo della fame, e si ripete l'urlo di disperazione.

Il problema sta nel fatto che l'essere umano, crescendo, potrebbe continuare a cercare una simile sazietà assoluta, spingendosi ad agire in modo indiscriminato per vedere soddisfatto ogni suo bisogno fino alla sazietà, e ciò lo porterebbe ad essere sempre più avido di cure, di abbondanza, di certezze, ad utilizzare le sue capacità intellettive e cognitive per manipolare l'ambiente attorno a sé, per emergere dalla collettività, per apparire come il più meritevole di attenzione, il più forte, il più adatto alla riproduzione, colui con la genia più copiosa e sana. Con queste premesse possiamo inquadrare il comportamento "vanitoso" dei capi clan di Rapa Nui, la tendenza dell'essere umano a persistere in una dimensione sociale e relazionale che prevede l'aspirazione ad essere maschio alfa, e la soggezione di tanti che seguono il maschio alfa in modo acritico – come nei clan sulla grande isola Rapa Nui.

Questa constatazione ci introduce nella seconda domanda.

L'essere umano tende ad essere dipendente in modo patologico da quello che ha. Anche la dipendenza è un tratto della personalità presente alla nascita: con la crescita e la strutturazione della personalità, si ridimensiona gradualmente, fino a sviluppare un certo grado di indipendenza, parziale, dato che restano i legami affettivi. Si tratta comunque di un livello di indipendenza che può essere sufficiente per vivere in uno stato di benessere. Quello che sembra sussistere è la dipendenza dall'ambiente.

Nella pratica della clinica psicologica capita di ascoltare le espressioni di angoscia di persone che soffrono per una condizione socioeconomica percepita come povertà, condizione che si manifesta nel fatto che, per esempio, hanno dovuto vendere l'abitazione di 140 mq per andare a vivere in una casa in un quartiere più periferico e di dimensioni ridotte, e anche l'automobile da sessantamila euro per acquistarne una da diecimila. Si tratta di persone che si sentono povere, e vivono tutta l'angoscia di un fallimento, di una umiliazione che produce una frana nel Sé e uno stato di depressione anche di grave entità. Queste persone perdono, cioè, il senso della realtà, confondendo la povertà percepita con la povertà reale. Si tratta della dipendenza dal tenore di vita raggiunto: come per le sostanze psicotrope, si va in assuefazione, si cerca di avere sempre più potere economico, sociale e materiale, e la circostanza di una diminuzione di tale 'dose' di benessere viene avvertita come un'astinenza, una mancanza che fa crollare la produzione di endorfine, prima stimolata dall'elevato tenore di vita.

Da quanto detto, spetterebbe alla psicologia e alla psicoterapia, più che alla politica, aiutare l'essere umano a riconoscere i limiti, a conoscere se stesso per comprendere che non è di eccessi che ha bisogno, ma solo di equilibri.

Forse gli psicologi e gli psicoterapeuti dovrebbero anche tenere in considerazione il fatto che la risoluzione di un disturbo si attua con un cambiamento nella personalità

L'essere umano, crescendo, potrebbe continuare a cercare una simile sazietà assoluta, spingendosi ad agire in modo indiscriminato per vedere soddisfatto ogni suo bisogno fino alla sazietà, e ciò lo porterebbe ad essere sempre più avido di cure, di abbondanza, di certezze, ad utilizzare le sue capacità intellettive e cognitive per manipolare l'ambiente attorno a sé, per emergere dalla collettività, per apparire come il più meritevole di attenzione, il più forte, il più adatto alla riproduzione, colui con la genia più copiosa e sana

*Credo ci sia la
tendenza negli
psicoterapeuti,
soprattutto in
quelli che lavorano
con gli adolescenti
a stimolare una
reazione narcisistica
dei loro giovani
pazienti, per portarli
a reagire ad una
condizione depressiva
o a superare una
stato di angoscia,
per superare
le insicurezze
fisiologiche dell'età*

e che si dovrebbe tenere in conto anche il contesto nel quale la persona vive, entrare in empatia con l'ambiente, sia socio-relazionale che eco-sistemico.

Il lavoro dello psicologo-psicoterapeuta è centrato su un risultato che deve portare il paziente a stare bene, essere soddisfatto e gratificato per la vita che conduce e sentire un senso di stabilità per quel che riguarda la sua esistenza. Non si fa caso a quale atteggiamento il paziente prenderà, quale sarà la modalità di relazione che metterà in atto con il mondo a lui esterno, una volta risolte le incertezze esistenziali e i disturbi che lo hanno portato in terapia. Credo ci sia la tendenza negli psicoterapeuti, soprattutto in quelli che lavorano con gli adolescenti a stimolare una reazione narcisistica dei loro giovani pazienti, per portarli a reagire ad una condizione depressiva o a superare uno stato di angoscia, per superare le insicurezze fisiologiche dell'età. Si tratta della tendenza a fare emergere l'aspirazione ad essere maschio alfa nel paziente. Potrebbe anche essere concepibile come aspirazione; può essere utile stimolare in un adolescente quel "sano narcisismo" di cui parla Kohut, ma non si corre il rischio di spingere tale narcisismo verso l'eccesso se il terapeuta vive nella convinzione di essere un maschio alfa? (Lo stesso dicasi per la terapeuta, indicando una locuzione analoga).

Tale posizione, quindi, anche se può avere un effetto gratificante e corroborante per il paziente, forse non giova al suo bisogno – simile a quello di tutti i giovani – di poter iniziare a sperare che le catastrofi che molti scienziati ci descrivono come prospettiva, insieme ai tanti segnali che il pianeta ci dà mostrandoci la sua vulnerabilità, siano evitabili. Forse gli psicologi-psicoterapeuti dovrebbero fare un loro percorso terapeutico, come accade con la psicoanalisi, prima di cimentarsi nella pratica terapeutica, dato che molte scuole di psicoterapia non lo pongono come requisito obbligatorio per la formazione; e forse non si dovrebbe smettere mai di avere un confronto con un collega, stando dalla parte del paziente, per tutto il tempo della nostra attività professionale, dato che è Freud stesso a ricordarci che l'analisi non raggiunge l'obiettivo di una metamorfosi, ma solo di una trasformazione nella psiche che «riesce, ma spesso solo parzialmente. Parte degli antichi meccanismi non vengono intaccati dal lavoro analitico» (Freud 1937).

Forse dovremmo riuscire a trasmettere un maggiore senso della misura, soprattutto agli adolescenti, che rappresentano una fascia cospicua di utenti della psicologia e della psicoterapia, ma che spesso, dopo aver ottenuto un risultato positivo e il raggiungimento di una sicurezza, lasciano il percorso, anche in accordo con il terapeuta, per andare avanti da soli, come è comprensibile. In molti casi i giovani pazienti non sono ancora abbastanza maturi, non colgono la necessità di una personalità equilibrata per essere nel mondo, e non riescono a controllare un possibile tratto narcisistico persistente che li porterebbe a modalità relazionale competitiva, stile di vita basato sul consumo indiscriminato di beni materiali, in gran parte inutili.

Allo stesso modo in cui si educa un bambino, fin dalla nascita, a non eccedere in modo indiscriminato con il cibo, a non abusarne, per non esporlo al rischio di sviluppare per il resto della vita una tendenza all'obesità, così bisognerebbe cercare di seguire il percorso di crescita dell'adolescente aiutandolo a riconoscere gli eccessi del tratto narcisistico, e a ricercare un benessere non basato sull'affermazione a tutti i costi del sé nel mondo esterno, bensì sulla comprensione degli effettivi e concreti bisogni di equilibrio nel suo mondo interno. Si torna quindi alla questione educativa, assiologica, che dovrebbe essere affrontata dagli adulti a cui spetta il compito di educare e trasmettere valori concreti, non fuorvianti come sono quelli basati sul cliché trogloditico del maschio alfa o quello ad esso conseguente, e vuoto, dei consumi.

La psicologia, in questo senso, ha la grande responsabilità, insieme alle altre scienze umane, di comprendere tale bisogno dell'umanità intera, come di tutta la biosfera, e di renderlo sempre più percepibile e riconoscibile.

L'ansia di stare andando, a livello planetario, verso un destino simile a quello, in scala 1:33.800.000, degli indigeni della "grande isola" Rapa Nui, è molto comune fra gli adolescenti ed i giovani, che non vedono davanti a sé un futuro roseo. La loro reazione però, a volte appare contraddittoria, condizionata da quel tratto narcisistico dal quale invece non dovrebbero farsi abbagliare. La cronaca ci dice di atti eclatanti, sconclusionati, forme di ribellione istrioniche, anche di tipo antisociale, e soprattutto

perfettamente inutili, e non solo: imbrattare muri di edifici secolari di vernice è comunque una forma di inquinamento, bloccare un'autostrada implica fermare dei motori che restano probabilmente accesi; qual è il risultato della loro protesta se non quello di balzare sulla ribalta della cronaca, lasciando il tutto così com'è?

Purtroppo tale contraddizione è analoga ad un'altra contraddizione presente in questo quadro culturale e socio-antropologico, oltre che psicologico.

Freud, in un articolo del 1917, rilevò come la scienza del suo tempo stava svelando le debolezze della psiche umana, a partire dal narcisismo.

Parlò delle tre ferite narcisistiche che la scienza aveva procurato all'essere umano. La prima era la ferita cosmologica: l'uomo, figlio di un Dio onnipotente che lo ha creato a sua immagine e somiglianza e lo ha posto sul pianeta Terra per esserne l'abitante eletto, scopre di non trovarsi su un pianeta attorno al quale tutto l'universo ruota. La rivoluzione copernicana ribaltò completamente la prospettiva, smontando tali convinzioni e mostrando piuttosto la fallacia di una conoscenza data solo dai sensi, che non riescono a percepire fenomeni fisici macroscopici come il movimento del pianeta su se stesso. La seconda era la ferita biologica: dopo alcuni secoli dalla rivoluzione copernicana, l'uomo doveva accettare di non essere vicino all'angelo, ma di avere per cugina la scimmia. La rivoluzione darwiniana fece crollare la convinzione di essere una creatura eletta, più vicina alla metafisica che al mondo fisico e biologico: l'uomo scoprì di discendere, come ogni altro animale, da una proliferazione di vita che si era evoluta per milioni di anni sul pianeta, diramandosi in specie, di cui quella umana era la forma più evoluta e sofisticata... comunque una forma animale, e non divina.

La terza ferita narcisistica era quella psicologica: come animale dotato di un pensiero razionale, l'essere umano restava in balia di una irrazionalità che non avrebbe mai potuto del tutto risolvere: avrebbe potuto solo cercare di contenerla per rendere la sua esistenza accettabile, come la psicoanalisi andava dimostrando. Le potenzialità della mente umana non erano conosciute all'io; essa restava inconscia, e condizionava i comportamenti e gli stati affettivi ed emotivi della mente, rendendo l'esistenza un enigma, con incognite che sarebbero rimaste irrisolte, o almeno non erano ancora risolvibili, ma forse, un giorno...

Nelle teorie di Freud sembrava intravedersi una speranza, dato che in buona parte era stata la visione positivista della scienza ad avergli suggerito quelle intuizioni tramite le quali arrivare alla teoria psicoanalitica dell'inconscio e alla relativa possibilità di cura per la psiche sofferente. Era la scienza che metteva in evidenza la componente narcisistica della natura umana, con le sue deviazioni dal dato di realtà, e le conseguenze che le derive narcisistiche comportavano – manteniamo sempre come riferimento il caso di Rapa Nui. Era sempre nella scienza, allora, che si poteva trovare un miglioramento per la condizione umana.

La scienza del tempo di Freud era dominata dal positivismo. In campo medico, un secolo prima della pubblicazione degli studi sull'isteria, la sperimentazione di Jenner dei primi vaccini aveva aperto una nuova frontiera per la cura delle malattie infettive, intuendo il meccanismo alla base della risposta del sistema immunitario all'agente patogeno esterno; gli studi di microbiologia di Bartolomeo Bizio, nella prima metà dell'Ottocento, e quelli di Pasteur nella seconda metà, avevano iniziato a svelare la multiformità dei microorganismi. Quando Freud pubblicò *l'Interpretazione dei Sogni*, nel 1899, Martinus Beijerinck e Dimitri Ivanoschi avevano isolato i primi virus, individuandone la natura e la pericolosità per gli organismi viventi. Quando Alexander Fleming scoprì l'enzima lisozima, nel 1922, la psicoanalisi di Freud entrava nella fase della cosiddetta 'seconda topica freudiana': la scoperta della penicillina da parte di Fleming apriva alla sperimentazione degli antibiotici, e da quella data gli istogrammi demografici segnarono un'impennata senza pari nella storia dell'umanità, abbattendo gradualmente il flagello della mortalità infantile, frenando quella selezione naturale operata da virus e batteri, che decimava la popolazione mondiale. Lo sviluppo industriale, tecnologico ed economico, nel corso dei decenni, hanno portato all'estensione delle cure, tanto che oggi in Occidente il decesso per un'influenza di un bambino in età neonatale fa notizia, quando una volta era una evenienza altamente probabile. La scienza rende l'essere umano più longevo, più resistente all'aggressione degli agenti patogeni. Malgrado la follia collettiva di due guerre mondiali, con il numero iperbolico di morti conseguenti, la popolazione umana non ha smesso di crescere in tutto il pianeta.

Nelle teorie di Freud sembrava intravedersi una speranza, dato che in buona parte era stata la visione positivista della scienza ad avergli suggerito quelle intuizioni tramite le quali arrivare alla teoria psicoanalitica dell'inconscio e alla relativa possibilità di cura per la psiche sofferente. Era la scienza che metteva in evidenza la componente narcisistica della natura umana, con le sue deviazioni dal dato di realtà, e le conseguenze che le derive narcisistiche comportavano – manteniamo sempre come riferimento il caso di Rapa Nui. Era sempre nella scienza, allora, che si poteva trovare un miglioramento per la condizione umana.

La filosofia nichilista di Les Knight parla quindi di un'eutanasia nella quale si dovrebbe smettere di proliferare, smettendo di procreare, tramite vasectomia e sterilizzazione, così da riportare l'equilibrio nella biosfera, e far sì che «gli ultimi umani si godrebbero in pace il proprio tramonto, sapendo di aver riportato il pianeta il più vicino possibile al giardino dell'Eden»

Possiamo dire che la scienza, se pur ha aiutato l'essere umano a sopravvivere e a migliorare le sue aspettative di vita, se pure gli ha dato, con la psicologia, una maggiore conoscenza di se stesso, ha anche contribuito al proliferare della presenza umana sul pianeta, che, per una sua prerogativa che la porta ad inquinare e a consumare l'ambiente dove vive, deturpa le aspettative del suo stesso futuro.

Oggi c'è consapevolezza rispetto all'insostenibilità dello sviluppo in atto nelle società post industriali e altamente tecnologizzate, ma sembra non essere possibile un'inversione di rotta. È come se i polinesiani di Rapa Nui non avessero smesso di edificare *ahu* e scolpire *moai*, pur sapendo che non avrebbero in alcun modo ottenuto i favori dei loro antenati, ma avrebbero solo distrutto il loro habitat naturale e ideale.

Il paradosso è evidente, dato che è umanissimo desiderare che i nostri figli siano salvati da malattie mortali, idem dicasi per noi stessi. È un dato di fatto che molti siano consapevoli dell'inadeguatezza umana nella relazione con il pianeta: spesso persone confidano allo psicologo di non volere figli perché il mondo nel quale crescerebbero è troppo contaminato, e minacciato di siccità, desertificazione, variazioni climatiche dal possibile esito nefasto; non vorrebbero mettere al mondo persone destinate all'angoscia di un mondo distopico; molti lo esplicitano anche, dichiarando di non voler avere figli ai quali lasciare un mondo alla deriva, o anche di non voler generare altri esseri umani che contribuirebbero alla devastazione del pianeta.

Nel saggio del 2007, Alan Weisman ci riferisce perfino di movimenti che inneggiano all'estinzione della specie umana, in quanto sarebbe ritenuta una sorta di cancro per il pianeta Terra, movimenti come la Church of Euthanasia, che, «con i suoi quattro pilastri di aborto, suicidio, sodomia e cannibalismo, e un sito web che insegna a macellare una carcassa umana proponendo anche ricette di salse per il barbecue», inneggia al rifiuto di continuare ad essere presenti sul pianeta. Altri movimenti simili, come Il Vhemt, il Voluntary Human Extinction Movement, fondato nel 1991 da un insegnante dell'Oregon, Les Knight, propone una forma di nichilismo meno cruenta, affermando, già negli anni settanta, e in modo tanto ragionato quanto cinico, che:

«Nessun virus potrebbe mai annientare sei miliardi di persone. Se anche morisse il 99,9 per cento della popolazione, rimarrebbero pur sempre seicentocinquantamila sopravvissuti naturalmente immuni. E le epidemie rafforzano la specie. Nel giro di cinquantamila anni ci ritroveremmo al punto di partenza.» E parlando della guerra come modo per realizzare l'estinzione umana, dice: «milioni di persone sono morte in guerra, eppure la famiglia umana continua a crescere... Di solito il risultato netto è un aumento invece che una decrescita della popolazione totale. Inoltre uccidere è immorale. Lo sterminio di massa non dovrebbe neppure essere preso in considerazione come mezzo per migliorare la vita sulla terra.»

La filosofia nichilista di Les Knight parla quindi di un'eutanasia nella quale si dovrebbe smettere di proliferare, smettendo di procreare, tramite vasectomia e sterilizzazione, così da riportare l'equilibrio nella biosfera, e far sì che «gli ultimi umani si godrebbero in pace il proprio tramonto, sapendo di aver riportato il pianeta il più vicino possibile al giardino dell'Eden».

Tali affermazioni ci appaiono dettate da uno stato depressivo latente, se non evidente. Sarebbe come se gli abitanti di Rapa Nui avessero lasciato la grande isola una volta iniziata la loro competizione scultorea, avendo capito che tale gara avrebbe comportato la devastazione del territorio, nella consapevolezza che non sarebbero riusciti a resistere, restandovi, alla tentazione di usare la roccia di tufo, così invitante nella sua sostanza solida quanto trattabile in modo gratificante dagli scultori, per erigere quelle colossali sculture, esaltando e celebrando con tali creazioni un loro narcisismo collettivo.

Per quanto sia molto diffuso il pensiero della Vhemt, e abbia molto seguaci sul web, è molto più comune che lo psicologo psicoterapeuta riceva pazienti angosciati e depressi per la prospettiva di una inabitabilità del pianeta, e quindi di una difficoltà della sopravvivenza per i loro figli; ancor più comune e diffusa è l'ansia che molti, soprattutto adolescenti e giovani, mostrano in conseguenza di tale prospettiva.

La condizione umana attuale non è nuova, nella storia della nostra cultura. Il millenarismo fu presente un millennio fa, quando si temeva l'avvento di un'apocalisse descritta all'alba della storia dell'Occidente. Nel nostro presente tale condizione non

avverrebbe per opera di un dio, o per eventi causali prevedibili ma inevitabili, come per esempio lo scontro con un asteroide troppo grande perché la Terra possa assorbirne l'urto. L'ipotesi apocalisse sarebbe agita, lentamente ma incessantemente, dal fattore umano stesso.

Ci si dovrà occupare sempre di più di tale inquietante stato di cose. La scienza dovrà trovare alternative per fare fronte ai bisogni fisici e materiali delle persone, ridimensionandoli. Si dovranno aiutare le persone ad andare verso comportamenti ponderati, responsabili, adeguati e utili, veramente e concretamente, al loro benessere...e la scienza che si occupa dei comportamenti umani è la psicologia.

*Psicologo-Psicoterapeuta. Pavia.
e-mail: paolo_di_biagio@asst-pavia.it

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2017) Trattato dei disturbi di personalità. Milano, Raffaello Cortina, 2017.
- Bateson G. (1979) *Mente e natura*. Milano, Adelphi, 1984.
- Bauman Z. (2007) *Homo Consumens*. Lo siamo inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi. Trento, il Margine ed., 2021.
- Crosby A.W. (2002) *Imperialismo ecologico*. Roma-Bari, Laterza, 2002.
- Darwin C. (1864) *L'origine delle specie*. Bologna, Zanichelli, 1982.
- Dennet D.C. (1995) *L'idea pericolosa di Darwin*. L'evoluzione e i significati della vita. Torino, Bollati Boringhieri, 1997.
- Diamond J. (2005) *Collasso*. Come le società scelgono di morire o vivere. Torino, Einaudi, 2005.
- Freud S. (1913) *Totem e tabù*. Torino, Bollati Boringhieri, 1969.
- Freud S. (1914) *Introduzione al narcisismo*. Torino, Bollati Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1917) *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917*. Torino, Bollati Boringhieri, 2002.
- Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Torino, Bollati Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1922) *L'Io e l'Es*. Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1937) *Analisi terminabile o interminabile e Costruzioni nell'analisi*. Torino, Bollati Boringhieri, 1977.
- Heyerdahl T. (1958) *Aku-Aku*. Il segreto dell'Isola di Pasqua. Firenze, Giunti Martello, 1976.
- Kohut H. (1971) *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut H. (1986) *Potere, coraggio e narcisismo*. Roma, Astrolabio-Ubalchini, 1986.
- Lovelock J. (1988) *Gaia: nuove idee sull'ecologia*. Torino, Bollati Boringhieri, 1981.
- Lovelock J. (1988) *Le nuove età di Gaia: una biografia del nostro mondo vivente*. Torino, Bollati Boringhieri, 1991.
- McKibben, B. (1989) *La fine della natura: il manifesto dell'altra ecologia*. Milano, Bompiani, 1989.
- Melzer D. (1973) *Lo sviluppo kleiniano*. Roma, Edizioni Borla, 1982.
- Neri C. Corrales A. Fadda P. (1987) *Lecture bioniane*. Roma, Edizioni Borla, 1987.
- Olivenstein C. (1982) *Il destino del tossicomane*. Roma, Edizioni Borla, 1984.
- Siegel D.J. (2001) *La mente relazionale*. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Milano, Raffaello Cortina, 2021.
- Sournia J.-C. (1992) *Storia della medicina*. Bari, Edizioni Dedalo, 1994.
- Stewart G.R. (1949) *La terra sull'abisso*. Milano, Nord, 1990.
- Weisman A. (2007) *Il mondo senza di noi*. Torino, Einaudi, 2008.
- Wilson E.O. (1999) *Biodiversità*. Firenze, Sansoni, 1999.
- Wilson E.O. (2002) *Il futuro della vita*. Torino, Codice, 2004.
- Wrangham R. e Peterson D. (1996) *Maschi bestiali: le basi biologiche della violenza umana*. Roma, Muzio, 2005.

Reflections on the role of psychology in the field of environmental emergency

When the Dutch explorer Jacob Roggeveen (1659-1729), on 5 April 1722, Easter Sunday, reached the most isolated island on the planet, in the middle of the Pacific Ocean, he and his men must have lived the same experience as would occur to a team of astronauts, landing on another planet and finding it inhabited by people who looked like survivors of a dystopic event.

KEYWORDS: environment, emergency, habitat, island

link
■ emozioni



Occhi di natura

Eyes of nature

HANNA FRIDRIKSDOTTIR*

Guardare con gli occhi della natura, della leggerezza e dell'arte è come guardare con gli occhi della bellezza. Si uniscono in un silenzio profondo e luminoso che si può sentire nei posti più improbabili, come il centro di Parigi, se si ascolta con sguardo tenero e meravigliato

PAROLE CHIAVE: contemplazione, bellezza, leggerezza, fiori, natura, silenzio

Il silenzio ronzante delle cicale era il preludio di questa *matinée* colma di luce e di natura nel cuore della Ville Lumière. La luce accarezzante filtrava tra i rami in fiore e si mescolava armoniosamente ad altri profumi. Quell'olezzo romantico e salutare allo spirito, ogni anno si sprigiona come per magia nell'aria pesante dopo il freddo invernale e regala ai sensi un'avventura sempre diversa, un viaggio olfattivo nel tempo infinito della bellezza.

Una giovane donna dall'aria leggermente malinconica ma serena completava l'accordo della soave scena. Aveva la primavera nei capelli. Osservando i libri posti nella vetrina, aveva catturato il proprio riflesso e vedeva, con grande meraviglia, la sua chioma fiorita con i fiori del ciliegio, *Sakura*, come si chiamano in giapponese. La città, infatti, in quei giorni era una performance di colori, in cui spiccava il *leitmotiv* del rosa del ciliegio. Non era mattiniera di natura, ma nonostante ciò, era affascinata dalle atmosfere del mattino. Quel giorno le fu più chiaro che mai perché Hemingway amava tanto quest'ora: era quella migliore per inseguire brandelli di mondo intatti dal tempo. Era stata talmente precipitosa ad arrivare alla libreria oggi, che non aveva prestato attenzione agli alberi in fiore, ai gatti, ai piccoli café profumati o ad altri miracoli di bellezza, incluso l'albero che si trovava ora alle sue spalle, sorgente del suo riflesso. E ora trovava i suoi fiori intrecciati nei capelli, come se le stessero dicendo: «Ma è possibile che oggi non avevi ancora pensato ad ammirarci?». E avevano perfettamente ragione. Come aveva fatto a non vederli prima, anche con la coda dell'occhio? si chiedeva.

Certo i fiori sono come la natura, non chiedono di essere visti. Sono delle bellezze silenziose e umili, pronte ad accogliere il nostro sguardo vagante e guidarlo dolcemente nel regno infinito dei loro amorevoli colori e profumi.

Pensava quanto fosse meraviglioso, che esistesse proprio un termine in giapponese per descrivere l'osservazione dei fiori, in particolare quella del ciliegio, *Hanami*. Suona un po' come "amami!". Sicuramente l'imperativo non è da fiori, ma l'espressione indica comunque un invito a guardarli, ad amarli con gli occhi. Durano poche settimane e quindi ogni carezza degli occhi diventa ancora più preziosa, con la consapevolezza di non vederli poi fino all'anno seguente e pure allora per poco.

Questo vale per chi vive a Parigi. Lei si trovava invece in quella città per una tesi di laurea in letteratura presso la Sorbonne Université e chissà fra un anno dove sarebbe stata in primavera. Improbabilmente ad ammirare i fiori qui come oggi. Anche in questo caso voleva distillare al massimo il momento, in modo che la sua anima e il suo cuore potessero sorreggiare l'elisir della primavera in tutte le stagioni della vita e in qualsiasi luogo. Di solito stava molto attenta alle bellezze naturali che si presentavano davanti ai suoi occhi, e la vetrata con i libri era tra le pochissime distrazioni che poteva immaginare di ritenere giustificabili per questa sua svista. I libri e le librerie per lei rappresentavano grandi passioni. Pensava che di quelli il mondo non si sarebbe saziato mai... o almeno lo sperava profondamente. A Parigi c'erano tante librerie, forse non quante le farmacie, ma si facevano una stuzzichevole concorrenza, "duettando" da rivali: *"mens sana in corpore sano"*.

Ora che si era accorta della presenza del ciliegio in quel modo inaspettato e simpatico

I fiori sono come la natura, non chiedono di essere visti.

Sono delle bellezze silenziose e umili, pronte ad accogliere il nostro sguardo vagante e guidarlo dolcemente nel regno infinito dei loro amorevoli colori e profumi



La cosa più bella di questa città, in effetti, è come si presta bene alle flâneries, quelle passeggiate senza meta, guidate meramente dal profondo desiderio di meravigliarsi anche delle cose più inaspettate, delle virgole che non si vedono, ma che danno ancora più senso alle frasi

– che pareva un incrocio tra un *objet trouvé* surrealista e una testa composta di Arcimboldi – diventava ancora più prezioso e significativo questo momento. La cosa più bella di questa città, in effetti, è come si presta bene alle *flâneries*, quelle passeggiate senza meta, guidate meramente dal profondo desiderio di meravigliarsi anche delle cose più inaspettate, delle virgole che non si vedono, ma che danno ancora più senso alle frasi. Forse l'allegria dei fiori del ciliegio - così luminosi ma fragili - era dovuta alla loro consapevolezza dell'esistenza fugace, e quindi sorridevano con la massima solarità e amore al mondo. Che la vita segreta e misteriosa delle piante includa anche quella capacità oppure no, rimane una questione intima loro. In ogni caso porgevano in maniera graziosa – ma non per quello meno convincente – la metafora della vita, quell'attimo di luce e di bellezza più o meno sospeso, ma sempre inafferrabile se non a uno sguardo persistentemente tenero e meravigliato. Mirando i dolci rami ricoperti di *sakura*, che si allungavano verso il cielo, intravedeva un movimento saltellante tra di loro. I suoi occhi contemplanti si adattavano rapidamente a questo ospite inatteso. Quasi immediatamente capiva che era un merlo, perché avviava il suo canto inconfondibile, quelle frasi lunghe e varie, improvvisate con tanto vigore e precisione, mai uguali, sempre gioiose. Non avrebbe potuto immaginare un'interruzione così piacevole nell'aria silenziosa. Incredibilmente calma per essere Parigi si direbbe? Ma Parigi è tante cose, vi si trovano anche dei silenzi sublimi e forse il loro incanto è dovuto al fatto che a volte li trovi nei posti dove non te li saresti mai aspettati. È come se quel piccolo ma grande cantante avesse chiesto il silenzio per il suo concerto mattutino, ricordando al mondo quante belle parole e musica ne possono nascere.

Quando incontrava la natura in città, la ammirava in modo particolare per la sua eroica autopoiesi, e questo la faceva sentire meno estranea alla creazione e allo stesso tempo più unica.



*Un merlo avviava
il suo canto
inconfondibile,
quelle frasi lunghe e
varie, improvvisate
con tanto vigore
e precisione, mai
uguali, sempre
gioiose. Non avrebbe
potuto immaginare
un'interruzione
così piacevole
nell'aria silenziosa.
Incredibilmente calma
per essere Parigi si
direbbe?*

Aveva pensato di dedicare tutto il giorno successivo all'ammirazione dei fiori del ciliegio alla Square Paul-Langevin, intervallando la sua contemplazione alla lettura del libro che oggi era venuta in libreria per comprare: *Lezioni americane* di Italo Calvino in traduzione francese, perché desiderava percepire le sue parole anche nella lingua di Charles Baudelaire. Il suo modo di associare la leggerezza con la "precisione e la determinazione" nella prima lezione, per lei era stata una rivelazione quando l'aveva letto la prima volta a bordo di un treno guasto in mezzo a una palude. Simile alla sensazione di quando si esce fuori da una nebbia fitta e ci si ritrova all'improvviso abbracciati dai raggi del sole, oppure come svegliarsi una mattina con un haiku in mente che sembra racchiuda l'essenza più limpida dell'esistenza.

Il merlo meditativo, aggrappato delicatamente al suo ramo in fiore, sembrava una raffigurazione delle parole di Paul Valéry: «*Il faut être léger comme l'oiseau et non comme une plume*». «Bisogna essere leggeri come l'uccello e non come la piuma». Proprio in quella frase si cristallizza il senso della leggerezza di Calvino. La leggerezza in italiano ha un suono e sostanza, in francese un altro... forse ancora più leggero. Quella del merlo però è una con il suo canto universale.

Guardavano i fiori tutta la mattina, e loro si accontentavano di essere osservati o almeno così pareva. Ogni tanto passavano lentamente delle nuvole come spinte da un senso misterioso, forse quello della bellezza. Nel pomeriggio è arrivato un temporale.

* Hanna Fridriksdottir, Reykjavík, 1970, musicista e autrice di molti articoli su temi gastronomici e musicali e del libro *Il mio mare infinito* (2022).

BIBLIOGRAFIA

Italo Calvino, *Lezioni americane* (19), 2015 by Eredi Calvino e Mondadori Libri S.p.A., Milano.
Paul Valéry, *Choses vues*, 1932, Gallimard.

Eyes of nature

Looking with the eyes of nature, lightness and art, is like looking with the eyes of beauty. They unite in a profound and luminous silence that can be heard in the most unlikely places, like the center of Paris, only if you listen deeply enough.

KEYWORDS: contemplation, beauty, lightness, flowers, nature, silence

link RECENSIONI

È noto che la maggior parte delle psicoterapie si chiude prematuramente, in modo non concordato, spesso per decisione del paziente; una decisione che a volte non è nemmeno comunicata al terapeuta, che si limita a prenderne atto. In molti casi le interruzioni si danno dopo il primo colloquio o dopo pochissimi colloqui. Si potrebbe pensare che il fatto che un paziente non si ripresenti sia dovuto alla scarsa motivazione o alle resistenze e ambivalenze verso la terapia. La ricerca mostra che non sempre è così e che anzi spesso il mancato avvio di una terapia è dovuto proprio allo psicoterapeuta più che al paziente, addirittura nel doppio dei casi. Quando i pazienti decidono di non avviare il trattamento, lo fanno per diverse motivazioni. Una di esse è che sentono di aver tratto beneficio dalla seduta iniziale, tanto da considerare il problema gestibile nella vita quotidiana sotto un'altra prospettiva e di non aver più bisogno di avviare una terapia. Dunque non solo le interruzioni precoci sono numerose, ma le psicoterapie che non si avviano e si chiudono dopo una singola seduta sono le più frequenti. Per questo si può dire che la lunghezza più comune di una psicoterapia, a prescindere dall'orientamento del terapeuta, dal problema e dal tipo di trattamento, è la seduta singola come evidenziato da Talmon. Le ricerche condotte da Talmon, Rosenbaum e Hoyt hanno dimostrato che il 58% dei pazienti non ritiene

necessario proseguire oltre la prima seduta. E questi stessi pazienti, al controllo dopo tre, sei e dodici mesi, dichiarano di aver ottenuto un miglioramento significativo.

Partendo da queste evidenze e dalla esperienza clinica e psicoterapeutica le Autrici, che appartengono a contesti formativi e professionali diversi declinati sia nell'istituzione pubblica che nella stanza della psicoterapia, hanno sviluppato una metodologia dell'intervento singolo utilizzando la cornice teorico-tecnica della integrazione funzionale. Sono state guidate non solo dal dato dell'elevata frequenza di percorsi terapeutici che si fermano alla prima seduta traendone vantaggio, ma anche dalla necessità di utilizzare al meglio un unico incontro programmato, come è proprio dei contesti consenzuali. In ogni caso l'obiettivo è rendere efficace ogni seduta transitando dalla prospettiva di avere "solamente un'ora" a quella di avere a disposizione "un'intera ora" e stabilendo un focus per l'incontro, che permetta al paziente di portarsi a casa una nuova comprensione, una nuova ed originale rappresentazione di sé nel rapporto con se stesso e gli altri e di fare un piccolo passo verso un cambiamento che non sarebbe stato in grado di fare da solo. Le Autrici declinano, attraverso l'esteso materiale clinico riportato, alcuni principi base che ispirano l'assetto dell'intervento singolo: la ricerca di

strumenti il più possibile "su misura" della persona; il principio della essenzialità reso possibile dal lavoro per focus, che orienta la scelta di un obiettivo; la fiducia nella possibilità che il cambiamento accada qui-ora.

I dispositivi tecnici che consentono di utilizzare al meglio anche un unico incontro riguardano la raccolta di informazioni pre-seduta, la restituzione punto a punto della comprensione da parte del terapeuta e l'attenzione ai feed-back del paziente, la valorizzazione dei punti di forza e delle risorse, la possibilità condivisa con il paziente di decidere ulteriori incontri. Obiettivo di un intervento così orientato è rendere efficace l'occasione di ogni singolo incontro, che sia unico o una tappa di un percorso più lungo, offrendo la possibilità al paziente di fare esperienza qui-ora nella vita quotidiana di un cambiamento. Ogni incontro è concepito come compiuto in sé con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza delle risorse e di sostenere la ricerca e l'apprendimento di strategie funzionali all'affrontamento della situazione problematica. L'apertura ad un setting flessibile può dunque dar luogo ad un singolo incontro o prevederne eventuali altri, nel momento in cui il paziente si confronti con nuovi ostacoli evolutivi o si ritrovi in una fase motivazionale più avanzata, come nel caso della supervisione dell'autocura o della terapia intermittente life-time. [Mara Fiaschi]



Maria Bologna Mara
Donatella Fiaschi Maria
Clotilde Gislón

L'INTERVENTO A SEDUTA SINGOLA

Mimesis/Frontiere della
psiche, Milano, 2023
184 pagine, 16 Euro

Link RECENSIONI



Giuseppe Giacalone,
Antonino Domingo
(a cura di)

LA PSICOLOGIA OSPEDALIERA IN ITALIA. SENTIERI NARRATIVI DELLA CLINICA

Màrgana Edizioni, 2023
608 pagine, euro 18

La Psicologia Ospedaliera in Italia - sentieri narrativi della clinica, a cura di Giuseppe Giacalone e Antonino Domingo, è un progetto editoriale che si configura come una raccolta di esperienze professionali e riflessioni sul ruolo della figura dello psicologo all'interno del contesto ospedaliero in vari ambiti di intervento.

Nella prima parte del libro sono descritti vari progetti di intervento, casi clinici reali (con nomi fittizi) e servizi, in cui la figura dello psicologo clinico e altre figure sanitarie del contesto medico-ospedaliero collaborano dinamicamente, creando un approccio basato sulla relazione terapeutica operatore-paziente. Uno degli articoli più significativi, che tocca ciascuno di noi, tratta del connubio tra medicina e psicologia durante e dopo il COVID. La necessità di questa tipologia di intervento combinato, infatti, si è fatta più forte dopo l'esplosione della pandemia, che ha visto l'accentuarsi di sintomi del Disturbo da Stress Trauma Correlato in tutta la popolazione: adolescenti, giovani adulti, anziani. Durante questo periodo, nell'ottica di una clinica in cui la relazione medico-paziente è il fondamento della terapia, è emersa la necessità anche da parte degli stessi medici e operatori sanitari di vedersi come persone e di prendersi cura di sé per il bene loro e dei loro pazienti. Daniela Chieffo e Letizia Laferenti descrivono e raccontano il progetto #NONSEISOLO, nato per sostenere gli operatori sanitari immersi nel gironcino infernale del primo biennio

di pandemia, come risposta dell'UOS di Psicologia Ospedaliera alla crescita esponenziale di richieste di aiuto da parte degli stessi. Essere visti e pensati "nella propria interezza fisica, psicologica e sociale" (citando Gaetano Costantino, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia, autore di un articolo di introduzione dell'opera), diventa obiettivo principale di uno dei più grandi progetti di Psicologia Ospedaliera in Italia, descritto nella seconda parte del libro. Si tratta degli interventi innovativi e sperimentali attivati dagli Psicologi dell'ASP di Trapani, tra cui vengono citati gli interventi integrati per il trattamento delle patologie reumatiche, cardiache, alimentari e oncologiche, il protocollo di Terapia del Dolore basato sull'utilizzo della cannabis insieme ad un percorso di psicoterapia individuale, e percorsi terapeutici post operatori, come parte del processo di riabilitazione, per accompagnare il paziente a recuperare un senso di sé coeso e positivo. Una lettura che, spaziando nei vari ambiti della medicina e della pratica clinica psicoterapeutica, mostra come questi due mondi, quando si uniscono e si intrecciano, possono creare contesti in cui la persona viene presa in carico nella sua complessità, permettendo non solo di creare un progetto terapeutico su misura del paziente, ma anche una crescita personale e professionale delle parti coinvolte nella cura. È significativa, in particolar

modo, la riflessione riguardo la formazione dello psicologo clinico e le competenze che gli sono necessarie in un contesto di intervento Medico Ospedaliero.

Gioacchino Lavanco, Direttore del dipartimento SPPEFF dell'Università di Palermo, e Daniela Smirni, Professoressa Associata nella stessa Università, sottolineano infatti che le università di Scienze Psicologiche hanno il compito di formare i futuri psicologi, incoraggiandoli nello sviluppo di un pensiero critico, di una curiosità per la complessità del comportamento umano, di una capacità di osservazione consapevole e critica del proprio operato e capacità di rielaborarlo e arricchirlo con la propria esperienza sul campo. Il lavoro dello psicologo/psicoterapeuta, infatti, non è professione in cui ci si possa accontentare di apprendere rigidamente una serie di nozioni e metodologie da un manuale. In un contesto clinico ospedaliero, la volontà di mettersi in gioco, di lavorare in équipe, di uscire dai propri schemi per creare qualcosa di nuovo in collaborazione con altri professionisti della salute è ciò che serve, è ciò che paga, è ciò che può cambiare una vita, è ciò che salva le vite.[Denise Fedele]

CONVEGNI CONGRESSI

■ 11 - 17 febbraio 2024

***Città sui vulcani:
Comunità in movimento:
comprendere i processi di
reinsediamento dopo un
disastro***

Guatemala/ Antigua

■ 21 - 22 marzo 2024

***Convegno EACLIPT x UMH
EACLIPT - Associazione
Europea di Psicologia
Clinica e Trattamento
Psicologico***

Amsterdam/ Paesi Bassi

■ 18 - 21 aprile 2024

***EFPTA 2024 - Conferenza
biennale e ventesimo
anniversario.
Associazioni degli
insegnanti della
Federazione Europea di
Psicologia (EFPTA)***

Helsinki/ Finlandia

■ 4 febbraio - 7 giugno 2024

***16a Conferenza
dell'Accademia Europea di
Psicologia della Salute sul
Lavoro
"Contributi di OHP alla
giustizia sociale"***

Granada/ Spagna

■ 02- 05 luglio 2024

***Conferenza della
Commissione
internazionale di prova
(ITC) 2024***

Granada/ Spagna

■ 10 - 13 luglio 2024

***11a Conferenza Europea
sulla Psicologia Positiva***

Innsbruck/ Austria

■ 15 - 19 luglio 2024

***XVII Congresso di Psicologia
dello Sport & Esercizio
Federazione Europea di
Psicologia dello Sport
(FEPSAC)***

Innsbruck/ Austria

CONVEGNI CONGRESSI

■ 21 - 26 luglio 2024

ICP2024: 33o Congresso Internazionale di Psicologia

Praga/ Repubblica Ceca

■ 06- 09 agosto 2024

**21a Conferenza europea sulla personalità
Associazione Europea di Psicologia della Personalità (EAPP)**

Berlino/ Germania

■ 02 - 06 settembre 2024

**EHPS2024: 38a Conferenza annuale della Società Europea di Psicologia della Salute
Società Europea di Psicologia della Salute (EHPS)**

Cascais/ Portogallo

■ 23 - 26 settembre 2024

**35a Conferenza EAAP
Associazione europea per la psicologia dell'aviazione (EAAP)**

Atene/ Grecia

■ 25 - 28 settembre 2024

**19 Conferenza 2024 dell'ARO
Associazione europea per la ricerca sull'adolescenza (EARA)**

Limassol/ Cipro

■ 25 - 27 settembre 2024

VI Congresso dell'Ordine degli Psicologi Portoghesi e XIII Congresso Ibero-Americano

Lisbona/ Portogallo

■ 20 - 26I luglio 2026

31o Congresso Internazionale di Psicologia Applicata

Firenze/ Italia

link
art



1. Museo Camille
Claudel, Nogent-
sur-Seine

Il sogno interrotto della scultura. Camille Claudel: l'artista "dimenticata" in manicomio

The sculptor's interrupted dream Camille Claudel: the artist "forgotten" in a mental hospital

ROSA DE ROSA*

Nata l'8 dicembre del 1864, muore il 19 ottobre del 1943 dopo trent'anni di manicomio: una vita segnata dalla forte volontà di affermazione del proprio io e dall'immenso desiderio di dar voce alla inesauribile e misteriosa forza delle mani

PAROLE CHIAVE: complessità, forza creativa, solitudine, malattia mentale

Recentemente ho visitato in Francia, a Nogent-sur-Seine, il Museo Camille Claudel¹ (*foto 1*). Inaugurato nel marzo del 2017, ospita una preziosa collezione di sculture francesi della seconda metà del XIX secolo. Tra queste, ben 45 di Camille, dai primi lavori giovanili alle ultime esperienze. Il percorso espositivo mette bene in luce sia l'inquietante complessità della biografia sia l'incontenibile forza creativa della scultrice e offre originali riflessioni sul suo contributo all'arte francese di fine Ottocento, in particolare una sua inedita vena espressionista all'interno della corrente del nuovo realismo. Il tratto principale dell'opera di Camille Claudel è infatti la capacità di riversare nella materia grezza la propria inquietudine, trasformandola nell'inquietudine universale dell'animo umano. La scultura, per Camille come per Rodin, è lontana del resto dai canoni del realismo classico e della "scultura decorativa". Finalmente forma, spazio e movimento descrivono corpo, carne e sangue, sottoponendo la materia a un processo di rivelazione della propria autoanalisi. Questa inquietudine ha certamente origine dal tormentato rapporto che ebbe con Auguste Rodin, il padre della scultura moderna, suo maestro e amante, del quale Camille si può considerare prima erede: un confronto/scontro, che se non ne compromise la lucidità creativa, mise però a dura prova il suo equilibrio psichico.

La giovane scultrice ha da subito una vita complicata: dall'adolescenza a Nogent-sur-Seine, all'incontro con lo scultore Alfred Boucher, al trasferimento, nel 1880, nella grande Parigi, dove, essendo le accademie statali vietate alle donne, si iscrive all'accademia privata Colarossi (1881).

«Rivedo – scriverà il fratello Paul – questa splendida ragazza nel fulgore trionfale della bellezza e del genio e l'ascendente, spesso crudele, che esercitò sui miei anni giovanili, come ce la presenta la fotografia di Cèsar (*foto 2*), quando, appena arrivata a Parigi, seguiva i corsi dell'atelier Colarossi» in rue Notre Dame-des- Champs².

Realizzerà, quell'anno, il primo busto del piccolo Paul (*foto 3*), ed esporrà le sue prime sculture alla Scuola Nazionale di Belle Arti. È qui, nel 1885, che incontra Auguste Rodin. Da allieva a modella, da collaboratrice ad amante, in circa 15 anni si consuma un rapporto travagliato tra due grandi personalità che condivisero tutto, anche il sogno di un matrimonio che non arrivò mai (nel 1864 Rodin aveva iniziato a convivere con una giovane cucitrice, Rose Beuret).



2. Camille
Claudel.
Fotografia dello
Studio Cèsar,
Parigi, 1884

Ma Rodin vede Camille soltanto come sua musa ispiratrice e artista di talento, mentre l'allieva vuole sì apprendere i segreti della grande arte scultorea che il maestro rappresenta, ma si ritrova coinvolta in una passione amorosa competitiva e straziante. Eppure ama la vita e l'amore senza aspettarsi ricompense, sogna di essere riconosciuta per il suo impegno, per i suoi molteplici interessi, per la sua passione creativa. Invece nulla le sarà concesso, né all'artista né alla donna.

Nel 1887 apre un suo studio, ed è qui che porta a termine la versione in gesso dell'opera *Sakuntala*. Negli anni successivi, fino al 1905, l'opera ebbe varie realizzazioni in marmo e in bronzo (foto 4). Ma mentre Auguste Rodin ottiene sempre maggiori successi e riconoscimenti, Camille, pur lavorando con enorme impegno, sprofonda in una solitudine fatta di rabbia e incomprensione: «Farà sempre sculture alla Rodin – diranno i critici – in fondo è sua allieva, sua musa ispiratrice e amante».

Della intensa attività di Camille, che aveva trovato nella scultura il proprio rifugio, ricordiamo opere oggi celebri, come il *Busto di Rodin* (foto 5), del 1886/88, ricordato da Paul Claudel, che lo aveva visto alla Gipsoteca di Copenaghen nel dicembre 1919. E poi *La supplice* (1890), *Cloto*, (1893), e il celebre originalissimo *Il Valzer*,

3. Camille
Caudel, *Busto
di Paul Claudel
a tredici anni,
1881*



4. Camille
Caudel,
*Sakuntala,
1886/1905*



1889/1905 (foto 6), opera stilisticamente profetica, realizzata per l'amico Alfred Debussy, che la esponeva sul suo pianoforte. Due corpi nudi volteggiano trasportati dalla danza, l'uomo sostiene la donna cingendole la vita, lei nasconde il volto sulla spalla dell'uomo. Non c'è gioia né appagamento nell'unione della coppia, anzi, i due corpi sembrano rappresentati nell'attimo prima della caduta. Quando poi si allontanerà dalla vita e dal lavoro con Rodin, e trasferirà il suo studio in Rue de Turenne, l'isolamento sarà totale. Una storia dunque di passione, ma anche di rancore e competizione, di rinunce e umiliazioni, che si chiude nel 1898: Camille lascia Rodin e pone definitivamente fine alla loro storia (1889/1905).

Nella solitudine che la nuova vita le riserva, ha inizio il cammino che la condurrà alla follia: abbandonata da critici, galleristi, dall'amico Debussy, dal fratello Paul, è sola, senza soldi, affetti, commissioni, riconoscimenti. L'ultima grande esposizione di sue opere, organizzata da Eugène Blot nel dicembre del 1905, arriva "troppo tardi" dirà Camille: è già malata, vittima di uno stato depressivo che la condurrà al "mal dell'anima", l'isteria. Nel suo ultimo studio-rifugio, in Quai de Bourbon, in un impeto autodistruttivo, sfregia, a colpi di martello, gran parte delle sue opere³.

Il padre, ultimo suo sostegno morale ed affettivo, muore il 3 marzo del 1913; pochi giorni dopo, il 10 marzo, Camille, per volontà della madre e del fratello Paul, sarà condotta a l'Asile d'Aliènes, il manicomio di Montdevergues, nei pressi di Avignone. Sulla sua cartella clinica la diagnosi è "Delirio persecutorio" e questa sarà l'inappellabile sentenza che la condannerà per il resto della vita. Scriverà dal manicomio tante lettere: al fratello Paul, a Rodin, agli amici, anche alla madre, della quale implora il perdono, lettere nelle quali rivive il tempo della sua giovanile creatività. Implora aiuto e non si rassegna alla vita da "alienata". Una sua opera, *L'implorante* (o *La supplique*), del 1894/1905, contiene il presagio della condizione che l'attenderà, come Paul scriverà anni dopo: «Mia sorella... la superba, l'orgogliosa... si è rappresentata così, umiliata, in ginocchio e nuda! Quello che le viene strappato è la sua anima, il genio, la ragione, la bellezza, la vita, il nome stesso».

Per lunghi anni, per disposizione della madre (morta il 20 giugno del 1929), nessuna



5. Camille Claudel, *Busto di Auguste Rodin*, 1886/1888

lettera fu mai inviata ai destinatari, ma tutte, conservate dall'amministrazione dell'ospedale, sono per fortuna giunte fino a noi⁴. In una lettera alla madre si legge: «Il mio posto non è in mezzo a tutto ciò, bisogna farmi uscire da questo luogo; dopo quattordici anni di una simile vita, oggi reclamo a gran voce la libertà»⁵. Camille Claudel muore il 19 ottobre del 1943, in una gelida camera per alienati. Del suo corpo non resta nulla, la tomba non esiste più, le ossa disperse, resta la scultura che continua a parlare di lei.

* Storica dell'arte [rosacomo33@gmail.com]

NOTE

1 La casa in cui visse dal 1876 al 1879 Camille Claudel è un'ala del vasto edificio che ospita il Museo. A Nogent-sur-Seine l'adolescente Camille riceve i primi insegnamenti nello studio dello scultore Alfred Boucher.

2 *Mia sorella Camille*, a cura di Maria Antonietta Di Paco Triglia, Felici Editore Srl. 2003. Una raccolta di *Annotazioni di avvenimenti, pensieri e riflessioni* su Camille Claudel venne scritta dal fratello Paul dal 1905 al 1952 e pubblicata da Gallimard.

3 Il Primo catalogo ragionato delle opere di Camille Claudel, curato da Reine-Marie-Paris, nipote della scultrice, è stato realizzato solo nel 2000.

4 A partire dagli anni '80 del Novecento, grazie al ritrovamento della cartella clinica e del ricco epistolario, le innumerevoli lettere che Camille Claudel aveva scritto e non erano state mai spedite, si farà luce sugli ultimi trent'anni della sua triste esistenza.

5 Una prima ricostruzione della vita e dell'opera di Camille Claudel si deve alla regista teatrale Anne Delbèe che nel 1982 mette in scena un testo *Une femme* e poi nello stesso anno pubblica il libro *Una donna chiamata Camille Claudel*, Longanesi, 1988. Da questo testo il regista Bruno Nuytten nel 1988 realizzò il film *Camille Claudel*, interpretato da Isabelle Adjani (Camille) e Gérard Depardieu (Rodin): un'opera di successo che fece conoscere al grande pubblico la storia della scultrice francese troppo presto dimenticata.

6. Camille
Caudel, *Il Valzer*
o i Danzatori
di Valzer,
1889/1905



■ The sculptor's interrupted dream.
Camille Claudel: the artist "forgotten" in a
mental hospital

Camille Claudel, born on 8 December 1864, died on 19 October 1943, after spending thirty years in a mental hospital. The artist's life was marked by her strong will to achieve a reputation for herself and by her inexhaustible desire to give voice to the untamable power of her hands

KEYWORDS: complexity, creative force, solitude, mental disorder



link

RIVISTA SCIENTIFICA
DI PSICOLOGIA