

PUBBLICAZIONE ONLINE

ISSN

ANNO 1 • N. 1-2

GIUGNO - DICEMBRE

2017

PsicologiaCalabria

RIVISTA SEMESTRALE SCIENTIFICO-DIVULGATIVA
DELL'ORDINE PSICOLOGI DELLA CALABRIA

6 EDITORIALE DI
FORTUNATO CAMPOLO

8 CONVERSARE CON
FULVIO GIARDINA

20 ATTACCAMENTO
CLASSICO E MODERNO

34 DEPRESSIONE POST
PARTUM E ATTACCAMENTO

44 VALUTAZIONE
PSICOLOGICA

DI RICHIEDENTI ASILO
POLITICO E RIFUGIATI

56 LO PSICOLOGO
TRA SALUTE E GIUSTIZIA:
QUANDO IL SETTING
È IL CARCERE

68 ADOLESCENZA, STILI
DI VITA E COMPORTAMENTI
A RISCHIO

88 IMPOTENZA E
ONNIPOTENZA DI
CHI PARTE E DI CHI
ACCOGLIE

102 SI FA PRESTO A
DIRE FAMIGLIA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA WWW.PSICOLOGIACALABRIA.IT VIA ACRI, 81 88100 CATANZARO RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT

VIA ACRI, 81
88100 CATANZARO
RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT



ORDINE DEGLI PSICOLOGI
DELLA CALABRIA
WWW.PSICOLOGIACALABRIA.IT

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA WWW.PSICOLOGIACALABRIA.IT VIA ACRI, 81 88100 CATANZARO RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT

**PSICOLOGIA CALABRIA -
RIVISTA SEMESTRALE SCIENTIFICO-DIVULGATIVA
DELL'ORDINE PSICOLOGI CALABRIA**



Anno - 2017 - Numero 1-2
Iscritta al n. 6 del Registro Stampa
del Tribunale
di Catanzaro in data 10.06.2009

Direttore
Fortunato Campolo

Direttore Responsabile
Antonio Sergi

Capo Redattore
Angela Piattelli

Segreteria di Redazione
Antonella Abbonante
Gaetano Marchese

Comitato di Redazione
Romana Giulia Colantonio
Elisa Mottola
Maria Muscolo
Fabio Pirrotta

Comitato Scientifico
Angela Costabile
Guido Leone
Paolo Michielin
Mario Sellini

Rubriche
Francesco Lando

Progettazione editoriale e grafica di copertina
Anita Brandi / www.anitabrandi.it

**Pubblicato nel sito dell'Ordine Psicologi Calabria
nel mese di Febbraio 2018**

© Ordine degli Psicologi della Calabria -
Via Acri, 81 · 88100 Catanzaro
Tel. 0961.794778 · Fax 0961.726709

**www.psicologicalabria.it
e-mail: rivista@psicologicalabria.it**

Norme redazionali per gli autori

PSICOLOGIA CALABRIA, è la rivista degli psicologi calabresi; si rivolge a tutti i professionisti psicologi e psicoterapeuti della regione allo scopo di promuovere la crescita professionale e il dibattito culturale e scientifico tra i diversi indirizzi teorici della disciplina e la loro applicazione nei contesti di cura.

La mission della rivista è quella di favorire la condivisione di esperienze professionali, saperi e riflessioni sui temi che riguardano la promozione, la contestualizzazione e l'innovazione della professione in Calabria facilitando sempre più un approccio interdisciplinare del prendersi cura del disagio psicologico. Conoscere e condividere le attività dei colleghi e con i colleghi significa migliorare l'assistenza agli utenti dando risposte terapeutiche sempre più incisive ed efficaci alle complesse esigenze e richieste d'aiuto.

PSICOLOGIA CALABRIA è una rivista di Psicologia a carattere scientifico-divulgativo ed esce con una cadenza semestrale. Si propone la pubblicazione di lavori/riflessioni, resoconti di attività cliniche, di ricerca e di formazione, review della letteratura scientifica, recensione di libri, esperienze, eco delle attività scientifiche e culturali a livello nazionale ed internazionale. Nella rubrica "Conversare con" vengono invece affrontati, temi di ordine politico, burocratico e amministrativo che riguardano la professione Psicologo in Italia e nel mondo.

I lavori da inviare al comitato di redazione devono essere inediti.

Possono pubblicare articoli solo gli Psicologi iscritti all'Albo della Calabria.

Nel caso di articoli con più autori, il primo nome deve essere di un collega iscritto all'Ordine della Calabria.

La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori.

È vietato riprodurre o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte della pubblicazione senza l'autorizzazione della redazione della rivista. È obbligatoria la citazione della fonte. La pubblicazione degli articoli e delle eventuali immagini è subordinata all'approvazione della redazione che ha facoltà di non accettare il manoscritto o di chiedere all'autore eventuali modifiche e, in ogni caso, non coinvolge la responsabilità dell'editore.

I lavori, redatti in formato microsoft word (carattere Times New Roman, dimensione 12), devono essere inviati tramite email all'indirizzo di posta elettronica: rivista@psicologicalabria.it attivando l'opzione di notifica alla lettura del messaggio. La correzione delle bozze sarà fatta dagli autori i quali disporranno di massimo sette giorni di tempo. Si raccomanda

A partire da questo numero, la rivista avrà un formato esclusivamente digitale. La stessa sarà disponibile sia in formato eBook (per permettere una ottimale visualizzazione dai dispositivi iPad e Tablet) che in formato PDF e potrà essere scaricata/consultata dall'area riservata del sito dell'Ordine: <http://www.psicologicalabria.it>

Il formato pdf della rivista verrà trasmesso a ciascuno degli iscritti anche via email.

che gli autori conservino una copia del lavoro, perché la redazione non può considerarsi responsabile di eventuali smarrimenti degli originali. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Gli articoli a carattere scientifico saranno esaminati dal comitato scientifico della rivista che riceverà gli stessi oscurati dei dati identificativi degli autori e dell'istituto di appartenenza. Tali articoli debbono essere contenuti entro un massimo di numero 7 (sette) cartelle dattiloscritte, inclusi bibliografia e riassunto e debbono seguire possibilmente il seguente schema:

Introduzione; Modalità di effettuazione dell'intervento clinico, di ricerca, di formazione od esperienziale; Risultati; Commento conclusivo; Riassunto di massimo 150 parole; Numero massimo di 6 parole chiave; Note (che devono riportare sempre il numero di riferimento anche nel testo) e Bibliografia.

Le pagine debbono essere numerate progressivamente. Nella prima pagina del manoscritto saranno indicati: Il titolo (massimo 40 caratteri); Il nome e cognome degli autori; L'istituto di appartenenza; Le parole chiave; L'indirizzo privato dell'autore (con nr. di telefono, fax ed e-mail) cui inviare le opportune comunicazioni. Le tabelle possono essere realizzate sia in word che in excel, penserà l'editore ad adattare alla grafica della rivista. I grafici devono essere esclusivamente in formato excel o in pdf vettoriale, non è possibile accettare altri formati. Sia le tabelle che i grafici vanno citati nel testo senza abbreviazioni e con numeri arabi. Grafici, tabelle e immagini nel loro file nativo (excell, jpg, tiff, pdf ecc.) devono essere raccolti in un'unica cartella insieme al file word del contributo prima di essere inviati alla redazione. Le fotografie debbono essere eseguite in formato digitale (jpg, tiff,eps, ai) purché in buona risoluzione (300 dpi e di grandi dimensioni), provvederà l'editore ad interpolare nella misura adeguata. Le voci bibliografiche vengono riportate alla fine dell'articolo nel loro ordine progressivo di citazione del testo a prescindere dall'ordine alfabetico. Per quanto riguarda gli articoli pubblicati,

la relativa voce bibliografica deve essere riportata nel modo seguente: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Titolo dell'articolo in corsivo, Titolo della rivista per esteso, tra caporali (« »), nell'ordine: anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale segnalate con p. o pp.

Per quanto riguarda la citazione di libri, la relativa voce bibliografica deve essere così riportata: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Se il libro è costituito dal contributo di più capitoli di autori diversi, indicare tra parentesi (Ed). Titolo del libro in corsivo; Casa editrice, città, anno.

Indice

PAG 6

EDITORIALE
di Fortunato Campolo
presidente Ordine
Psicologi Calabria

PAG 8

A colloquio
con Fulvio Giardina
presidente CNOP
a cura di Angela Piattelli

PAG 20

Il passaggio
dall'attaccamento
classico a quello
moderno
Angela Costabile Marta Lamberto
Flaviana Tenuta

PAG 34

Depressione post-
partum
e attaccamento
Maria Cecilia Gioia Alessia Aloi
Caterina Coloca Giulietta Sesti
Carmen Danila De Luca Carmen
Marasco Roberta Artusi Rosanna
Ammirata Antonio Cerasa

PAG 44

Il Test dei Colori
di Lüscher nella
valutazione
psicologica dei
richiedenti asilo
politico e rifugiati:
la carta marrone quale
indicatore di difficoltà
di integrazione
e autonomia
Simonetta Bonadies
Alberto Polito

PAG 56

Quando il setting è
il carcere: riflessioni
sulla funzione
della figura dello
psicologo tra Salute
e Giustizia. Un'ipotesi
di intervento sulla
relazione terapeutica
efficace
Antonia Sergi
Antonino Guarnaccia

PAG 68

Indagine esplorativa
su stili di vita e
comportamenti
a rischio in un
campione di
adolescenti calabresi
Benedetta Aquino Danilo Lofaro
Anna Perri Alessandro Ilacqua
Marina Valenti Andrea Lenzi
Daniele Gianfrilli Antonio Aversa

PAG 88

Il mito della
salvezza. Un viaggio
tra impotenza e
onnipotenza di chi
parte e di chi accoglie
Valentina Pirrò

PAG 102

Si fa presto a dire
"Famiglia"
Laura Melara



ORDINE PSICOLOGI CALABRIA

EDITORIALE

di Fortunato Campolo

Presidente Ordine Psicologi Calabria

Con questo numero ricomincia la pubblicazione Psicologia Calabria, la rivista scientifico-professionale promossa dall'Ordine degli Psicologi della Calabria. La rivista ha uno specifico obiettivo, una precisa ambizione e una speranza: riuscire a costituire uno spazio in cui i tanti colleghi che lavorano in Calabria e nei vari contesti professionali e scientifici, possano riflettere, concettualizzare e condividere le esperienze, le innovazioni, le idee, nonché i problemi e le criticità che incontrano nell'espletamento quotidiano delle loro attività. Questo il pensiero dell'allora Presidente Lombardo in occasione del primo numero e che al meglio esplicitava la missione che la rivista doveva avere e che oggi sul solco di tale proposito, più che mai attuale, noi

vogliamo continuare. Chi ci ha preceduto ha operato con grande impegno e rigore in una fase non molto facile durante la quale si poneva la necessità di potenziare cultura e prassi ordinistica ancora poco conosciuta per la nostra professione. A due anni dal nostro insediamento ed al giro di boa del primo biennio, sentiamo il desiderio di sottolineare quei cambiamenti d'indirizzo, come del resto stanno facendo l'Ordine Nazionale ed i consigli territoriali. Gli psicologi hanno costruito una nuova psicologia, una cultura psicologica, un luogo per la costruzione di un nuovo e solido senso dell'appartenenza. Non si possono negare talune significative criticità: il numero degli iscritti all'Ordine Nazionale (oltre 100.000), che rischia di creare grandi

sacche di precariato e non solo, e lo stesso percorso formativo. Il DDL Lorenzin ha da poco sancito il passaggio a Salute degli psicologi, ne definisce, tra l'altro, in modo chiaro l'operare non solo a tutela dello stessi, ma anche dei cittadini/utenti. Tale risultato straordinario è stato il frutto di un impegno costante del CNOP e dell'associazione di categoria AUPI. Quali gli scenari futuri per la nostra categoria annoverata, finalmente, tra le professioni sanitarie? Con i nuovi LEA aumenteranno certamente le prestazioni psicologiche che devono essere garantite ai cittadini come diritti esigibili. Nel SSN con la figura dello psicologo di base per la collaborazione con le attività della medicina generale, passando dalla logica delle singole prestazioni a quella dei percorsi e processi integrati di cura e con l'attivazione di forme di convenzionamento con i liberi professionisti. Il perimetro non può essere solo quello che si riferisce al SSN, basti pensare all'improcrastinabile servizio di psicologia scolastica, allo psicologo per la rilevazione e gestione nel mondo del lavoro dello stress lavoro correlato, alla giustizia, allo sport ecc. Questo mio sintetico contributo/riflessione non poteva non concludersi con un omaggio e un ringraziamento al consiglio che mi onoro di rappresentare e a tutti i collaboratori esterni, senza il cui contributo ben poco si sarebbe potuto realizzare in questa prima fase della consiliazione: continuità e potenziamento delle commissioni e dei gruppi di lavoro, snodo fondamentale per l'attività ordinistica; restyling dell'immagine del nostro Ordine (logo, sito, pagina fb); eventi

formativi e convegnistica nelle tre macro-aree provinciali (CZ,CS,RC); partecipazione ai tavoli tecnici istituiti dal CNOP (Psicologia dello sport e pari opportunità) a quello interregionale con l'Ordine della Sicilia sulle cure palliative; alla formazione quadri del terzo settore; incontri annuali col personale della Guardia di Finanza presso tutti i comandi provinciali; la partecipazione alla giornata nazionale della psicologia (2016) e la organizzazione della settimana del benessere psicologico in tutte le province Calabresi (2017); l'infoPointErikson; il servizio agli iscritti "ProgettAzione"; i protocolli d'intesa con UNICEF per i minori stranieri e con il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Calabria e FormAupi per la prevenzione a scuola dello stress lavoro-correlato; la formazione di oltre 200 psicologi (FormAupi) per l'utilizzo di strumenti di rilevazione dello stress lavoro correlato; la piattaforma CGM per potenziare e rendere più efficace comunicazione e servizi agli iscritti; la pubblicazione della rivista e la riorganizzazione del corpo redazionale e impianto grafico; in via di definizione un protocollo d'intesa col Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'UNICAL, una possibile convenzione con le OS-Giunti; contatti informali con i responsabili del corso di laurea in Psicologia -Università di CZ.

Molte le idee ed i progetti per il II° biennio (formazione riguardante la Psicologia dell'emergenza e dei processi migratori, potenziamento dei momenti formativi e della convegnistica, rapporti con le Università ecc).

A colloquio con Fulvio Giardina,

presidente CNOP
(Consiglio Nazionale
Ordine Psicologi)

**benessere
organizzativo
e scuola**



Stress lavoro - correlato, benessere organizzativo e scuola: il ruolo dello Psicologo Competente

a cura di Angela Piattelli

Lo stress lavoro-correlato¹, nell'Unione Europea, è il problema di salute più diffuso sul posto di lavoro, dopo il mal di schiena, che colpisce il 28% dei lavoratori. Lo stress legato all'attività lavorativa può essere provocato da rischi psicosociali, quali la progettazione, l'organizzazione e la gestione del lavoro, oppure da problemi come vessazioni e violenza sul lavoro. Anche i fattori fisici, come la rumorosità e la temperatura ambientali, possono provocare questo tipo di stress. Negli ultimi tempi stiamo assisten-

do ad una consistente evoluzione qualitativa nell'approccio a tale rischio, così presente e trasversale a tutti i contesti lavorativi. Ciò grazie alle recenti evoluzioni legislative e all'impegno di singoli studiosi, agenzie di studio/formazione e società scientifiche. Il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (perfezionato dal D.Lgs. 3 agosto 2009, n.106), all'art. 28, tra i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, segnala espressamente quelli connessi allo stress lavoro-correlato (SLC), riprendendo i contenuti dell'Accordo Quadro

¹Nota: sebbene sia una consuetudine scientificamente non rigorosa, in SSL quando si parla di rischi psicosociali si intendono stress lavoro-correlato, mobbing, violenze, PTSD e altri fenomeni; l'obbligo puntuale è solo di valutare e dare evidenza nel DVR per il rischio stress lavoro-correlato (per il mobbing non c'è l'obbligo espresso). Per consuetudine nell'uso della locuzione "rischi psicosociali" non è rigorosa la distinzione tra antecedenti (condizioni di lavoro rischiose) ed effetti (es. sindrome da stress lc, burn out).



Stress lavoro-correlato, benessere organizzativo e scuola:
il ruolo dello Psicologo Competente

Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro” siglato nell’ottobre 2004. Tutto ciò significa che è obbligatorio, quando si compila un documento aziendale dei rischi (DVR), tenere conto della valutazione del rischio stress lavoro-correlato¹. Misurare tale rischio significa stabilire se le condizioni di lavoro comportino la probabilità di provocare danni alla salute del lavoratore e soprattutto la necessità di prevenirne le conseguenze negative al pari degli altri rischi lavorativi. In Italia è obbligatorio che la valutazione avvenga rispettando almeno i requisiti minimi deliberati il 17.11.2010 dalla Commissione consultiva ex art. 6 del D.Lgs. 81/08 e diffusi con circolare del Ministero del Lavoro del 18.11.2010, le cosiddette “Indicazioni”. A suo tempo il CNOP ha contribuito, con l’interpello n.5/2012 a un’interpretazione di tali Indicazioni che incoraggia l’utilizzo di metodologie più raffinate e scientificamente fondate rispetto al minimo di legge che può apparire insufficiente all’occhio esperto della nostra categoria professionale. Oggi l’interpello del CNOP è sovente richiamato nelle principali pubblicazioni in tema di rischio stress lavoro correlato, ad esempio nel manuale dell’INAIL (2017). Tale rischio viene indagato attraverso vari metodi, come dimostrano le ricerche mondiali a maggiore impatto, sullo stress correlato al lavoro. L’Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro avvalorata, tra tanti, l’approccio psicologico allo stress lavoro-correlato come quello più idoneo ad un accurato inquadramento. Le principali varianti previste dalla suddetta impostazione teorica, riguardano quelle interazionali e quelle transazionali. Le prime, si concentrano sulle caratteristiche strutturali dell’interazione tra individuo e ambiente di lavoro, mentre le secon-

de si focalizzano sui meccanismi psicologici responsabili del consolidamento di tale interazione.

Una definizione che trova maggiore consenso tra i vari orientamenti teorici è quella dello stress quale stato psicologico negativo, con forti ripercussioni sull’ambiente sociale, connesso a componenti emotive e cognitive, con effetti sulla salute dei singoli lavoratori, delle organizzazioni produttive e della vita sociale stessa.

L’impegno attivo dei professionisti competenti deve essere anche quello di azzerare i comportamenti errati sul posto di lavoro ed incentivare quelli sicuri. Per far ciò è necessario produrre efficaci strumenti operativi di supporto alle aziende, consentendo alle stesse di mettere in campo le giuste misure volte ad evitare l’afferinarsi di atteggiamenti difensivi da parte del datore di lavoro, incoraggiando l’applicazione di strategie di problem solving per far sì che, sempre di più, il fronteggiamento dello stress correlato al lavoro non venga considerato un mero costo ma un valore trasmesso nel contesto lavorativo.

Accanto al datore di lavoro, in un rapporto assolutamente fiduciario, lo Psicologo può e deve avere un ruolo determinante sia nella fase valutativa che in quella che concerne gli eventuali interventi correttivi sia sull’ambiente/contexto di lavoro che sul lavoratore in prima persona.

L’esperienza e gli effetti dello stress correlato al lavoro con l’esposizione ai rischi professionali e gli effetti dannosi che tale continua esposizione può determinare sul benessere, non risparmia nessun lavoratore e da qui la necessità, per il datore di lavoro, di valutarne tempestivamente i rischi e le giuste misure correttive da adottare.

Discuteremo di tale fenomeno insieme al presidente nazionale del CNOP, Fulvio Giardina, con particolare attenzione allo stress sperimentato nel mondo della scuola.

D Il CNOP ha aderito, in qualità di partner, alla campagna Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età lanciata dall'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza del lavoro (EU-OSHA). Ci può spiegare di cosa si tratta?

R La campagna a cui Lei fa riferimento si è conclusa a novembre 2017 e perseguiva alcuni precisi obiettivi, ovvero: promuovere il lavoro sostenibile e l'invecchiamento in buona salute fin dall'inizio della vita lavorativa; prevenire i problemi di salute nel corso dell'intera vita lavorativa; offrire ai datori di lavoro ed ai lavoratori corrette modalità per gestire la sicurezza e la salute sul posto di lavoro, considerando le differenze d'età e l'invecchiamento ed infine incoraggiare lo scambio di informazioni e buone prassi in tale ambito. L'iniziativa ha, in sintesi, confermato l'importante ruolo del professionista Psicologo nella gestione di un fenomeno così complesso ed articolato. Come contributo alla campagna, il CNOP, oltre a pubblicizzarla sul proprio sito web e con newsletter, ha organizzato il convegno nazionale "Lavorare in salute e sicurezza a ogni età: ricerche e interventi organizzativi" con la partecipazione, insieme agli psicologi, di rappresentanti delle istituzioni, tra i quali l'ing. Ester Rotoli dell'INAIL, e delle parti sociali. La notizia del convegno è stata riportata sul sito internazionale dell'EU-OSHA ed ha avuto una vasta eco sui principali siti di salute e sicurezza del lavoro come insic.it (collegato alla rivista Ambiente e sicurezza

del lavoro) e puntosicuro.it. Ancora, il CNOP ha segnalato al focal point dell'EU-OSHA presso l'INAIL tre buone pratiche sulla gestione dell'invecchiamento, due delle quali sono state selezionate tra le 10 premiate all'evento finale della campagna svoltosi il 7.11.2017. Anche altre buone pratiche premiate erano state realizzate con il contributo di colleghi. Possiamo quindi essere molto soddisfatti della visibilità e dagli apprezzamenti raccolti dalla nostra categoria. Voglio ricordare che anche in occasione della precedente campagna EU-OSHA 2014-15 dedicata allo stress lavoro-correlato e ai rischi psicosociali in genere, il CNOP aveva contribuito con un convegno nazionale. In generale, l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro (EU-OSHA) promuove il benchmarking, ovvero quel processo pianificato attraverso il quale un'organizzazione di lavoro confronta i propri processi e le proprie prestazioni in termini di salute e sicurezza con altri, al fine di acquisire ed applicare modelli di best practice, ridurre infortuni e malattie, migliorare la conformità con la normativa sulla salute e sulla sicurezza e ridurre i costi di conformità. Si tratta, in altre parole, di un progetto di revisione dei sistemi esistenti, allo scopo di individuare i principali ostacoli alla piena applicazione delle migliori modalità operative.

D Recentemente è stato avviato, presso il MIUR, su impulso del CNOP e di Aupi e di concerto con i sindacati della scuola e i rappresentanti accademici, un tavolo tecnico per la promozione della Psicologia del Sistema Formativo. Ci parli di questa importante opportunità per la nostra categoria.

R Si è trattato di un incontro decisivo volto ad elaborare, insieme, progetti e proposte legislative nell'ambito di tematiche quali il benessere nella scuola, il successo formativo, la prevenzione del disagio giovanile, del bullismo e dei comportamenti a rischio e dello stress lavoro correlato.

Obiettivo di questo nuovo organismo tecnico è anche quello di ideare azioni sperimentali, riconducibili ai più qualificati orientamenti specifici della Psicologia scolastica, del lavoro e delle organizzazioni, nella direzione di una migliore organizzazione della scuola e la fioritura della persona e per contrastare il disagio giovanile e la dispersione scolastica. Il sottosegretario Vito De Filippo ci ha sollecitati a proporre, al più presto, azioni concrete e interventi mirati. La scuola e l'università sono mondi completamente diversi da quelli che noi Psicologi siamo abituati a frequentare. Dirigenti e docenti affrontano responsabilità enormi e pagano personalmente sulla loro pelle i fenomeni stressanti che quotidianamente vivono.

Il nostro impegno deve essere quello di ascoltarli attentamente e suggerire loro quelle soluzioni che possano risultare efficaci nella ricerca di un sempre maggiore livello di benessere lavorativo. Si tratta, per la nostra categoria, di una sfida che sapremo fronteggiare solo dimostrando autorevolezza professionale, competenza maturata sul campo ed aderenza alle linee guida internazionali.

Voglio aggiungere che abbiamo costituito, all'interno del CNOP, un gruppo di lavoro denominato Benessere nella scuola il cui coordinamento è stato affidato al collega Lauro Mengheri, Presidente dell'Ordine Toscana. Compongono tale gruppo i colleghi Christina Bachman, Angela Costabile,

Daniela Lucangeli, Fabio Lucidi e Raffaele Ciabrone, Riccardo Dary e Mila Spicola.

D Nel corso del Suo mandato il benessere e la valorizzazione del contributo dello Psicologo in ambito scolastico per docenti, personale scolastico, alunni e famiglie mi sembra siano temi sempre più attenzionati dal CNOP. Mi conferma tale sensazione?

R Il mio personale interesse per la Psicologia scolastica viene da lontano. Sono fermamente convinto che la scuola sia un ambito dove lo Psicologo può dare un contributo davvero significativo. Da Guido Petter (1927 - 2011), psicologo dell'età evolutiva e promotore della psicologia scolastica e della diffusione del pensiero di Jean Piaget nel panorama italiano, abbiamo ereditato numerosi studi e ricerche sul linguaggio, sulla psicologia dell'educazione, dello sviluppo cognitivo, dell'adolescenza e della genitorialità. Tali studi confermano la pregnanza e l'impatto della cultura psicologica nelle scuole e tra gli insegnanti. Nel corso del mio mandato ho inteso approfondire, attraverso il dialogo fra il mondo della politica e quello della professione, i temi che riguardano i giovani e la loro dimensione educativa e relazionale all'interno del sistema scolastico del paese. Il fenomeno del cyberbullismo e dei meccanismi da attuare per contrastarlo rappresenta uno dei temi impellenti da affrontare.

D Il prof. Fraccaroli dell'Università di Trento, in una recente intervista ha asserito che in una organizzazione di lavoro non può esistere benessere se non vi è la contestuale presenza di due fattori: il raggiungimento degli obiettivi prefissati,

quindi il conseguimento di risultati che permettano di incrementare visibilità e prestigio e la possibilità, per i lavoratori della stessa organizzazione, di lavorare in un contesto favorevole esprimendo appieno le proprie potenzialità ed avendo opportunità di sviluppo professionale. Tutto ciò sperimentando relazioni sociali favorevoli, caratterizzate da fiducia ed equità, con richieste lavorative proporzionate alle capacità e che non mettano in discussione l'equilibrio in altri ambiti di vita. Nobili ed ineccepibili principi questi, ma di difficile attuazione. Lei cosa ne pensa?

R Penso che il tema del benessere organizzativo sia sempre più presente nella ricerca scientifica, nelle normative sul settore pubblico e nel dibattito sulla qualità dell'esperienza di lavoro, ma trovi poi, per una pratica attuazione, enormi ostacoli. I motivi sono molteplici. Nell'ambito scolastico, per fare un esempio, sono aumentate le richieste di competenze organizzative e tecnologiche poste al personale (dirigenti, docenti, amministrativi, tecnici). Ciò comporta un aumento significativo del rischio che le persone siano maggiormente esposte a situazioni di sovraccarico, a conflitti di ruolo, ad interferenze tra vita lavorativa ed altri ambiti di vita. Un altro aspetto critico, trasversale a tutti gli ambiti lavorativi, riguarda l'età del lavoratore: occorre pensare a come motivare i lavoratori più anziani. All'età di 50-60 anni, il lavoratore è nel pieno della sua attività lavorativa ma non sempre riesce ad adeguarsi alle richieste dell'ambiente di lavoro ed alle nuove metodologie di lavoro imposte dall'organizzazione. Si rende, quindi, necessaria la predisposizione una tutela psicologica per questa fascia di lavoratori, al fine di ottimizzarne le prestazioni.

D Per rimanere nel tema del contesto lavorativo della scuola, in che modo la Psicologia del lavoro può essere d'aiuto al corpo docente?

R La scuola è percepita come un esempio di sproporzione tra energie e risorse erogate, da un lato, e benefici e riconoscimenti ricevuti, dall'altro. Si tratta di elementi che possono minare sia il benessere individuale (insoddisfazione professionale, disagio, esaurimento emotivo), che il funzionamento organizzativo (disinvestimento motivazionale, cinismo, relazioni tese tra colleghi e così via).

A ciò si aggiunga il sovraccarico lavorativo/intensità del lavoro, il sovraccarico di ruolo, l'aumento della numerosità degli studenti per classe, i comportamenti inaccettabili da parte di alcuni studenti, la cattiva gestione della scuola e la mancanza di supporto da parte della dirigenza.

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni, occupandosi di un ampio spettro di tematiche che possono essere applicate all'ambito scolastico, rappresenta sicuramente la risposta più efficace. Un valido contributo può essere rappresentato dal potenziamento delle capacità di lavoro in team, dalla presa delle decisioni in gruppo, dalla costruzione di relazioni sociali positive, dall'ascolto attivo, dal superamento di conflitti, presupponendo che il gruppo, di per sé, è una validissima risorsa supportiva. Un altro ambito di intervento può riguardare la comprensione del clima organizzativo che caratterizza un dato contesto scolastico, con l'indicazione di eventuali misure per favorirne il miglioramento. Altri argomenti: sostenere la motivazione al lavoro; favorire il senso di appartenenza orga-



Stress lavoro-correlato, benessere organizzativo e scuola:
il ruolo dello Psicologo Competente

nizzata e potenziare il capitale psicologico (resilienza, autoefficacia, ottimismo) per meglio fronteggiare le situazioni avverse. Progettare, infine, interventi organizzativi per migliorare le competenze del personale nello svolgimento dei propri compiti lavorativi (per esempio, attività formative mirate; mentoring; tutoring) e migliorare le modalità di funzionamento interno dell'organizzazione (gestione della leadership; funzionamento nei team; presa delle decisioni).

D Nel panorama nazionale, in tema di benessere organizzativo nelle scuole, è possibile rintracciare alcune buone prassi. Ci può dire qualcosa in merito?

R Certo. Mi viene in mente la proposta del gruppo regionale SPISAL del Veneto che, in collaborazione con il MIUR, ha elaborato una serie di azioni davvero convincenti. Il dirigente scolastico deve essere consapevole che un contesto lavorativo caratterizzato da un buon livello organizzativo che sia capace di tutelare e di valorizzare il capitale umano a disposizione, può favorire la crescita dell'istituzione scolastica stessa. Il risultato di questo processo di crescita è la prevenzione del disagio e la promozione del benessere organizzativo. Nella suddetta proposta vengono valorizzati, il comfort ambientale, la chiarezza e la condivisione degli obiettivi del lavoro, la valorizzazione e l'ascolto delle persone, l'attenzione ai flussi informativi, le relazioni interpersonali, la riduzione della conflittualità, la chiarezza dei ruoli e l'equità nelle regole e nei giudizi. Un'altra esperienza interessante riguarda uno studio elaborato dall'Università di Bologna che prevede due fasi. Nella prima, sono state coinvolte 17 scuole della provincia di Bologna. Nella seconda fase denominata "Dalla promozione del benessere nella scuola alla valutazio-

ne dello stress lavoro correlato" sono stati coinvolti 7 Istituti Comprensivi e 6 Istituti Secondari di secondo grado. Dai risultati è emerso che i fattori psicosociali dell'ambiente lavorativo stimolano due processi opposti: un processo di stress (o esaurimento delle energie) innescato dai fattori nocivi, e un processo motivazionale, sostenuto dai fattori protettivi. Tali processi hanno effetti opposti sul benessere degli insegnanti: eccessive richieste lavorative conducono a cattiva salute mentale, mentre adeguate risorse lavorative favoriscono la soddisfazione e l'attuazione dei comportamenti funzionali. Fattori nocivi e fattori protettivi risultano tra loro negativamente correlati. Da qui la necessità di potenziare le risorse dei lavoratori attraverso corsi studiati ad hoc e centrati sulla riduzione dello stress, applicando la mindfulness therapy.

D Quali suggerimenti, dunque, propone per l'inserimento dello Psicologo a scuola?

R E' importante, per la categoria degli Psicologi, produrre maggiori dati di letteratura che riguardino lo stress nella scuola e che dimostrino come l'intervento dello Psicologo può incidere efficacemente nel migliorare la qualità della salute del lavoratore e del datore di lavoro. Lo Psicologo è il professionista che governa/presidia il cambiamento. Nella scuola suggerisco sempre meno zaini pieni di libri e più attività ludiche. I giovani di oggi restano troppo tempo fermi davanti ai computer/smartphone ed hanno perso quella manualità e praticità creativa che risulta indispensabile allo sviluppo dell'intelligenza.

Tornando al tema più generale della salute e sicurezza, abbiamo molti esempi di colleghi che lavorano in modo eccellente e sono

molto apprezzati, ma in generale il problema degli Psicologi italiani è che pochi conoscono approfonditamente la normativa in materia di stress lavoro correlato e di salute e sicurezza sul lavoro. Essi dovrebbero invece documentarsi ed appropriarsi del loro ruolo fondamentale in tali contesti e soprattutto del loro ruolo stabilito all'interno del D.Lgs. Come CNOP stiamo lavorando affinché possa venire definita, all'interno della suddetta norma, la figura dello Psicologo Competente accanto a quella del Medico. Auspico, all'interno della revisione di tale decreto, l'inserimento di tale figura che deve essere un consulente di fiducia del datore di lavoro che, a sua volta, deve costruire un rapporto fiduciario col professionista Psicologo al fine di ottimizzare le risorse umane alle proprie dipendenze e potenziarne motivazioni ed aspirazioni. Diverse ricerche dimostrano come il 15% degli insegnanti assumano psicofarmaci. Occorre comprendere che l'insegnante dopo una certa età "perde" la sua funzione didattica ed allora, insieme allo Psicologo Competente, occorre ricercare, presidiare e gestire tali negative situazioni per garantire una efficace funzione didattica nei confronti delle future generazioni. Il Decreto legislativo n. 81 revisionato, deve essere applicato appieno, a beneficio del personale dipendente di tutti i contesti lavorativi.

D In questo contesto un incitamento ad una sempre maggiore assertività dello Psicologo è rappresentato dall'approvazione del DDL sulle Professioni Sanitarie. Lo Psicologo, secondo Lei, ottenuto il riconoscimento quale professionista sanitario ne è pienamente consapevole?

R Il lungo cammino che ha visto nascere e crescere la nostra professione vede oggi, finalmente, raggiunta quella tappa storica che sottolinea il valore costituzionale e sociale dello psicologo. E' questo un grande risultato per la categoria, oggi ricollocata all'interno del grande sistema salute nazionale. E' tempo di destarsi e non più di piangersi addosso. E' tempo di inglobare, in modo sistematico, lo Psicologo anche nell'area prevenzionale, per dare, anche qui, quel giusto contributo al miglioramento dei luoghi di lavoro ed al benessere dell'intera comunità.

Angela Piattelli
Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta
Psico-Oncologo certificato SIPO
UOC Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera Cosenza
e-mail: angela.costabile@unical.it
a.piattelli@aocs.it
cell. 339/6716592

Stress lavoro-correlato, benessere organizzativo e scuola:
il ruolo dello Psicologo Competente

Bibliografia/Sitografia

Corbizzi Fattori G., Simonini F., Stress lavoro-correlato: valutazione e gestione pratica, IPSOA Gruppo Wolters Kluwer.

INAIL, La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato, 2017
Leka S., Cox T., (Editors). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. UK

I-WHO. 2008, (ISBN 978-0-9554365-2-9).
Petter G. Lavorare insieme nella scuola. Aspetti psicologici della collaborazione fra insegnanti, La nuova Italia.

Petter G. La preparazione psicologica degli insegnanti, La nuova Italia, 1992.

Petter G. Lo psicologo nella scuola. Ciò che fa, ciò

che potrebbe fare, Giunti editore, 2004.
Guglielmi D., Fraccaroli F., Stress a Scuola Edizioni Il Mulino, 2016.

Flok L. et al. Mindfulness for Teachers: A Pilot Study to Assess Effects on Stress, Burnout, and Teaching Efficacy. In Mind Brain and Education 7(3) - September 2013.

<http://www.giuntiscuola.it/psicologiaescuola/psicologia/benessere-organizzativo-nella-scuola-un-intervista-al-prof-fraccaroli/>

<http://www.flegil.it/files/pdf/20160519/seminario-salute-sicurezza-scuola-pubblica-firenze-2016-relazione-guglielmi.pdf>

<http://www.psy.it/tavolo-tecnico-per-la-psicologia-del-sistema-formativo-presso-il-miur.html>

<http://www.psy.it/gruppi-di-lavoro>

<http://centrostresslavoro-lazio.it/lo-stress-lavoro-correlato/documentazione/>

<http://www.psy.it/il-cnop-presenta-il-convegno-lavorare-in-salute-e-sicurezza-a-ogni-eta-ricerche-e-interventi-organizzativi-roma-4-ottobre-2017.html>

<https://healthy-workplaces.eu/previous/all-ages-2016/en/news/healthy-and-safe-workplaces-all-ages-research-evidence-and-organizational-interventions>

<http://www.psy.it/sicurezza-del-lavoro-accolto-il-quesito-su-stress-lavoro-correlato-presentato-dal-cnop-alla-commissione-ex-art-12-d-lgs-8108>



ABSTRACT

Parole
chiave

Attaccamento,
pattern, relazione
genitore-bambino,
abilità sociali,
co-regolazione

Riassunto La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) sottolinea il ruolo centrale delle relazioni nello sviluppo dell'individuo e postula la presenza di una tendenza naturale degli esseri umani a strutturare relazioni di attaccamento. Negli ultimi anni, un'ampia letteratura ha indagato l'esistenza di legami di attaccamento multipli che, all'interno di modelli teorici diversi, sono analizzati in termini di «gerarchia», di «independenza» o di «integrazione» (Cassibba, 2009). Alcuni studi evidenziano il grado di concordanza fra l'attaccamento alla madre e quello stabilito verso altre figure come l'educatrice dell'asilo nido, evidenziando una certa indipendenza fra i diversi legami (Cugmas, 2007).

Numerosi studi si sono interessati alle relazioni precoci madre-bambino, mostrando le abilità del bambino e partendo dal presupposto che sia possibile rintracciare, sin dalle prime settimane di vita, un'intelligenza sociale di matrice innata che lo rende pronto a interagire con i suoi partner (Trevvarthen, 1979).

Il passaggio dall'attaccamento classico a quello moderno

Angela Costabile, Marta Lamberto, Flaviana Tenuta
[Università della Calabria](#)
[Dipartimento di Lingue e Scienze dell'Educazione](#)

Il passaggio dall'attaccamento
classico a quello moderno



INTRODUZIONE

I

Nella specie umana l'attaccamento del bambino alla figura materna è un prerequisito essenziale per la sopravvivenza ed è fondamentale per i successivi legami che instaurerà in tutto l'arco della sua vita. A dimostrare ciò fu soprattutto Bowlby (1969) con la teoria dell'attaccamento.

L'attaccamento, secondo il pediatra e psicoanalista inglese, è concepito come un sistema pre-programmato a livello biologico che si sviluppa sin dai primi mesi di vita. Il legame di attaccamento costituisce un momento fondamentale per la costruzione della personalità infantile; rimane nella mente del bambino poiché opera secondo Modelli Operativi Interni (MOI), che ne permettono la rappresentazione e influenzano le altre relazioni e l'estensione ad altre figure. Main (1985) definisce i Modelli Operativi Interni come "l'insieme di norme consce e/o inconsce che consentono di organizzare le informazioni riguardanti l'attaccamento e di permettere o limitare l'accesso in rapporto a esperienze, sentimenti e idee concernenti l'attaccamento stesso". Bowlby teorizza che l'attaccamento del piccolo alla madre ha essenzialmente una funzione di protezione e favorisce la sopravvivenza del piccolo. La caratteristica fondamentale dell'essere genitori è di fornire una base sicura da cui il bambino possa partire per esplorare il mondo circostante e a cui ritorna per "rifornirsi emotivamente", permettendogli così una progressiva autonomia ma tenendo in considerazione



Il passaggio dall'attaccamento
classico a quello moderno

che il bambino necessita costantemente del sostegno parentale. Secondo Bowlby (1969) il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. La funzione bio-psicologica è, quindi, quella di fornire protezione la quale si manifesta in tutto l'arco della vita del soggetto. Al fine di valutare l'attaccamento del bambino, la psicologa americana Ainsworth (1973, 2006) utilizzò per la prima volta la Strange Situation Procedure (SSP), una procedura osservativa standardizzata con la quale esaminò diadi madre-bambino. Questa procedura ha evidenziato che il bambino con pattern di attaccamento sicuro mostra un equilibrio tra i comportamenti di esplorazione dell'ambiente e quelli di attaccamento alla madre, mentre il bambino con pattern insicuro tende a manifestare uno squilibrio verso i comportamenti di attaccamento (pattern insicuro-ambivalente) o verso i comportamenti di esplorazione (pattern insicuro-evitante) (Ainsworth et al., 1978) o a esibire una mancata organizzazione comportamentale (pattern disorganizzato) (Main e Solomon, 1986, 1990).

È interessante notare che altri studi (Cassibba, 2003) hanno permesso di osservare i pattern appena elencati nelle interazioni dei bambini con caregiver adulti diversi dalla figura materna come educatori e insegnanti. Ciò fa notare che il legame d'attaccamento e, dunque, le strategie per la regolazione emotiva e comportamentale apprese nel contesto familiare (genitore-bambino), può essere trasferite nelle relazioni extra genito-

riali sulle quali il bambino fa affidamento per l'assistenza e, a volte, per essere confortato o ricevere protezione. L'importanza dell'attaccamento è una conseguenza del fatto che il bambino nel corso del suo sviluppo, costituisca un vero e proprio sistema aperto. I comportamenti e le emozioni, connessi all'attaccamento possono coinvolgere molte persone, tra cui gli educatori (Pianta, 2001).

Un recente studio (Attili, Vermigli, Roazzi, 2012), sembra fornire prove a sostegno dell'ipotesi di come sia la natura della relazione genitore-bambino a mediare il trasferimento del senso di sicurezza dai genitori ai figli, così da incrementare la possibilità che sono accettati dai coetanei. Da questo stesso progetto di ricerca emerge che lo status sociale dei bambini è correlato a quei comportamenti, indicatori di competenza sociale e relazionale quali essere aggressivi, prosociale o tendente all'isolamento e quelle abilità sociali sono influenzate dagli stili parentali dei genitori e dai loro modelli mentali di attaccamento. Si è potuto rilevare che, i genitori con modelli di attaccamento sicuro hanno, per lo più, figli popolari mentre la maggior parte di quelli con attaccamento insicuro hanno figli rifiutati all'interno del contesto classe.

Nella descrizione delle concordanze tra il modello di attaccamento genitoriale e il pattern di attaccamento del bambino, è stata confermata l'ipotesi di una trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento genitore-bambino mostrando la forte concordanza di modello d'attaccamento non più unicamente tra madre e bambino ma anche nelle diadi padre-bambino, poiché, questo rapporto, in passato era più debole (van Ijzendoorn, 1995). Una possibile spiegazione a tale fenomeno è data dal ruolo più attivo

che i padri hanno ingaggiato di recente nella cura e nell'accudimento dei propri figli, proponendosi come validi caregiver al pari della figura materna.

L'esistenza stessa dei legami d'attaccamento multipli, pone importanti interrogativi su come e in che modo questi attaccamenti nascono e si sviluppano nel tempo. Nel corso dell'infanzia, il bambino solitamente tende a stabilire due o tre legami d'attaccamento con figure presenti all'interno della propria famiglia, uno o due legami, invece, con persone che si prendono cura di lui, ma al di fuori del contesto domestico. Man mano che gli anni passano e l'età del piccolo aumenta, si hanno maggiori possibilità di instaurare legami forti con più persone al di fuori del nucleo familiare quali: coetanei e insegnanti. Ciò può avvenire nel nido, quando il piccolo entra in contatto con nuove figure come quella dell'educatrice o con i propri compagni di classe (Cassibba, 2003). Sebbene la letteratura confermi la possibilità di costruzione di legami d'attaccamento con figure extra-familiari, una recente ricerca, condotta all'interno di un asilo nido, attraverso un'intervista semi-strutturata ha dimostrato che le stesse educatrici non hanno una visione poliadica e che, anzi, in molti casi pensino ancora che l'attaccamento sia un legame esclusivo che si instaura tra la madre e il bambino (Peddizzi, Rollo, 2014). Negli ultimi anni, un'ampia letteratura ha indagato l'esistenza di legami di attaccamento multipli che, all'interno di modelli teorici diversi, sono analizzati in termini di «gerarchia», di «indipendenza» o di «integrazione» (Cassibba, 2009). Alcuni studi evidenziano il grado di concordanza fra l'attaccamento alla madre e quello stabilito verso altre figure come l'educatrice dell'asilo nido, evidenziando una certa indipendenza

fra i diversi legami (Cugmas, 2007); altri studi (Howes, Matheson e Hamilton, 1994), invece, rilevano che quando la madre e l'educatrice condividono le stesse idee circa il modo di rapportarsi al bambino, la qualità dell'attaccamento alle due figure tende a essere simile.

La figura materna è indubbiamente il fulcro delle relazioni che il bambino instaura durante i suoi primissimi mesi di vita. Prospettive teoriche come quella psicoanalitica, socio-costruttivista o l'Infant Research, pur nelle loro differenze, convergono nel considerare l'essere umano attivo e propositivo nei confronti dell'ambiente, fin dai primi giorni di vita. In particolare l'approccio intersoggettivo sostiene che i bambini, sin dalla nascita, siano esseri sociali che ricercano costantemente le altre persone per impegnarsi in scambi imitativi reciproci e nella mutua regolazione emotiva (Trevarthen, Aitken, 2001). Stern (1998, 2004) parla di una conoscenza relazionale implicita che è pre-verbale, non simbolica e procedurale e riguarda le relazioni interpersonali e intersoggettive, i modi di stare con l'altro. Tale conoscenza si verifica attraverso "processi interattivi intersoggettivi" che modificano il campo relazionale all'interno del contesto in cui sono coinvolti i soggetti e costituisce una fondamentale componente motivazionale relativamente allo sviluppo linguistico e culturale.

Intorno agli anni Settanta, il costrutto della teoria dell'attaccamento inizia ad essere criticato. La critica, soprattutto, riguarda la caratteristica dell'attaccamento come legame esclusivo con la madre, definito, monotropico. Infatti, Bowlby sostiene che il bambino ha una tendenza innata a formare relazioni esclusive con un adulto, di solito la madre,

che è la persona che lo cura in modo stabile nei primi mesi di vita. Le critiche a Bowlby hanno dato origine a nuove ipotesi sull'interazione madre-bambino, che vanno nella direzione definita interattivo-cognitivista (Schaffer, 1977). Secondo tale approccio, l'interazione madre-bambino è un sistema che si autoregola, e nel quale, nel primo anno di vita, la madre assume le iniziative. Caregiver e bambino sono, dunque, coinvolti reciprocamente in uno scambio in cui imparano insieme a regolare gli stati affettivi e comportamentali.

I bambini, fin dai due mesi di vita, sono capaci di rispondere selettivamente ai comportamenti materni veicolati dalla direzione dello sguardo, dall'espressività del volto, dal tono della voce (baby-talk) e dalla qualità del toccare materno (Trevarthen, 1979, 1984, 1993; Trevarthen, Aitken, 2001). La madre regola la propria attività in relazione allo stato del bambino, ai suoi cicli di attenzione e disattenzione. L'inserirsi della madre nelle pause spontanee del bambino crea una successione di comportamenti che porta a un'alternanza dei turni e non fa emergere concomitanza fra le loro azioni (Kaye, 1982). La competenza "intersoggettiva" presente nel bambino di pochi mesi tende inoltre a essere rafforzata dall'attività di rispecchiamento, soprattutto delle emozioni positive, che il caregiver mette in atto nel corso del primo semestre di vita. I bambini già da due o tre mesi mostrano di apprezzare maggiormente l'attività comunicativa basata sull'imitazione, prestando maggiore attenzione all'adulto quando questi li imita (Meltzoff, Gopnik, 1993). Sia Bruner (1999) che Trevarthen (1979) definiscono questa consapevolezza reciproca "intersoggettività primaria" e sostengono che essa è un precursore necessario per le successive forme di intersoggettività più complesse in cui i bambini iniziano a condividere e a riferirsi agli aspetti

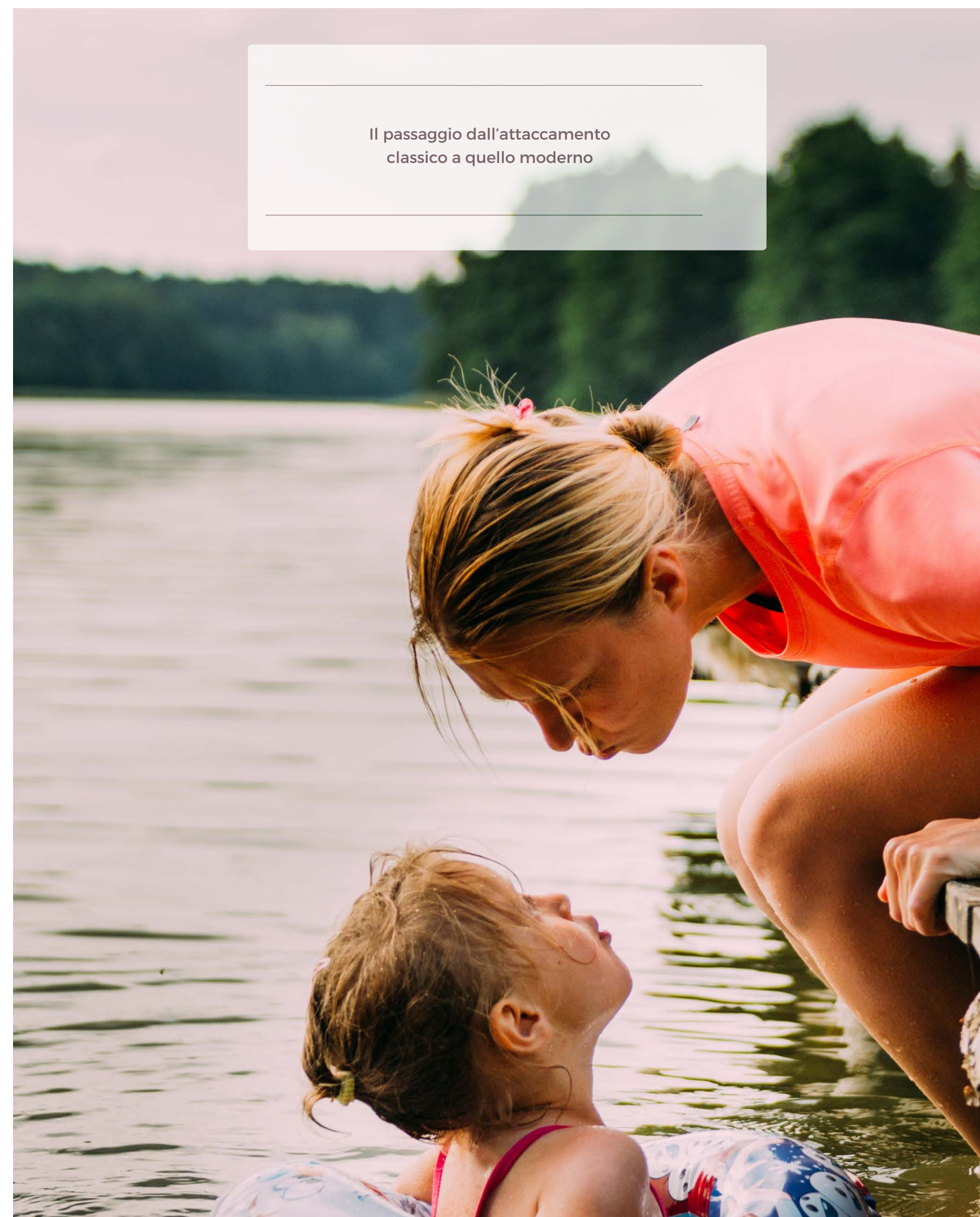
esterni alla diade comunicativa. Il bambino, nei primi mesi di vita, risponde in maniera differente alle diverse espressioni manifestate nei movimenti materni mostrando sensibilità ai cambiamenti d'espressione del partner.

Dopo il secondo mese le espressioni emozionali diventano sempre più complesse e meglio coordinate (Sroufe, 1995). La coordinazione da parte del bambino di guardare la madre e un oggetto è fondamentale nello sviluppo comunicativo intenzionale (Adamson & Bakeman, 1985; Jones & Hong, 2001; Messinger & Fogel, 1998). Questo fenomeno è chiamato d'intersoggettività primaria, va dalla nascita fino alla fine del secondo mese ed è caratterizzato dal progressivo aumento di un interesse per la madre. Dopo i 3-4 mesi di vita, la comunicazione tra il bambino e la madre cambia in modo rilevante. Tra i 4 e i 9 mesi di vita i bambini rapidamente sviluppano le abilità emotive responsive nell'interazione face-to-face. Queste abilità sono seguite dallo sviluppo di competenze sociali ed emotive necessarie per le interazioni triadiche (Yato et al., 2008).

Dagli anni Novanta le relazioni precoci sono oggetto di studio di diversi approcci teorici, sicuramente uno dei più importanti è quello dei sistemi dinamici di Fogel (1995). L'autore attraverso la teoria dei sistemi dinamici, propone uno studio del comportamento relazionale, basato su un concetto di comunicazione che va oltre i contributi dei singoli individui coinvolti, proponendo un modello teorico di comunicazione, come un sistema sociale dinamico. Durante l'interazione, madre e bambino producono degli adattamenti reciproci dello sguardo, della postura, della modalità di gioco creando quella che Fogel (1995) definisce co-regolazione, infatti, entrambi i partner sono soggetti attivi e s'influenzano a vicenda.

Fogel concentra la sua attenzione sulle dina-

Il passaggio dall'attaccamento
classico a quello moderno



niche del processo di comunicazione interpersonale, partendo dai primi scambi comunicativi che il piccolo è in grado di mettere in atto nel contesto dell'interazione con la figura materna. Egli, grazie all'utilizzo di disegni microgenetici di ricerca, sostiene che sin dai primi mesi di vita, nella comunicazione madre-bambino, sono presenti due aspetti che considera elementi-chiave per lo sviluppo della relazione. Il primo riguarda il reciproco e continuo adattamento al comportamento dell'altro tramite aggiustamenti posturali, piccole variazioni nei gesti e nelle azioni facciali e vocali, modulazione della direzione dello sguardo, tutti elementi che esprimono una regolazione di emozioni e azioni in stretto rapporto con quelle del partner. Il secondo aspetto riguarda la "creatività" peculiare di questo processo di "co-regolazione" delle espressioni emozionali e dei comportamenti. Tale caratteristica tende a creare emozioni e sequenze d'azione condivise che spesso si ripetono e si stabilizzano come pattern di comunicazione della diade. Fogel (1995) afferma che il processo di co-regolazione tra madre e bambino si può osservare sin dalla fine del secondo mese di vita, quando un primitivo senso del sé, come entità differente dall'altro dischiude al piccolo la possibilità di vivere esperienze intersoggettive. Un ruolo fondamentale nell'amplificazione delle emozioni e nell'esperienza vissuta dal bambino lo occupa, secondo Fogel, la figura materna. In particolare, è stato mostrato che nel secondo e nel terzo mese di vita i sorrisi e i movimenti labiali di vocalizzazione del lattante sono legati sequenzialmente ai sorrisi della madre e al suo parlare affettuoso al bambino. I legami sequenziali vanno in entrambe le direzioni, così che i primi accenni di sorriso e di tentativi di vocalizzazione del lattante – a loro volta stimolati dalla presenza di espressioni di affetto positivo della madre – sono amplificati dai sorrisi e dal

linguaggio materno in sequenze circolari di feedback positivo tra le espressioni dei due interlocutori (Lavelli, 2007). L'approccio teorico di Fogel sostiene che la comunicazione madre-bambino sia un processo dinamico di co-regolazione che può originare stabilità oppure cambiamento. L'autore evidenzia che la presenza di un continuo adattamento reciproco della diade sia indipendente dal fatto che nell'interazione entrino in gioco emozioni sia positive sia negative. Un concetto basilare nella teoria di Fogel è che il processo di co-regolazione diadica promuove pattern di azione condivisa che tendono a ricorrere nell'interazione di ogni diade madre-bambino e a divenire stabili. L'autore denomina tali pattern come frames che sono modelli di comportamento in sequenza che danno significato all'interazione. La "co-regolazione" e il framing possono essere considerati due processi complementari poiché il primo rappresenta l'aspetto creativo e dinamico della comunicazione che promuove la novità e il significato, il secondo la stabilizzazione di determinate routine "co-regolate". Secondo Fogel, la qualità dell'esperienza intersoggettiva che si instaura nella diade dipende dalla capacità dinamica dei frames che stanno alla base della comunicazione tra madre e bambino. La flessibilità del sistema comunicativo della diade a spostarsi da un frame all'altro e la flessibilità del frame stesso ad adattarsi a nuove situazioni, è indicativa della qualità dell'esperienza intersoggettiva perché promuove il cambiamento e, quindi, opportunità di sviluppo per la relazione madre-bambino. Al contrario, la rigidità dei frames e l'incapacità di riuscire a variarli, limitano l'opportunità di crescita della relazione e dello sviluppo sociale del bambino stesso. Fogel, infatti, attraverso le sue ricerche dimostra come la qualità dell'esperienza intersoggettiva con la figura materna o altre figure significative, sia fondamentale sia per lo

sviluppo della relazione nella diade, che per lo sviluppo del sé che emerge dalla relazione interpersonale. A soli 2 mesi, la comparsa di un primo se relazionale è favorita principalmente dal rispecchiamento delle emozioni da parte della madre che contribuisce a dare origine a un senso di connessione affettiva tra i partner. Solamente a 9 mesi, l'esperienza intersoggettiva darà la possibilità al piccolo di riuscire a differenziarsi dall'altro e a

riscoprirsi simile a lui per riuscire a condividere esperienze soggettive.

Angela Costabile, Professore Ordinario di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione Università della Calabria - Dipartimento di Lingue e Scienze dell'Educazione Cell. 339 4963352, e-mail: angelacostabile@unical.it



Il passaggio dall'attaccamento
classico a quello moderno

Bibliografia

- Adamson L.B., Bakeman R., Affect and attention: Infants observed with mothers and peers, *Child Development*, «1985, 56, pp. 582-593».
- Ainsworth M.D.S., The development of infant-mother attachment. In B.M. Caldwell, H.N. Ricciuti (eds.), *Review of child development research*, University of Chicago Press, «1973, 3, pp. 1-94».
- Ainsworth M.D.S., Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Ainsworth M. D S., Blehar M.C., Waters E., Wall S., *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 1978.
- Attili G., Vermigli P., Roazzi A., *Attaccamento dei genitori e la trasformazione delle relazioni: l'effetto sullo status sociale dei figli*, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, «2012, 2, pp. 371-397».
- Bowlby J., *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*, Basic Books, New York, 1969.
- Bruner J.S., *Il processo educativo. Dopo Dewey*, Armando Editore, 1999.
- Cassibba R., *Attaccamenti multipli*, Edizioni Unicopli, Milano, 2003.
- Cassibba R., D'Odorico L., *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Cugmas, Z., *Child's attachment to his/her mother, father and kindergarten teacher*, *Early Child Development and Care*, «2007, 177 (4), pp. 349-368».
- Fogel, A.. *A relational perspective on attachment*. In W. Koops, J. Hoeksma e D. van den Boom (a cura di), *Academy colloquium on early mother-child interaction and attachment: Old and new approaches*. Amsterdam: Elsevier Science, 1997, pp. 219-232.
- Fogel A., *Relational narratives of the pre-linguistic self*. In P. Rochat (Ed.), *The self in early infancy: Theory and research*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers, «1995, pp. 117-139».
- Fogel, A.. *Developing through relationships*. London: Harvester Wheatsheaf and University of Chicago Press, 1993.
- Haley D.W., Stansbury K., *Infant stress and parent responsiveness: Regulation of physiology and behavior during still-face and reunion*, *Child Development*, «2003, 74, pp. 1534-1546».
- Howes C., Matheson C., Hamilton E., *Maternal, Teacher, and Child Care History Correlates of Children's Relationships with Peers*, *Child Development*, «1994,1, pp. 264-273».
- Jones S.S., Hong H.W., *Onset of voluntary communication: Smiling looks to mother*, *Infancy*, «2001, 2, pp. 353-370».
- Kaye K., *The mental and social life of babies*, University of Chicago Press, Chicago, 1982.
- Lavelli M., *Intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Legerstee M., Varghes, J., Van Beek Y., *Effects of maintaining and redirecting infant attention on the production of referential communication in infants with and without Down syndrome*, *Journal of Child Language*, «2002, 29, pp. 23-48».
- Legerstee M., Barillas Y., *Sharing and pointing to objects at 12 months: is the intentional stance implied?*, *Cognitive Development*, «2003,18, pp. 91-110».
- Little C., Carter A., *Negative emotional reactivity and regulation in 12-month-olds following emotional challenge: Contributions of maternal-Infant emotional availability in a low-income sample*, *Infant Mental Health Journal*, «2005, 26, pp. 354-368».

- Main M., Kaplan N., Cassidy J., *Security in Infancy, Childhood and Adulthood: a move to level of representation*. In: Bretherton I., Waters E. (a cura di): *Growing Points of Attachment Theory to Research*. Monographs of the society for research in Child Development, 1985, 209, pp. 1-2.
- Main M., Solomon J., *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior, Affective development in infancy*, «1986, pp. 95-124».
- Main M., Solomon J., In Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings M., *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, The University of Chicago Press, «1990, pp. 121-160».
- Meltzoff A., Gopnik A., *The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind*. In S. Baron- Cohen H., *Understanding other minds*, Oxford University Press, «1993, pp. 335-366».
- Messinger D.S., Fogel A., *Give and take: The development of conventional infant gestures*, *Merrill Palmer Quarterly*, «1998, 44, pp. 566-590».
- Peditzi M. L., Rollo D., *L'attaccamento negli asili nido: le educatrici hanno una visione monotropica o poliadica?*, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, «2014, 1, pp. 143-151».
- Pianta R. C., *La relazione bambino-insegnante*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Schaffer H.R., *Studies in Mother-Infant Interaction*, Academic Press, London, 1977.
- Sroufe L.A., *Emotional development*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995. (trad. it. *Lo sviluppo emotivo*, Raffaello Cortina, Milano, 2000).
- Stern D.N., *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- Stern D., N., *The present moment in Psychotherapy and Everyday Life*, WW Norton & Co, 2004.
- Trevarthen, C., *Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity*. In M. Bullowa (a cura di), *Before speech: The beginnings of human communication*, Cambridge University Press, London, 1979.
- Trevarthen, C., *How control of movements develops*. In H.T. A. Whiting (Ed.), *Human motor actions: Bernstein reassessed* «1984, pp. 223-261».
- Trevarthen C., *Le emozioni nell'infanzia: Regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali*, «1993, pp. 73-108». In C. Riva Crugnola (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1984.
- Trevarthen C., Aitken K. J., *Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, «2001, 42, pp. 3-48».
- Van Ijzendoorn M., H., *Adult attachment representations, Parental responsiveness and Infant Attachment: A Meta-analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview*, *Psychological Bulletin*, «1995, 117, pp. 387-403».
- Yato Y., Masatoshi K., Negayama K., Sogon S., Tomiwa K., Yamamoto H., *Infant responses to maternal still-face at 4 and 9 months*, *Infant Behavior & Development*, «2008, 31, pp. 570-577».



ABSTRACT

Parole
chiave

accudimento, ruolo paterno,
sintomi depressivi,

Come evidenziato da numerosi studi scientifici la gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano fattori di alto rischio per l'insorgenza di disturbi affettivi.

Scopo del presente studio, svolto presso l'UO di Ostetricia e Ginecologia della Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti di Cosenza, su circa 420 donne nell'arco di 2 anni, è evidenziare alcune possibili variabili che predicano lo sviluppo dei disturbi dell'umore legati al periodo perinatale.

La valutazione è stata effettuata con la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e il General Health Questionnaire (GHQ-12), mentre lo stile di attaccamento è stato valutato con il Parental Bonding Inventory (PBI). Per la parte statistica è stata utilizzata un'analisi di regressione multipla step-wise.

I dati preliminari offrono un'interessante prospettiva evidenziando l'importanza della figura paterna come possibile fattore di vulnerabilità nello sviluppo di disturbi del tono dell'umore nel post-partum.

Depressione post-partum e attaccamento

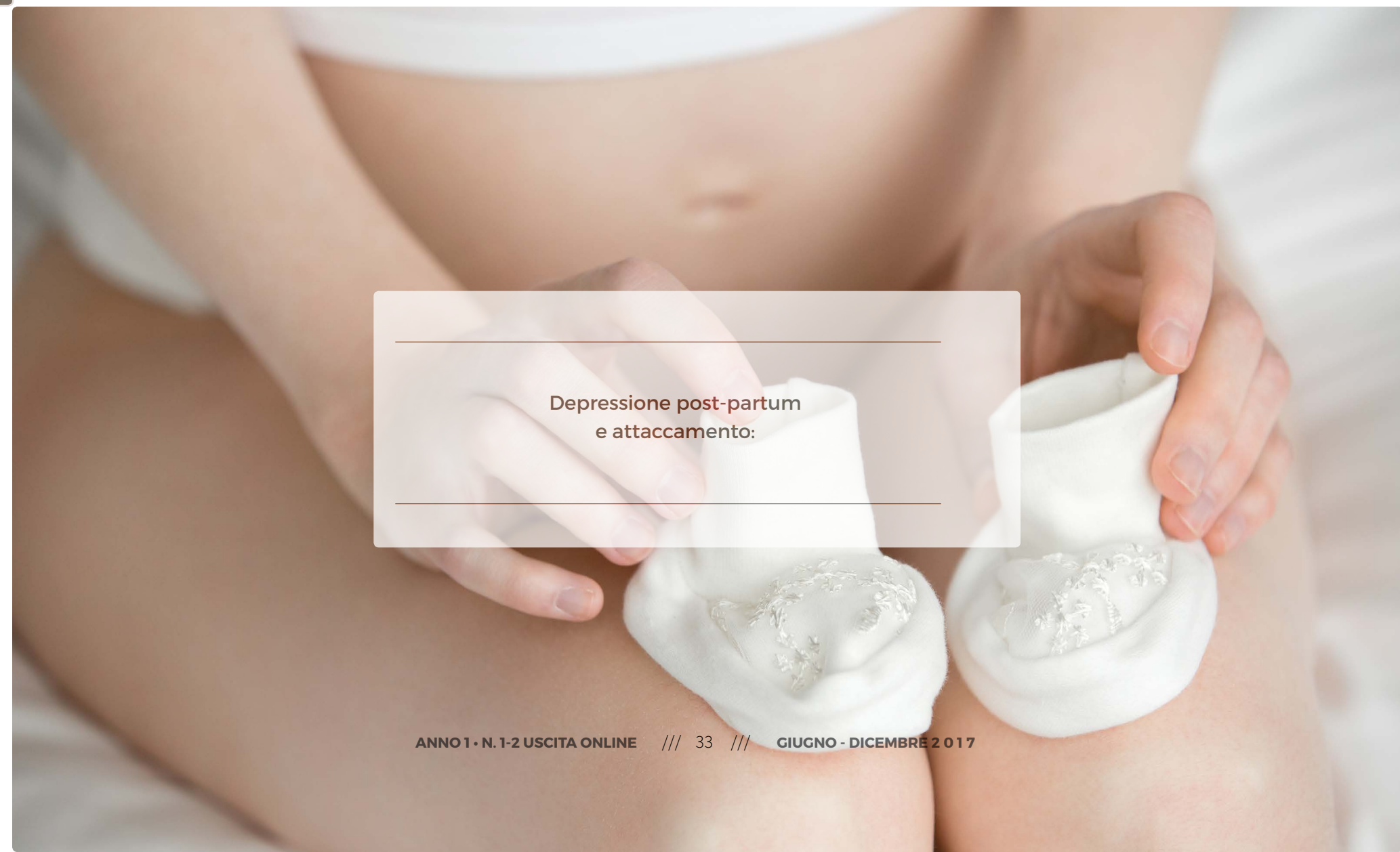
Maria Cecilia Gioia^{1,2}, Alessia Aloï^{1,2}, Caterina Coloca^{1,2},
Giulietta Sesti^{1,2}, Carmen Danila De Luca¹, Carmen Marasco¹,
Roberta Artusi^{1,2}, Rosanna Ammirata¹ e Antonio Cerasa^{2,3,4}

¹Casa di Cura Sacro Cuore - iGreco Ospedali Riuniti, Cosenza.

²Ascoc, Accademia di Scienze Cognitivo-Comportamentali di Calabria, Castrolibero (CS).

³Unità di Neuroimmagini, IBFM-CNR Catanzaro.

⁴Dipartimento di Sociologia, Università "Magna Graecia" Catanzaro.



Depressione post-partum
e attaccamento:

INTRODUZIONE

I

Come ampiamente evidenziato dalla letteratura internazionale, la maternità è un momento importante nella vita della donna che può essere influenzato dall'insorgere di disagi psichici.

Uno dei disagi legati alla maternità è la depressione post-partum. Il DSM-5 (DSM-5, 2014) considera la depressione post-natale come una forma di depressione generale specificata come "depressione post-partum" se si manifesta entro le prime quattro settimane successive al parto. Recenti studi epidemiologici internazionali sono concordi nello stabilire una percentuale tra il 10% al 22% di donne affette da depressione o da sintomi depressivi nel post-partum (Paulson J.F., Bazemore S.D., 2010), sintomi non sempre trattati perché fino al 50% dei casi restano sconosciuti (Ramsay R., 1993) e solo il 49% delle donne che si sentono profondamente depresse, cerca aiuto (MacLennan A., Wilson D., Taylor A., 1996). L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera queste percentuali un evidente problema di salute pubblica, con ricadute non solo sulla salute e sull'acquisizione del ruolo di madre, ma su tutto il nucleo familiare che dovrà fronteggiare questo cambiamento.

La letteratura internazionale ha confermato come la depressione nel post-partum condizioni significativamente la relazione madre-bambino influenzando la regolazione emotiva diadica sin dai primi giorni di vita (Milgrom J., Martin, P.M., Negri, L.M., 2003). Le seguenti ricerche evidenziano la necessità di effettuare screening preventivi e attuare interventi mirati a aiutare e a promuovere il benessere delle madri e delle famiglie (Milgrom J., Gemmill J., 2014).



Depressione post-partum
e attaccamento:

PREVENZIONE

Lo scopo del presente studio è identificare i possibili fattori di vulnerabilità associati alle manifestazioni depressive nelle donne nel post-partum. Le donne che hanno partecipato a questo studio erano ricoverate presso l'UO di Ostetricia e Ginecologia della Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti di Cosenza per espletamento del parto. I criteri di esclusioni erano: a) presenza di disturbo depressione maggiore pre-partum, b) presenza di trattamenti farmacologici stabilizzatori del tono dell'umore pre-partum e c) conoscenza della lingua italiana insufficiente per poter partecipare allo studio. Le partecipanti erano informate dello scopo dello studio e firmavano un consenso al trattamento dei loro dati.

Nell'arco di due anni dal 2015 fino a giugno del 2017, sono state coinvolte 420 donne sottoposte ad indagine demografica (età, scolarità, stato civile, occupazione, numero figli), clinica (numero di gravidanze, tipologia di parto, durata della gravidanza e tipo di allattamento) e psicologica (EPDS, GHQ-12 e PBI). L'Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS (Grussu P., Quatraro R.M., 2005) rileva la presenza e il livello di alcuni tipici sintomi che caratterizzano la depressione quali umore depresso, mancanza di interesse, senso di colpa, ansia e pensiero di farsi del male. Il test comprende dieci domande che valutano i sintomi depressivi. Le partecipanti indicano su una scala likert la frequenza con cui si sono verificati i sintomi riportati negli ultimi sette giorni. A punteggi elevati corrisponde una maggiore sofferenza psicologica della donna. L'EPDS è stato originariamente istituito come uno strumento di screening postnatale. In linea con le indicazioni

presenti in letteratura per lo screening sulla popolazione generale e rispondendo alle finalità principalmente esploratorie di questo studio, è stato adottato un cut-off di 10.

Il General Health Questionnaire (GHQ-12) è uno dei più diffusi strumenti standardizzati di misurazione del livello di disagio emotivo utilizzato negli studi epidemiologici ed è stato elaborato allo scopo di individuare due principali categorie di problemi: l'incapacità di eseguire le proprie funzioni normali sane e la comparsa di nuovi fenomeni di natura stressante (Goldberg D., Gater R., Sartorius N., Ustun T., Piccinelli M., Gureje O., Rutter C., 1997). Si tratta di un test comportamentale generalmente utilizzato in unione con l'EPDS per ottenere una valutazione globale dello stato di salute mentale della donna nel breve periodo. Il questionario comprende 12 items con specifico interesse allo stato depressivo e ansioso. Attraverso la determinazione di un punteggio soglia (cut-off point), è possibile trasformare tale valutazione dimensionale continua in una di tipo categoriale discontinua, che offre la possibilità di stimare il numero dei casi presunti. Il cut-off scelto è >3, che è risultato avere una migliore sensibilità, come risulta dagli studi di validazione italiani del GHQ-12 (Piccinelli M., Bisoffi G., Bon M.G., Cunico L., Tansella M., 1993).

In linea con le recenti evidenze internazionali (Parker G., Tupling H., Brown L.B., 1979) si è scelto di utilizzare la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in combinazione con la GHQ-12, per ridurre al minimo i falsi positivi. In particolare, le donne che presentano punteggi > 10 all'EPDS e ≥ 3 al GHQ-12 sono considerate a rischio di sviluppo di sin-



Depressione post-partum
e attaccamento:

tomi depressivi.

Infine, per la valutazione dello stile genitoriale ricevuto è stato utilizzato il Parental Bonding Instrument, PBI (Parker G., Tupling H., Brown, L.B., 1979). Il PBI misura due distinte dimensioni riferibili al costrutto dell'attaccamento: l'accudimento e l'iperprotettività. Tale strumento è sotto forma di questionario autosomministrato dove la persona deve ricordare la relazione con i propri genitori fino ai 16 anni di vita. Gli autori, sulla base della distinzione tra alto e basso accudimento e alta e bassa iperprotettività classificano sia le madri che i padri in quattro distinte tipologie: a) Vincolo affettuoso: genitori con alti punteggi sia per la scala "Accudimento" che "Iperprotettività"; b) Genitori ottimali: genitori con un alto punteggio nella scala "Ac-

rudimento" e basso punteggio nella scala "Iperprotettività"; c) Controllanti senza affetto: genitori con basso punteggio di "Accudimento" e alto di "Iperprotettività"; d) Genitori negligenti: genitori con bassi punteggi su entrambe le scale. Utilizzare questo strumento non è solo utile per predire o spiegare i vari disturbi, ma consente inoltre, di attribuire ai sintomi un significato, per supportare in maniera esaustiva qualsiasi valutazione diagnostica, soprattutto in ambito psicoterapeutico.

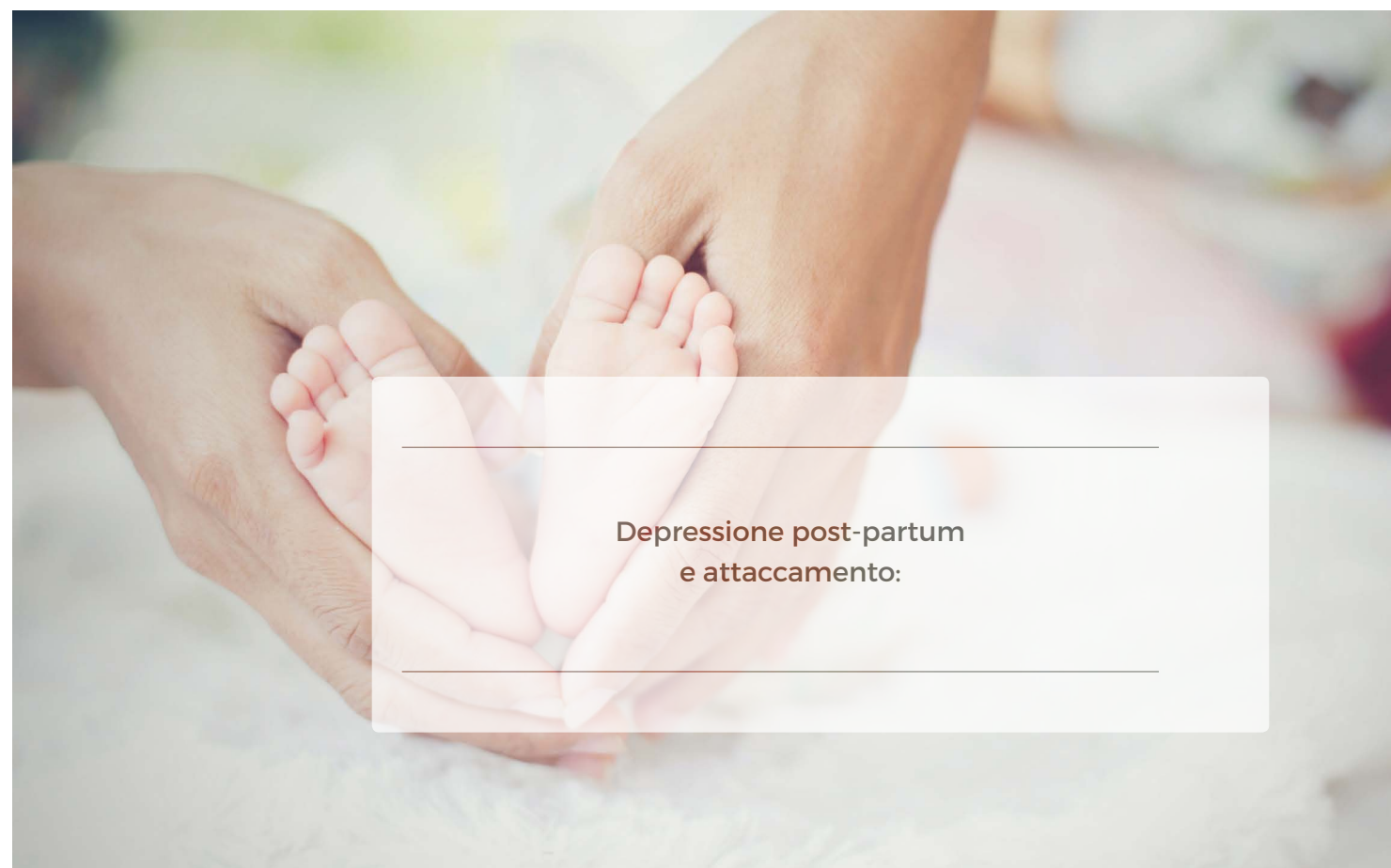
Con il programma SPSS abbiamo valutato quali tra tutte le variabili demografiche, cliniche e psicologiche potessero spiegare i punteggi di depressione ottenuti con i test EPDS e GHQ-12, grazie ad una regressione multipla step-wise.

RISULTATI

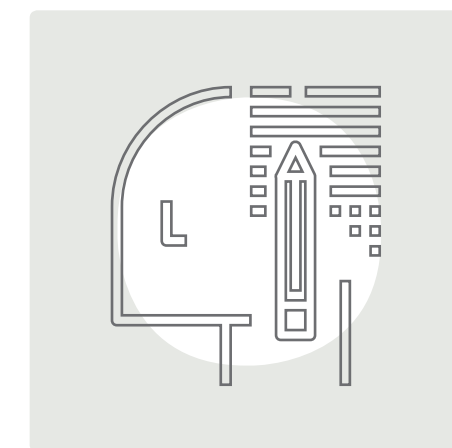
L'età media delle donne coinvolte era 31.8 ± 6 , mentre la scolarità era $13,8 \pm 3.3$. La maggior parte delle donne erano impiegate o libere professioniste (53% del campione). Delle 420 donne, il 46% era primipara, mentre il restante era alla seconda (36%) o terza o quarta gravidanza (18%). Il 70% aveva avuto una gravidanza a termine. Il 62% del campione aveva espletato un parto naturale e il restante con taglio cesareo (confermando quindi, i livelli troppo elevati di questa pratica chirurgica in Italia). Infine il tipo di allatta-

mento al momento della dimissione era così distribuito: 81% con latte materno, 15% con allattamento misto e il 4% con latte artificiale.

La media totale di EPDS era 6.8 ± 4.6 , mentre la GHQ-12 si attestava su valori di 2.3 ± 2.1 . In generale il 16.8% delle donne intervistate prima della dimissione riportava livelli di EPDS superiori al cut-off, quindi ascrivibili alla categoria di soggetti a rischio di sviluppo di sintomi depressivi.



L'analisi di regressione multipla dimostrava che quando si consideravano tutte le variabili demografiche, cliniche e psicologiche solo il valore del PBI_Accudimento, relativo alla figura paterna, spiegava i valori di EPDS: minore era l'accudimento da parte del padre e maggiori erano i punteggi di sintomi depressivi nella donna ($F= 21,4$; $\beta=-.25$; $p\text{-level}<0.00001$).



DISCUSSIONE

Questi risultati identificano nello stile di attaccamento, sviluppato nei primi anni di vita, un possibile fattore di rischio di sintomatologia depressiva, evidenziato nel 23% delle partorienti studiate. In generale, un basso accudimento può influenzare nell'adulto sia la regolazione dei processi affettivi (focalizzata sul ridurre il senso d'insicurezza) che la creazione dell'immagine di sé (scarsa fiducia in se stessi). Queste caratteristiche, tipiche dei pazienti con sintomi depressivi, si possono manifestare anche nella fase del post-partum. La maternità è, infatti, un periodo di vulnerabilità e di "trasparenza psichica" (Bydlowski M., 1997), caratterizzato da una grande permeabilità alle rappresentazioni inconsce, che ripropongono le proprie esperienze di relazioni con i genitori e che se irrisolte, si consolidano in nuclei conflittuali di percezioni significativamente negative della quantità di cure ricevute dalle proprie figure di accudimento.

Il nostro studio, in accordo con numerose ricerche presenti in letteratura (Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H., 1991) dimostra come la percezione delle donne di non essere state adeguatamente accudite dalle figure genitoriali espone loro ad un maggiore rischio di sperimentare sintomi depressivi. L'accudimento e l'attaccamento alla figura paterna riveste un ruolo molto più

importante di qualsiasi fattore demografico e clinico valutato nella nostra ricerca, per predire l'insorgenza di sintomi depressivi. La validità dei nostri risultati è confermata da un recente studio che dimostra come i padri possono manifestare sintomi depressivi dopo la nascita del figlio (Gürber S., Baumeier L., Grob A., Surbek D., Stadlmayr W., 2017) con una percentuale che oscilla tra il 4% e il 20% confermando il ruolo determinante della figura paterna all'interno della relazione con il neonato ancor prima della nascita (Baldoni, F., 2005). Un adeguato ruolo paterno coniuga gli aspetti protettivi e genitoriali, facilitando nel bambino l'esplorazione della realtà esterna, promuovendo nella madre spazi di autonomia rispetto al rapporto con il figlio e riducendo in lei lo sviluppo di disturbi psicologici del post-partum (Luca, D., Bydlowski, M., 2001).

Anche se il nostro studio è da considerarsi preliminare, i dati da noi evidenziati possono rappresentare un importante punto di partenza per effettuare screening preventivi e interventi mirati per promuovere salute psicofisica durante il periodo perinatale.

Maria Cecilia Gioia Psicologo,
Psicoterapeuta
Casa di Cura Sacro Cuore - iGreco
Ospedali Riuniti - Cosenza
e-mail: mariacecilia.gioia@gmail.com

Bibliografia

Ayers S., Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal post-traumatic stress disorder. «Clinical Obstetrics and Gynecology» 2004; Vol. 47(3) pp. 552-567.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Paulson J.F., Bazemore S.D., Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. «Jama» 2010, Vol. 303(19), pp. 1961-1969.

Goodman J.H., Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. «Journal of Advanced Nursing» 2004; Vol. 45(1) pp. 26-35.

Ramsay R., Postnatal depression, «The Lancet» 1993; Vol. 342 p. 1358.

MacLennan A., Wilson D., Taylor A., The self-reported prevalence of postnatal depression in Australia and in New Zealand. «Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing» 1996, Vol. 36, p. 313.

Milgrom J., Martin P.M. & Negri L.M. Depressione

Postnatale. Ed. Erickson, Trento, 2003.

Milgrom J. & Gemmill J., Best practice & research. «Clinical obstetrics and gynaecology», 2014, Vol. 28, pp. 13-23.

Grussu P., Quatraro R. M. Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS. Indicazioni metodologiche e analisi critica dello strumento. «Giornale italiano di psicologia», 2005, Vol. 4, pp. 675-680.

Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C., The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. «Psychological Medicine», 1997, Vol. 27 (1), pp. 191-197.

Piccinelli M., Bisoffi G., Bon M.G., Cunico L., Tansella M., Validity and Test-Retest Reliability of the Italian Version of the 12-Item General Health Questionnaire in General Practice: A Comparison Between Three Scoring Methods. Comprehensive Psychiatry, 1993, Vol. 34, pp. 198-205.

Lee D.T., Yip A.S., Chiu H. F., Chung T.K., Screening for Postnatal Depression using the double-test strategy, «Psychosomatic Medicine», 2000, Vol. 62 (2), pp. 258-263.

Grussu P., Quatraro R.M., Prevalence and risk factors

for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample draw from antenatal classes, «European Psychiatry», 2009, Vol. 24, pp. 327-333.

Parker G., Tupling H., Brown L.B., A parental bonding instrument. «British Journal of Medical Psychology», 1979, Vol. 52, pp. 1-10.

Scinto A., Marinangeli M.G., Kalyvoka A., Daneluzzo E., Rossi A., The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study, «Epidemiologia e Psichiatria Sociale» 1999, Vol. 8(4), pp. 276-283.

Bydlowski M., Il debito di vita. I segreti della filiazione. 1997. Trad. it. Edizioni Quattro Venti, Urbino, 2000.

Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. «Journal of Abnormal Psychology», 1991 Vol. 100(2), pp. 122-132.

Gürber S., Baumeler L., Grob A., Surbek D., Stadlmayr W., Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path

analysis. «European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology». 2017, Vol. 30 pp. 68-74.

Baldoni, F. Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In N. Bertozzi & C. Hamon (Eds.), «Padri & paternità», (2005), pp. 79-102. Ed. Junior, Bergamo.

Baldoni F., Landi G., La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia, «Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente», 2015, Vol. 41, pp. 73-96.

Luca D., Bydlowski M., Dépression Paternelle et Périnatalité. «Le Carnet Psy», 2001, Vol. 67, pp. 28-33.

Van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 1996, Vol. 64 (1), pp. 8-21.

Van IJzendoorn M.H., De Wolff M.S. In search of the absent father: meta-analysis of infant-father attachment. «Child development», 1997, Vol. 68, pp. 604-609.

Depressione post-partum
e attaccamento:



ABSTRACT

Parole
chiave

migranti, integrazione,
autonomia, emozioni

Obiettivo: La presente ricerca propone la validazione del Test dei colori di Lüscher per l'analisi del livello di integrazione e di autonomia dei richiedenti asilo. In particolare si vuole indagare l'esistenza di una correlazione fra la posizione della carta marrone e il livello di integrazione e di autonomia.

Metodo e risultati: Il campione era composto da 200 individui di cui 150 di sesso maschile e 50 di sesso femminile ospiti presso diversi progetti SPRAR e di età compresa tra i 18 e i 38 anni.

Conclusioni: I risultati della ricerca hanno messo in luce come il posizionamento della carta marrone nelle posizioni statisticamente meno frequenti sia correlato a livelli di integrazione e autonomia bassi, indipendentemente dalla lunghezza del periodo di permanenza del soggetto nello SPRAR. Tale correlazione però non trova riscontro nel sottogruppo delle neomamme dove il posizionamento della carta marrone non appare correlato ai livelli di autonomia e integrazione.

Il Test dei Colori di Lüscher nella valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico e rifugiati:

la carta marrone quale indicatore di difficoltà di integrazione e autonomia.

Simonetta Bonadies, psicologa e psicoterapeuta,
Organizzazione Italiana di Psicologia delle Migrazioni O.I.Psi.M.

Alberto Polito, psicologo,
Organizzazione Italiana di Psicologia delle Migrazioni O.I.Psi.M.



Il Test dei Colori di Lüscher nella valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico e rifugiati:

INTRODUZIONE

I

Il presente lavoro vuole essere un contributo utile a psicologi e psicoterapeuti che si avvicinano a lavorare in contesti di prima e seconda accoglienza rivolti a Rifugiati, Richiedenti Asilo e Titolari di protezione umanitaria (R.A.R.U.) e che, pertanto, si trovano spesso a dover lavorare in un contesto del tutto nuovo, carente di bibliografia e di strumenti di lavoro validati. L'aumento dei flussi migratori verso l'Europa a seguito di guerre, persecuzioni politiche, povertà endemiche e speranza di cercare condizioni di vita migliore e del deteriorarsi della situazione in Libia e Siria, ha chiamato i Paesi occidentali a fornire una risposta civile e politica a un problema che ormai presenta delle dimensioni planetarie. Il rapporto annuale 2016 dell'UNHCR parla di 65,3 milioni di migranti forzati nel

mondo alla fine del 2015¹, un incremento del 9,7% rispetto al 2014, uno dei più alti mai registrati in un solo anno. In Italia, nel solo 2016, sono arrivati oltre 180.000 migranti, di questi 123.600 sono i richiedenti asilo politico ospitati negli SPRAR² (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati).

Una vasta letteratura scientifica (Cantor-Graee E., Selten J.P., 162:12-24, January 2005) ha rilevato e confermato quanto l'esperienza migratoria sia strettamente correlata alla salute psico-fisica. Infatti, se da un lato la migrazione può rappresentare una evoluzione individuale e contribuisce ad ampliare le opportunità di scelta e di azione del singolo, dall'altro espone il migrante a molteplici sollecitazioni e a fattori di rischio. La separazio-

1 UNCHR, Global Trends, Forced Displacement 2015.

2 Dati Ministero dell'Interno, www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it



Il Test dei Colori di Lüscher nella
valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico
e rifugiati:

I

ne rispetto al proprio contesto familiare e sociale, la perdita dei sistemi di supporto, l'esistenza di barriere linguistiche e culturali, le difficili condizioni socioeconomiche in cui spesso versa questo tipo di popolazione, i traumi che possono aver subito prima e durante il percorso migratorio, lo stress e la sofferenza dovuta all'esilio in una terra sconosciuta e, spesso, alla presenza di condotte discriminatorie nei Paesi di destinazione, definiscono la popolazione migrante come fragile e portatrice di bisogni particolari che possono generare vulnerabilità e facilitare lo scivolamento verso forme di disagio mentale (Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S., Vol. 49, N2:169-175 2013).

I contesti di accoglienza per i R.A.R.U. non sempre prevedono uno screening per valutare la necessità di un supporto della salute mentale tra gli ospiti dei centri e questo implica una sottostima dei bisogni. La maggiore sfida per gli operatori dei centri di prima e seconda accoglienza è quella di sviluppare percorsi di integrazione dei beneficiari, au-

mentando la loro autonomia a discapito delle barriere linguistiche, sociali e culturali.

La rapidità e la semplice somministrazione del Test dei colori di Lüscher, ideato nel 1949 da Max Lüscher, lo rendono estremamente utile in contesti di migrazione e di emergenza in cui è fondamentale abbattere le barriere linguistiche. Esso appare in grado, inoltre, di offrire indicazioni utili circa le condizioni fisiologiche del soggetto, la sua sorgente di tensione, i meccanismi di compensazione e le sue aspettative (Lüscher M., 1976).

Pertanto, a partire da un precedente studio (Bonadies S., Polito A., 2017) compiuto su 100 richiedenti asilo di sesso maschile, si intende verificare se il Test dei Colori di Lüscher può avere validità rispetto all'individuazione di difficoltà di integrazione e di adattamento (come dimostrato dalla ricerca sopra citata) prendendo in esame un campione più ampio, con un focus specifico sul sesso femminile e sullo stato di gravidanza.

MATERIALE
E METODO

Immigration

Il presente lavoro si propone di indagare l'esistenza o meno di una correlazione fra la posizione della carta marrone nella serie prescelta dal soggetto e il suo livello di integrazione e di autonomia, indipendentemente dalla permanenza dei soggetti all'interno degli SPRAR, dalla nazionalità, dall'età, dal sesso, dal credo religioso, dallo stato civile e dal livello di istruzione.

A partire dai dati risultanti da precedenti ricerche sul test di Lüscher (Lüscher M., 1969) che mettono in luce come la posizione statisticamente più frequente per la carta marrone nella serie è tra la quinta e la settima posizione, si è voluto verificare se esistesse una correlazione tra la posizione della carta marrone nella serie prescelta dal soggetto migrante e il suo livello di integrazione e di autonomia. Si ipotizza, infatti, che la scelta della carta marrone in posizione diversa da quella statisticamente più frequente, cioè nelle prime quattro o in ultima posizione, sia negativamente correlata al livello di integrazione e di autonomia.

La posizione della carta marrone nella serie da indicazione delle condizioni sensorie del corpo. Gli studi compiuti sui profughi della Seconda Guerra Mondiale (Lüscher M., 1969)

hanno messo in luce come questi posizionassero più frequentemente la carta marrone nelle posizioni statisticamente meno frequenti a causa del senso di incertezza esperito e dalla lontananza dalle proprie "radici" (Lüscher M., 1976).

Il campione della ricerca era composto da 200 individui (M=26,15 DS=5,757), di cui 150 di sesso maschile (M=25,92 DS=5,964) e 50 di sesso femminile (M=26,82 DS=5,082) di cui 8 incinta e 6 che avevano avuto una gravidanza negli ultimi sei mesi (sottogruppo delle neomamme).

I partecipanti avevano un'età compresa tra i 18 e i 38 anni (41% tra i 18 e i 24 anni, 46% tra i 25 e i 32 anni e 13% tra i 33 e i 38 anni) ospiti di 9 SPRAR dei comuni delle provincie di Cosenza e Reggio Calabria per un periodo che va dai 2 ai 24 mesi.

Il 50% dei partecipanti veniva da Paesi dell'Africa dell'Ovest (Nigeria, Camerun, Gambia, Senegal, Costa d'Avorio, Congo, Guinea Conakry, Sierra Leone e Mali), il 20% da Bangladesh, Pakistan e Cina e il 30% da Africa dell'Est (Eritrea, Somalia e Nord Sudan) e dal Medio Oriente (Egitto, Palestina, Afghanistan, Libano, Iran e Iraq).



Il Test dei Colori di Lüscher nella valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico e rifugiati.

I soggetti selezionati erano per il 41.5% di religione cristiana e per il 58.5% di religione musulmana. Per quanto riguarda lo stato civile, il 50% era composta da single, il 28% da sposati che avevano lasciato il proprio compagno nel paese d'origine e il 22% da sposati migrati insieme alla propria famiglia.

Infine, rispetto al livello di istruzione, il 9% era in possesso di un diploma universitario, il 50% diploma di scuola superiore e l'11% di licenza media. Il 26,5% aveva frequentato solo la scuola elementare e il 3,5% non era mai andato a scuola.



Sono stati utilizzati due strumenti:

- *il Test dei colori di Lüscher - versione ridotta*: ideato da Max Lüscher nel 1946, un test proiettivo di grande flessibilità e affidabilità che, attraverso una facile somministrazione, permette di evidenziare le dinamiche inconsce che stanno alla base di problemi psicologici, adattivi, comportamentali e psicosomatici. Il test nella sua forma breve è composto da otto carte, ognuna di colore differente: blu scuro, verde blu, rosso arancio, giallo brillante, viola, marrone, nero e grigio. Per quanto riguarda più specificatamente la carta marrone, come affermato da Lüscher *“coloro che si sentono infelici e disadattati, instabili, non integrati, coloro che non hanno un focolare proprio, davanti a cui rilassarsi ed essere a proprio agio, con poca prospettiva di sicurezza e di gioia fisica davanti a loro, pongono spesso il marrone all'inizio della serie. Questo era particolarmente il caso dei profughi della seconda guerra mondiale... così il marrone indica anche l'importanza posta sulle radici: cioè sul focolare, la casa, la compagnia di gente del proprio livello, della propria razza, sulla sicurezza del gregario e la sicurezza familiare. Quando il marrone è posto in ottava posizione, la necessità di conforto è completamente rifiutata. Il benessere fisico e la soddisfazione dei sensi sono vissute come debolezze da superare”* (Lüscher M., 1969).

2 - *Scheda di osservazione per il livello di integrazione e di autonomia*: strumento creato ad hoc per la valutazione del livello di integrazione e di autonomia dei richiedenti asilo politico e rifugiati. Si compone di 17 items con risposta su scala Likert a 4 punti. I punteggi ottenuti sono divisibili in quattro categorie:

1. Livello di autonomia e integrazione basso: punteggi da 0 a 12;
2. Livello di autonomia e integrazione medio-basso: punteggi da 13 a 25;
3. Livello di autonomia e integrazione medio-alto: punteggi da 26 a 38;
4. Livello di autonomia e integrazione alto: punteggi da 39 a 51.



RISULTATI

Come visibile nel grafico 1, il marrone è stato scelto in prima posizione dall'1.5% del campione, il 10% lo ha scelto in seconda posizione, il 12.5% in terza e l'11% in quarta. Il 12%, invece, ha posizionato il marrone in ultima posizione, mentre il 53% dei soggetti ha posizionato il marrone nelle posizioni che sono statisticamente le più frequenti nel test di Lüscher versione ridotta (dalla quinta alla settima posizione). I soggetti, in base al posizionamento della carta marrone, sono stati suddivisi in due categorie: soggetti che hanno scelto la carta marrone nelle posizioni statisticamente meno frequenti (posizione 1,2,3,4, 8), soggetti che hanno posizionato il marrone nelle posizioni statisticamente più frequenti (posizione 5,6,7). Il 47% dei soggetti intervistati ha posto il marrone nelle posizioni statisticamente meno frequenti, il restante 53% nelle posizioni statisticamente più frequenti.

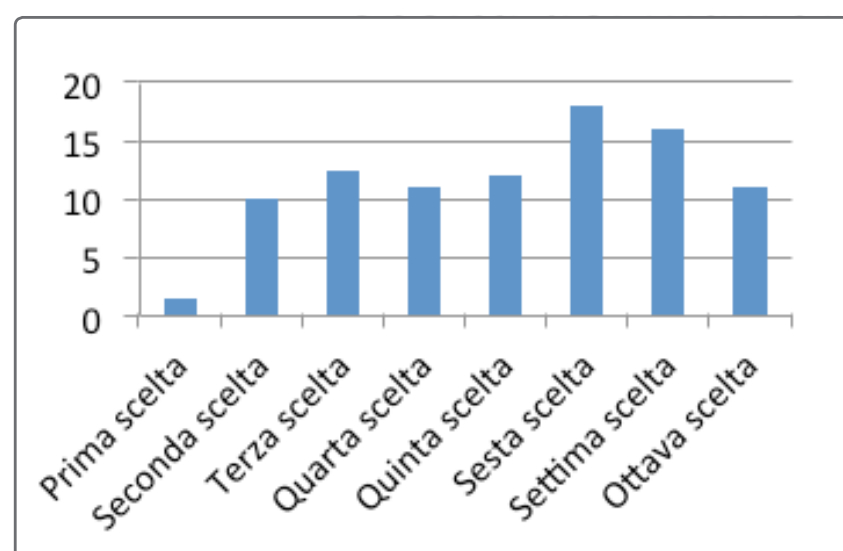
Per quanto riguarda l'ipotesi di ricerca, cioè la presenza o meno di una correlazione negativa fra la posizione del marrone nella serie prescelta dai soggetti e il livello di autonomia

e integrazione, si è rilevato che:

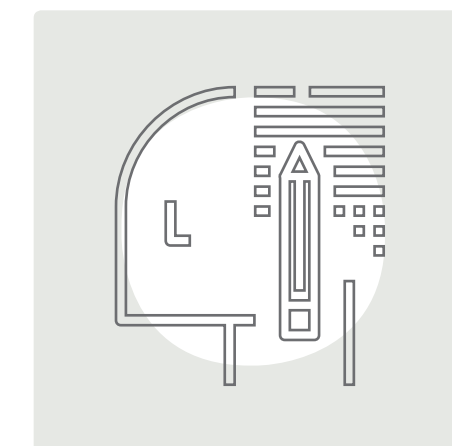
- la presenza del marrone in posizioni statisticamente meno frequenti è negativamente correlata ($p < .01$) al livello generale di integrazione e autonomia, indipendentemente dal periodo di permanenza nel progetto SPRAR, dall'età, dal livello scolastico, dalla religione e dall'area geografica di provenienza;

- la presenza del marrone in posizioni statisticamente meno frequenti è negativamente correlato ($p < .01$) a tutti gli items della scheda di osservazione del livello di integrazione e autonomia, indipendentemente dal periodo di permanenza nel progetto SPRAR, dall'età, dal livello scolastico, dalla religione e dall'area geografica di provenienza;

- si sono dimostrate differenze statisticamente significative per la variabile Genere. In particolare, non si sono dimostrate correlazioni statisticamente significative tra la posizione della carta marrone nella serie e il livello di integrazione e autonomia nel sottogruppo delle neomamme.



■ SCELTA DEL MARRONE



DISCUSSIONE

In linea con quanto presente in letteratura sull'uso del test di Lüscher, in particolare con gli studi compiuti sulle popolazioni rifugiate a seguito della Seconda Guerra Mondiale e con i risultati dello studio condotto dagli stessi autori e da cui prende spunto questo lavoro, i risultati della ricerca hanno messo in luce come il posizionamento della carta marrone nelle posizioni statisticamente meno frequenti (posizione 1-2-3-4-8 della serie) sia correlato a livelli di integrazione e autonomia bassi o medio bassi, indipendentemente dalla lunghezza del periodo di permanenza del soggetto nello SPRAR di appartenenza.

Di contro, la scelta della carta marrone nelle posizioni statisticamente più frequenti (posizione 5-6-7 della serie) appare correlata a livelli di integrazione e autonomia medio alti e alti.

La ricerca non ha messo in luce, invece, risultati statisticamente significativi nel gruppo delle neomamme (otto donne gravide e sei donne che avevano partorito negli ultimi sei mesi). I dati necessitano però di ulteriori approfondimenti considerando il numero ridotto del campione delle neomamme. Di certo, come scrive Trevia (2014), diventare mamme significa partecipare al progetto

di trasmissione della vita tra le generazioni, cioè ripercorrere, consciamente o meno, la propria crescita, affrontando così eventuali nodi irrisolti dei processi di filiazione ed affiliazione. La gravidanza, dunque, è una via fondamentale, spesso l'unica, per la donna verso l'affrancamento da una condizione di precarietà sociale e psicologica come può essere quella esperita nel processo migratorio e per il raggiungimento del pieno status di donna e di persona.

Non si sono riscontrate significative differenze nei risultati in base all'età, alla religione, al livello di istruzione e allo stato civile dei soggetti partecipanti alla ricerca.

I risultati ottenuti appaiono collegati, inoltre, alla maggiore incidenza di disturbi psicosomatici nei migranti e alla loro maggiore tendenza alla somatizzazione, come riscontrato da Medici senza Frontiere nel Rapporto sui Traumi Ignorati (2016). Difatti, la carta marrone viene normalmente posta nella prima metà della serie quando vi è un crescente bisogno di benessere fisico e di soddisfazione sensoriali come distensione per qualche situazione che sta apportando un senso di disagio (atmosfera di conflitto, esistenza di problemi che l'individuo si sente incapace di fronteggiare). Questo senso di disagio è

Il Test dei Colori di Lüscher nella
valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico
e rifugiati.

spesso osservabile nei migranti, soprattutto fra coloro i quali percepiscono l'ambiente circostante come ostile. I migranti devono far fronte a molteplici difficoltà e condizioni stressanti (difficoltà legali per l'ottenimento dello status di rifugiato, processo di acculturazione e shock culturale, percorso di integrazione) alle quali reagiscono dimostrando le proprie difficoltà attraverso mezzi di comunicazione non verbale che oltrepassano le barriere linguistiche, fra tutti il corpo. Lüscher scrive rispetto ai profughi della Seconda Guerra Mondiale "non che i loro corpi fossero necessariamente più sensibili sul piano fisico, ma non c'era più un posto dove potersi sentire sicuri e dove godere di quel comfort di cui i più fortunati possono circondarsi" (Lüscher M., 1969).

Pertanto, la posizione della carta marrone nella serie può aiutarci a comprendere se sono presenti eventuali difficoltà di integrazione e di autonomia nei richiedenti protezione internazionale. Più in generale, il test di Lüscher appare un ottimo strumento per la valutazione psicologica dei richiedenti asilo. Difatti, esso è uno strumento non verbale, rapido (la somministrazione richiede tra i 5 e gli 8 minuti) che può darci importanti informazioni sugli aspetti significativi della personalità e sulla presenza di eventuali stress psicologici e fisiologici. Difatti, come è stato messo in luce da diverse ricerche (Balzarini, 1976), il Test di Lüscher riesce ad evidenziare la presenza di eventuali fattori stressogeni

molto prima che le loro conseguenze si rendano evidenti e ciò, a nostro avviso, avviene, nel caso dei richiedenti asilo, anche con le difficoltà di autonomia e di integrazione.

In un'ottica più ampia, il test di Lüscher appare un utile strumento per la definizione del Progetto d'Integrazione Individualizzato (elemento centrale del percorso verso l'autonomia e l'integrazione all'interno dello SPRAR), mettendo in luce precocemente eventuali problematicità sulle quali lavorare di concerto con il beneficiario stesso.

Simonetta Bonadies,
psicologa e psicoterapeuta,
Organizzazione Italiana di Psicologia
delle Migrazioni
O.I.Psi.M. 16 Castrovillari (CS) - Italia
tel. 0039 3801407088,
e-mail: simo.bonadies@gmail.com

Bibliografia/Sitografia

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. *Traumatic events, post-migration living difficulties and posttraumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, Ann. Ist. Super Sanità "2013, Vol. 49, N2, p. 169-175".

Baldazzi M., Terzariol L. *Applicazione del Test dei colori di Luscher a 150 immigrati a Roma da Paesi in via di sviluppo*. Rivista speriment. Freniatr. 1987, Vol. CXI, Suppl. A N. 6, p. 1455-1462.

Balzarini G. *Il test dei colori di Max Lüscher*. Casa Ed. Astrolabio, Roma, 1976.

Bittante M. *Disagio Migratorio e Counseling*. Rivista Psyche Nuova "2004, Num. Doppio 2003-2004, Ed. Cissest".

Bocedi M. *Il Test dei colori di Luscher in un gruppo di badanti straniere*. A.A.V.V., *Donne in viaggio. Così vicine, cos'invisibili. Il lavoro di cura delle donne immigrate a Piacenza*, 2005, Ed. Provincia di Piacenza, Osservatorio delle politiche sociali, pp.75 - 88.

Bonadies S., Polito A. *The Lüscher Color Test for psychological evaluation of asylum seekers: brown color foresees integration and difficulty in autonomy*. The International Journal of Migration and Mental Health, "2017 n. 1, p. 11-16".

Caldarozzi A. et al. *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*. Sprar (Sistema di protezione per richieden-

ti asilo e rifugiati), Cittalia (Fondazione Anci Ricerche), Roma, 2010.

Cantor-Graee E., Selten J.P. *Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review*, Am J Psychiatry. 2005, n. 16 p.12-24, January.

Fazel M., Wheeler J., Danesh J. *Prevalence of serious mental health disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review*. Lancet. 2005, n. 365 p. 1309-1314.

Lüscher M. Scott I. *The Lüscher Color Test*. Random House inc., New York, 1969.

Lüscher M. *Il test dei colori*. Astrolabio - Ubaldini Edizioni, Roma, 1976.

www.sprar.it

www.cisspat.edu/it

www.ausl.pr.it_trevia_2

www.ismu.org

www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it

ABSTRACT

Parole chiave

psicologo penitenziario,
motivazione,
cambiamento,
progettualità

La psicologia penitenziaria è un settore specifico della psicologia giuridica che studia e interviene sulla persona in quanto condannata, nonché sul sistema carcerario e sulle dinamiche che in seno ad esso scaturiscono. Il carcere richiede ed impone uno sconvolgimento che riguarda l'individuo a 360 gradi, richiedendo spesso un adeguato sostegno psicologico per fronteggiare adeguatamente la situazione e di un altrettanto efficace intervento psicologico per favorire cambiamento. L'intervento psicologico in carcere trova differenti ostacoli, primo fra tutti quello inerente al contesto. Le dinamiche dell'istituzione carceraria oscillano infatti tra una logica di custodia/isolamento e quella di aggregazione verso l'esterno, in cui grande importanza rivestono le connessioni con il sociale in un'ottica che viene globalmente definita di "rieducazione".

Quando il setting è il carcere: riflessioni sulla funzione della figura dello psicologo tra Salute e Giustizia.

Un'ipotesi di intervento sulla relazione terapeutica efficace.

Antonia Sergi¹, Antonino Guarnaccia²

¹Psicologa Psicoterapeuta, esperta ex art 80 O.P. presso Istituti Penitenziari
"G. Panzera" di RC- plesso Arghillà.

² Psicologo Psicoterapeuta,
Specialista Ambulatoriale Interno Asp RC.



L'esperienza della detenzione è un'esperienza complessa soprattutto dal punto di vista psicologico. Lavorare con il detenuto non è semplice né immediato a causa delle significative variabili che interferiscono con il lavoro dello psicologo, prime tra tutte la possibilità di creare un setting terapeutico, ovvero quel luogo fisico e metaforico che consente l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica che caratterizza e determina la relazione di cura in modo specifico. Tra le difficoltà legate al setting vi è quella comprensibile in maniera evidente, che la prima logica carceraria è quella della sicurezza per cui spesso non è possibile garantire quell'intimità tipica di un colloquio psicologico che favorisca l'apertura ed il disvelarsi. Altra dinamica da considerare è che il detenuto, indagato o condannato¹, tende a vivere tutte le relazioni connotandole come se fossero relazioni di giudizio, con un significativo incremento della desiderabilità sociale che altera l'autenticità dell'incontro. Prima di entrare in merito agli interventi dello psicologo penitenziario è importante fare una doverosa precisazione rispetto a ciò che accade realmente all'interno dei penitenziari rispetto alla figura dello psicologo. In carcere operano di base due tipologie di psicologi: quelli definiti "trattamentali" ovvero tutti gli esperti ex art. 80 in contratto di consulenza con Ministero della Giustizia e gli psicologi definiti "sanitari", ovvero coloro che hanno un contratto di specialistica ambulatoriale con la propria Asp di appartenenza. Gli esperti psicologi sono

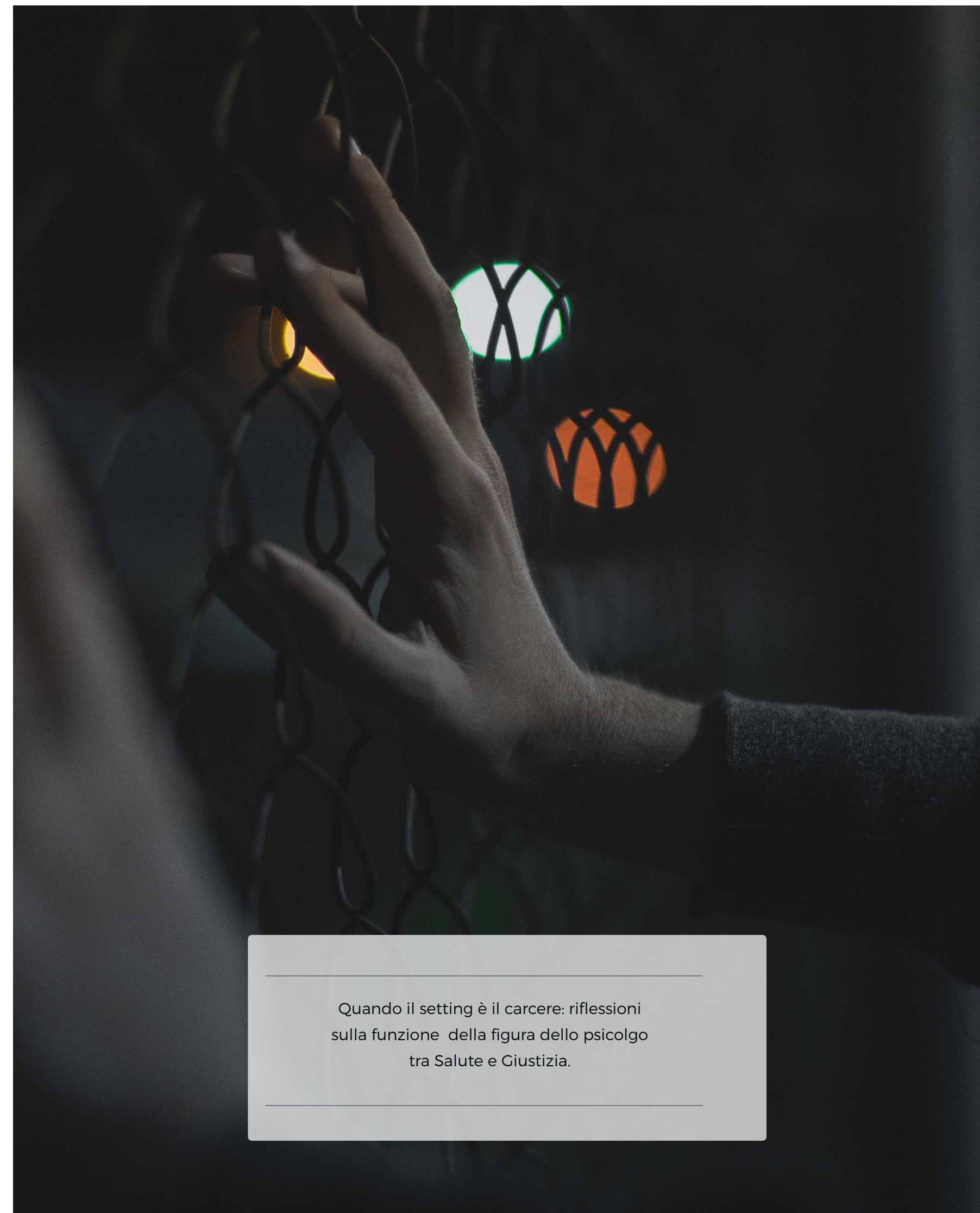
¹ L'indagato e il condannato sono due posizioni personali nel processo di giudizio per un reato e appartengono a precisi momenti del procedimento. L'indagato è una persona che viene iscritta nel registro degli indagati in quanto o sospettato o persona informata e che può essere successivamente archiviata o passare allo stato di imputato. Il condannato è invece l'ultimo grado del giudizio e decreta la colpevolezza espressa da un giudice.

così definiti dall'articolo 80 della legge 354 del 1 luglio 1975². Nella pratica succede che l'apporto professionale dello psicologo per lo svolgimento dell'attività di osservazione e trattamento di cui l'amministrazione penitenziaria può avvalersi³, diventa di fatto non più una possibilità ma, in qualche modo, una costante, con un carico di lavoro totalmente sproporzionato rispetto alla presenza in istituto. Se allo psicologo "Trattamentale" spetta tutto il settore dell'osservazione scientifica della personalità e del trattamento, a quello "sanitario" invece l'area del sostegno psicologico. Il Decreto Legislativo 22/06/99 n. 230⁴ sottolinea, infatti, la necessità di interventi di prevenzione cura e sostegno del disagio psichico e sociale nonché la tutela della salute mentale, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie infettive e delle tossicodipendenze, l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute (...). In ambito di salute psicologica in ambito penitenziario il vero passaggio epocale si ha il 30 maggio 2008 quando viene pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Dpcm "Le modalità, i criteri e le

² L. 354/75, art.80

³ Art.80 Personale dell'amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena. Presso gli istituti di prevenzione e di pena per adulti, oltre al personale previsto dalle leggi vigenti, operano gli educatori per adulti e gli assistenti sociali dipendenti dai centri di servizio sociale previsti dall' articolo 72. La amministrazione penitenziaria può avvalersi, per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, di personale incaricato giornaliero, entro limiti numerici da concordare annualmente, con il ministero del tesoro. Al personale incaricato giornaliero è attribuito lo stesso trattamento raggugliato a giornata previsto per il corrispondente personale incaricato. Per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica, corrispondendo ad essi onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate.(...)

⁴ Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S. O. n. 132/L. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419



Quando il setting è il carcere: riflessioni sulla funzione della figura dello psicologo tra Salute e Giustizia.

procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie(...) relativi alla sanità penitenziaria”⁵ in attuazione dell’art. 2, e, 283°, legge 24 dicembre 2007, n. 244 che riequilibra ed equipara la popolazione detenuta alla popolazione generale in tema di sanità, stabilendo che le cure sanitarie in carcere debbano essere fornite dal SSN e non dall’Amministrazione Penitenziaria, con responsabilità di oneri ed indirizzi al SSN come era già stabilito dalla legge 833⁶. Il passaggio formale di competenze, però non risolve i problemi insiti nella specificità della medicina e della psicologia penitenziaria.

ATTIVITA' PSICOLOGO SANITARIO

collaborazione al Servizio di accoglienza (Servizio Nuovi giunti)¹

partecipazione allo staff di Accoglienza

sostegno psicologico e/o psicoterapia

collaborazione con il Presidio sanitario tossicodipendenti e con reparto di Osservazione Psichiatrica

ATTIVITA' PSICOLOGO TRATTAMENTALE

osservazione scientifica della personalità

trattamento psicologico

partecipazione al GOT (Gruppo di osservazione e trattamento)

Tab.1 tipologia degli interventi psicologici negli istituti penitenziari

5 D.P.C.M. 1 aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

6 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario)

Gli interventi psicologici in carcere trovano differenti ostacoli, due i più immediatamente rilevanti: il doppio mandato strutturale⁷ dell’intervento stesso ed il contesto. Il carcere richiede ed impone uno sconvolgimento che riguarda l’individuo a 360 gradi. Prima fra tutte la deprivazione della libertà che, non è solo da intendersi nell’accezione comune, ovvero la condizione della reclusione all’interno di un dato istituto, ma riguarda una dimensione esistenziale più profonda: la convivenza forzata ed obbligata con estranei con i quali spesso non si condividono abitudini, usi, costumi, e, ancor più, valori, la lontananza dai propri affetti e la frequentazione degli stessi in momenti e per tempi stabiliti da altri, la mancanza di intimità affettiva, la perdita della propria identità professionale, dei propri interessi ed infine l’esposizione ad una subcultura carceraria che spesso, soprattutto per chi non è avvezzo alla vita in carcere, è difficile da comprendere ed accettare. I limiti connessi al «doppio mandato strutturale» riguardano invece il fatto che le richieste del committente (la società, l’amministrazione penitenziaria, la magistratura di sorveglianza e, in senso lato, la società) non corrispondono necessariamente a quelle dell’utente (detenuto) spesso definibile come cliente involontario. Questo aspetto connota e definisce la psicologia penitenziaria come un ambito di intervento che differisce, per alcuni elementi di base, dalle buone prassi in materia di intervento psicologico. Se, infatti, nell’ambito clinico è di norma il paziente o cliente a rivolgersi, sulla base di una scelta volontaria ad un professionista per chiedere una consulenza, in

7 “Deontologia dello psicologo penitenziario” <http://www.psicologiagiuridica.net/deontologia/deontologia-dello-psicologo-penitenziario/>

ambito penitenziario, nelle attività previste dall’ “osservazione scientifica della personalità”, lo psicologo, detto anche esperto ex art.80, viene commissionato ed incaricato, da parte dell’amministrazione penitenziaria, a fornire una valutazione psicologica di un singolo, valutazione che lo stesso esperto, a differenza di quanto accade in un setting clinico, fornisce ai propri committenti. Pertanto il detenuto, nelle vesti di cliente, da protagonista diventa in qualche modo spettatore, in quanto non ottiene direttamente restituzione della valutazione cui è stato sottoposto ricevendo, solo successivamente, informazioni sulla propria valutazione da quanto riportato nel documento finale chiamato “Relazione di sintesi”⁸. Nel caso in cui, invece, lo psicologo effettui una prestazione di sostegno è il detenuto stesso, come accade nei setting clinici, a fare richiesta di sostegno salvo, per rare eccezioni, quei casi in cui l’esigenza di un sostegno viene individuata da uno degli operatori che segnala il caso al professionista psicologo, con tutte le conseguenti difficoltà inerenti alla compliance e all’alleanza terapeutica. Se l’attività clinica dello psicologo sanitario è di più semplice comprensione poiché, sebbene condizionata ed adattata al contesto, non è specifica del contesto, un maggiore approfondimento merita la principale attività dello psicologo trattamentale che si occupa, appunto, principalmente di Osservazione scientifica

8 L’équipe di osservazione, formata dai soggetti indicati dall’art. 29, comma 2, L.354/75, si riunisce per redigere la relazione di sintesi dell’osservazione scientifica della personalità contenente una proposta di programma trattamento che dovrà essere approvata con decreto dal magistrato di sorveglianza.

della personalità⁹. L’osservazione scientifica della personalità e la conseguente offerta di interventi ed opportunità trattamentali, rappresenta il metodo scientifico attraverso cui il sistema dovrebbe favorire il reinserimento sociale dei condannati, attraverso la rimozione delle cause di disadattamento sociale che starebbero alla base della devianza criminale. Cosa significa osservare, e soprattutto cosa significa osservare in carcere? In carcere l’osservazione è prima di tutto ascolto. Osservare un detenuto non può limitarsi ad osservare il comportamento dello stesso durante il colloquio o nelle varie attività previste nella vita di istituto. Osservare un detenuto significa comprendere il suo modo di significare l’esperienza e la vita. Poiché la condizione detentiva impone l’impossibilità di osservare il soggetto nel proprio ambiente naturale, è possibile, anche se minimamente, ovviare a questa difficoltà, osservando le capacità adattive del soggetto al contesto, il modo in cui l’individuo impara ad esprimersi e a veicolare i propri bisogni, soprattutto nelle relazioni tra pari, dove è possibile cogliere le informazioni più significative. Se, dunque, l’osservazione è il principale compito dello psicologo trattamentale, potremmo affermare che duplice è l’obiettivo, come il doppio mandato che la caratterizza: da un lato offrire agli altri operatori preposti al trattamento del detenuto una lettura psicologica della persona e del reato, per poter redigere un programma di trattamento individualiz-

9 L’osservazione è espletata, secondo quanto disposto dall’art. 28 D.P.R.30.6.2000 n. 230 (regolamento di esecuzione) dall’équipe di osservazione, composta da personale dipendente dell’amministrazione (funzionari pedagogici, funzionari di servizio sociale, personale di polizia penitenziaria) e, se necessario, anche dai professionisti indicati nell’art. 80 dell’ordinamento penitenziario (esperti di psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica), sotto il coordinamento e la responsabilità del direttore dell’istituto.



Quando il setting è il carcere: riflessioni sulla funzione della figura dello psicologo tra Salute e Giustizia.

zato¹⁰, dall'altro invece aiutare il soggetto a maturare una revisione critica della propria condotta antiggiuridica. Quest'ultimo obiettivo non può prescindere dal mettere il detenuto nelle condizioni di prendere consapevolezza del proprio significato esistenziale e del significato attribuito, più o meno consapevolmente, ad una data condotta antiggiuridica, perché è solo risignificando l'esperienza che è possibile promuovere il cambiamento. Valutare il cambiamento di un detenuto è questione alquanto complessa soprattutto perché, essendo l'esperto ex art. 80 una figura non contrattualizzata ma che presta delle consulenze ad ore, vi è spesso una forte discrepanza tra il carico e l'onere lavorativo e il tempo di cui dispone. In psicologia esistono diversi reattivi chi hanno come obiettivo l'indagine di un dato costruito e permettono di valutare l'evoluzione dello stesso nel tempo. In carcere, per i motivi di cui sopra, è necessario valutare non tanto i singoli costrutti psicologici ma l'evoluzione dell'individuo in termini di significati rispetto a sé e alle proprie condotte antiggiuridiche. Per questo motivo ci si avvale più di dati qualitativi che quantitativi, e il maggiore strumento di osservazione ed informazione è appunto il colloquio clinico. Lo psicologo, nel colloquio clinico, oltre a raccogliere le informazioni utili a comprendere il soggetto ed il suo vissuto, ad accogliere i bisogni rimasti insoddisfatti, deve indagare due dimensioni centrali per la valutazione del cambiamento: la revisione critica del reato e

¹⁰ "Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto. Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause di disadattamento sociale. L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa. Per ciascun condannato e internato, in base ai risultati dell'osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione". (Art.13 L. 26 Luglio 1975, n. 354).

la progettualità futura. Per revisione critica si intende la capacità di effettuare una riflessione sulle condotte antiggiuridiche poste in essere, di problematizzare i propri comportamenti comprendendo i nessi di causalità tra azioni e conseguenze, non limitandosi a categorizzare il proprio comportamento come giusto/sbagliato ma riuscendo a attribuire allo stesso un significato rispetto al proprio orizzonte di senso. Valutare la progettualità futura significa, invece, indagare la capacità del soggetto di proiettarsi in maniera costruttiva e socialmente adattiva nel futuro, nonché valutare la capacità di pensarsi fuori dal circuito detentivo e dunque di operationalizzare, step by step, il percorso di cambiamento. La valutazione di questa dimensione permette di:

- valutare la differenza tra desiderio di cambiamento e cambiamento reale;
- valutare le capacità del detenuto di operationalizzare il proprio cambiamento;
- valutare le reali opportunità del cambiamento intrapsichiche e sociali.

In conclusione, è necessario sottolineare che nella pratica spesso, purtroppo, il compito dello psicologo, a causa del monte ore, si assolve con l'osservazione e la redazione di una relazione psicologica, a discapito del trattamento, aspetto di fondamentale importanza per stimolare un cambiamento funzionale al superamento del disagio psichico per abilitare la persona a una progressiva partecipazione sociale.



Quando il setting è il carcere: riflessioni sulla funzione della figura dello psicologo tra Salute e Giustizia.

Progetto di ricerca-intervento sulla relazione terapeutica in carcere.

Viste le difficoltà insite nel contesto penitenziario, rispetto al lavoro dello psicologo, nel settembre del 2016, presso la Casa Circondariale "Panzera" di Reggio Calabria, plesso "S: Pietro", si è avviato un progetto di ricerca-intervento sulla relazione terapeutica in carcere. Le relazioni terapeutiche che hanno luogo all'interno del sistema penitenziario sono impregnate non solo di problematiche e limitazioni giuridiche, ma anche di stigmi sociali (riscontrabili all'interno di un sistema dinamico circolare, d'influenza reciproca tra cliente e terapeuta) e di modalità d'approccio giudicanti, che rendono difficile sia l'instaurarsi di una relazione terapeutica sia, di conseguenza, la possibilità di poter avviare un intervento psicologico di natura supportiva e/o rieducativa. Obiettivo era quello di ottenere delle informazioni, raccolte sul campo, per cogliere bisogni e di conseguenza attuare modalità d'intervento diverse da quelle consuete. La finalità dell'intervento invece era quella di dimostrare l'importanza di approcciarsi all'individuo, che si ha davanti, andando oltre i reati da lui commessi, per poter così, lavorando in un clima terapeutico di accettazione del soggetto, permettere allo stesso di conoscere le proprie risorse, dando inizio ad un processo terapeutico (C. Rogers)¹¹.

La sfida delle istanze terapeutiche in carcere, sul versante dei setting possibili, riguarda innanzi tutto la comprensione di questo

contesto ed il conseguente posizionamento rispetto ad esso. La possibilità, ma anche la grande fatica, è quella di costruire una triangolazione tra le istanze custodialistiche, rieducative e quelle terapeutiche¹². Dai risultati emersi in questo lavoro, si evince che una relazione terapeutica efficace dal punto di vista clinico, può essere instaurata anche quando il setting è il carcere, fermo restando siano mantenute le prerogative di base dello stesso: calore, accoglienza, accettazione, empatia, fiducia e riservatezza. Tutto ciò non è sempre possibile attuarlo in carcere, ma la funzione principale dello psicologo penitenziario forse è proprio quella di mettere in discussione le "rigidità" custodialistiche, in nome di un Diritto Costituzionale, la Salute e di una prerogativa dell'essere umano: l'umanità.

Antonia Sergi, Psicologa Psicoterapeuta,
esperta ex art 80 O.P.
presso Istituti Penitenziari
"G. Panzera" di RC- plesso Arghillà.
e - mail: sergi.antonio@virgilio.it
tel. 3493038507

¹¹ Rogers C. R., Un modo di essere, Martinelli Firenze, 1983.

¹² "Il lavoro clinico in carcere: quali spazi di terapeuticità" di Francesca Campostrini in Plexus n. 9, Novembre 2012

Tab.2 schema del progetto di ricerca-intervento in atto presso gli istituti penitenziari
"G. Panzera" di RC- plesso RC

IPOSTESI DI RICERCA:	Strutturando un setting adeguato, anche in un ambiente come quello penitenziario, potrebbe essere possibile instaurare una relazione terapeutica efficace, efficiente e funzionale.
OBIETTIVO GENERALE:	Verificare la possibilità d'instaurare una relazione terapeutica nell'ambiente penitenziario grazie alla modifica delle metodologie di lavoro esistenti attualmente.
OBIETTIVI SPECIFICI:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Riduzione della terapia farmacologica; 2) Acquisizione della consapevolezza del reato commesso; 3) Riduzione del vissuto d'ingiustizia; 4) Comprensione della propria sfera emotiva e cognitiva; 5) Acquisizione di tecniche di gestione della propria sfera emotiva e cognitiva; 6) Riduzione di vissuti di sentimenti negativi e di corrispondenti manifestazioni comportamentali disfunzionali; 7) Acquisizione della capacità di saper compiere l'analisi funzionale rispetto al proprio comportamento; 8) Acquisizione delle capacità di pianificazione progettuale circa le proprie possibilità di vita future: sia rispetto alle modalità con cui poter vivere il tempo della pena da scontare sia rispetto alle possibilità di reintegrazione sociale finito il periodo detentivo.
MODALITÀ D'INTERVENTO:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Modifiche apportate al setting: i colloqui si svolgeranno in una stanza all'interno dell'aria sanitaria con cadenza sistematica e con una durata media di 50/60' sempre con lo stesso specialista; 2) Struttura dei colloqui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primo Colloquio: coinvolgimento del detenuto al progetto mediante consenso informato; ▪ Secondo Colloquio: somministrazione dei test; ▪ Colloqui Successivi: raccolta anamnestica ed inizio intervento; ▪ Colloquio di Monitoraggio: dopo tre mesi risomministrazione dei test;
RISORSE UMANE:	due psicologhe volontarie psicologo supervisore (specialista ambulatoriale)
DESTINATARI:	detenuti in carico allo specialista al momento dell'avvio del progetto (totale 9 detenuti)

Bibliografia/Sitografia

Circolare D.A.P. 30 dicembre 1987, n. 3233/5683 Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti

Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà (2). (1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 9 agosto 1975, n. 212, S.O (2) Vedi, anche, la L. 10 ottobre 1986, n. 663.

DSM V American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Edizione Italiana: Masson, Milano.

Baccaro L., (2003) Carcere e salute, in Psichiatria e diritto; Sapere Edizioni

Brunetti C., Sapia C., (a cura di) (2007), Psicologia penitenziaria, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane

Carkhuff R. R., L'arte di aiutare, Ed. Centro Studi Erickson, Trento, 1987.

Goffman, E. (1968). Asylums. Le Istituzioni Totali. Torino: Einaudi.

Lewin, K. (1972). Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Bologna: Il Mulino.

Merton R.K., Social Theory and Social Structure, Glencoe: The Free Press, 1957

"Rivista delle Psicoterapie",

Un. di Roma "La Sapienza", Vol. 2, n.2, 1997.

"Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1991, p. 1025, con nota di Corvi. Corte costituzionale sentenza n. 176 del 1991

Rogers C. R., Un modo di essere, Martinelli Firenze, 1983.

(Footnotes)

1 Circolare D.A.P. 30 dicembre 1987, n. 3233/5683 Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_7.page

<http://www.psicologiagiuridica.net/deontologia/deontologia-dello-psicologo-penitenziario/>

http://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_penitenziario.pdf



ABSTRACT

Parole
chiave

Sessualità, adolescenza,
comportamenti a
rischio

Nella popolazione adolescenziale si riscontrano frequentemente comportamenti a rischio che spesso influenzano il benessere in età adulta, tra cui la salute sessuale e riproduttiva. Scopo di questo lavoro è stato quello di indagare i comportamenti a rischio in una coorte di maschi maggiorenni della Regione Calabria. Sono stati arruolati 290 studenti ai quali è stato somministrato un questionario volto ad indagare i comportamenti a rischio. L'elaborazione statistica dei questionari ha evidenziato una elevata presenza di comportamenti a rischio tra cui fumo (43.5% fumatori), consumo di bevande alcoliche (32.5% beveva più di 6 drink/weekend), uso di cannabis (21% almeno una volta a settimana) e sessualità (19.5% non usava mai contraccettivo, 25.9% talvolta). I risultati preliminari di questo studio, che dovranno essere confermati su un campione di adolescenti più ampio, suggeriscono la necessità di progettare, nelle scuole, interventi che integrino il lavoro prevenzione alla promozione dei fattori di protezione.

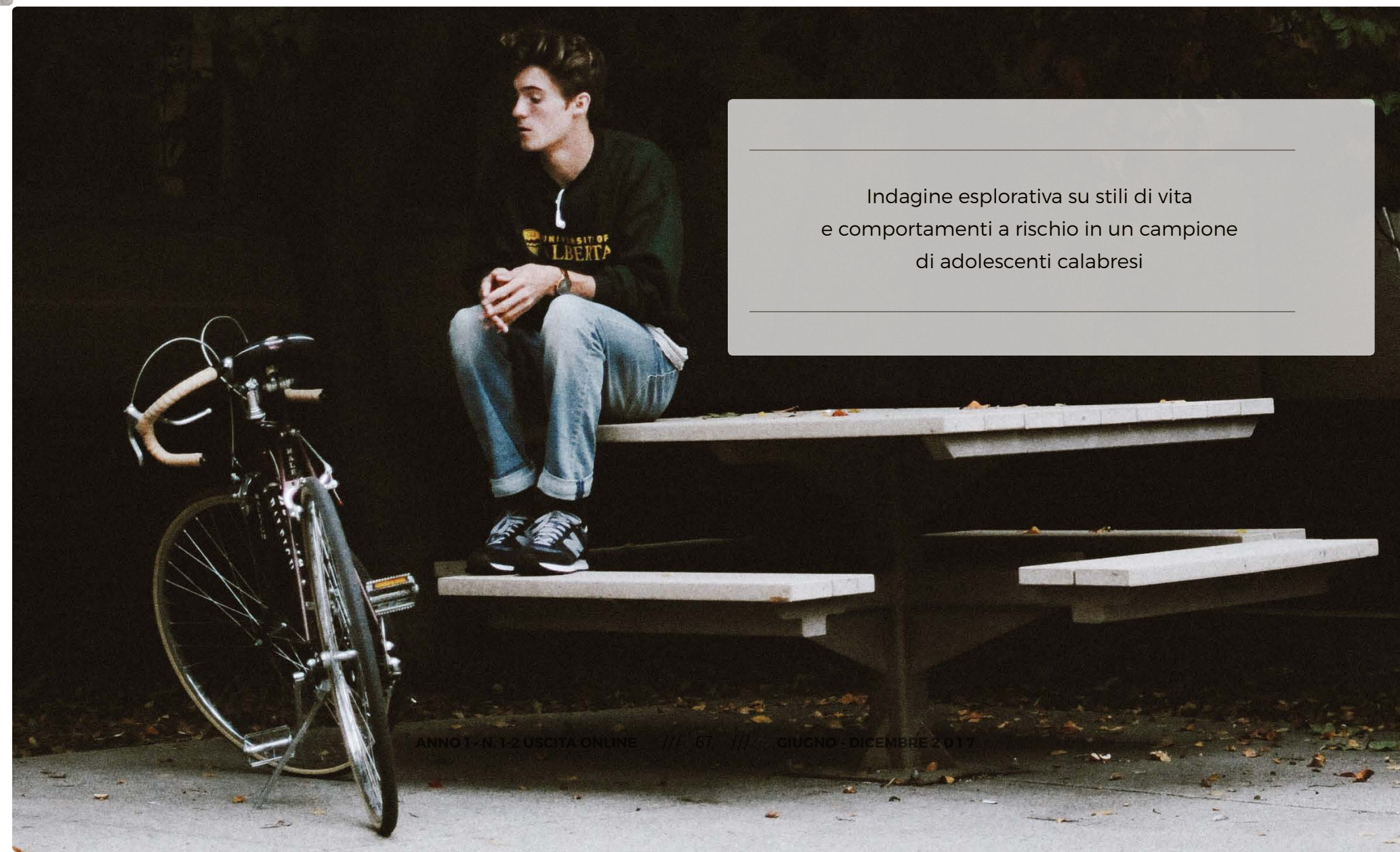
Indagine esplorativa su stili di vita e comportamenti a rischio in un campione di adolescenti calabresi

¹ Benedetta Aquino, ¹ Danilo Lofaro, ¹ Anna Perri, ² Alessandro Ilacqua, ² Marina Valenti, ³ Andrea Lenzi, ³ Daniele Gianfrilli, ² Antonio Aversa

¹Centro di Ricerca "Rene e Trapianto" AO Annunziata, Cosenza

²Università di Catanzaro Magna Graecia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

³Dipartimento Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma



Indagine esplorativa su stili di vita
e comportamenti a rischio in un campione
di adolescenti calabresi

INTRODUZIONE

I

Attualmente con l'espressione "comportamenti a rischio" si tende a indicare l'insieme delle svariate condotte che possono, in modo diretto o indiretto, a breve o lungo termine, inficiare la salute psico-fisica e relazionale dell'individuo. L'attenzione è quindi rivolta alla persona e alla globalità della sua salute rispetto a quelli che sono i comportamenti che potrebbero indurre un'alterazione del benessere. Ciò rappresenta un cambiamento di prospettiva rilevante rispetto al passato, in cui non si parlava di "comportamenti a rischio" bensì di "comportamenti problematici" in quanto l'interesse era prevalentemente centrato sulla società e, quindi, problematiche erano le condotte che in qualche modo violavano le regole sociali e, di conseguenza, considerate illegali. Porre al centro di questa nuova definizione la persona e il suo benessere significa anche allargare l'insieme di comportamenti inclusi nella categoria "rischiosi" in quanto, se prima venivano riconosciuti come tali solo quelli considerati critici per la società, ora ne fanno parte anche quelli che possono mettere in pericolo il singolo individuo che li attua (Cattelino, Bonino, 2010).

Ci sono delle fasi del ciclo di vita in cui è più probabile che l'individuo si trovi a mettere in atto questa tipologia di comportamenti. Una di queste fasi è rappresentata, sicuramente, dall'adolescenza, fase connotata da cambiamenti di diversa natura e intensità. Negli anni che segnano questa fase del ciclo di vita fumare, bere alcolici, usare droghe, praticare una



Indagine esplorativa su stili di vita
e comportamenti a rischio in un campione
di adolescenti calabresi

guida pericolosa, avere attività sessuale precoce possono rappresentare comportamenti strumentali all'ottenimento dell'accettazione e del rispetto dei pari, al raggiungimento dell'autonomia genitoriale, alla rinneazione delle norme e dei valori convenzionali, al fronteggiamento di ansia, frustrazione, paura, all'affermazione della propria maturità, alla determinazione della transizione dallo status di bambino a quello di adulto (Jessor, 2016). I comportamenti a rischio, sebbene diversi tra loro, possiedono aspetti comuni: esordiscono durante l'adolescenza, col tempo tendono a ridursi/essere abbandonati o al contrario a stabilizzarsi, si presentano, frequentemente, insieme nell'ambito di stili di vita a rischio (costellazione) (Lawrence, Mollborn, Hummer, 2017; Jessor, 1991), e sono messi in atto per ragioni precise hanno, cioè, uno scopo, una funzione e, di conseguenza, permettono di raggiungere degli obiettivi significativi in un certo momento dello sviluppo in un dato contesto (Jessor, 2016). Le funzioni, assolte da comportamenti a rischio o al contrario salutari durante l'adolescenza, sono prevalentemente legate allo sviluppo dell'identità (adulità, autonomia, identificazione e differenziazione, affermazione e sperimentazione di sé, trasgressione e superamento dei limiti, percezione di controllo, esplorazione di nuove sensazioni, coping e fuga) e alla partecipazione sociale (con pari: comunicazione, condivisione di azioni ed emozioni, rito di legame e di passaggio, emulazione e superamento, esplorazione delle reazioni e dei limiti; con adulti: l'esplorazione delle reazioni e dei limiti e la differenziazione e opposizione). Lo studio delle funzioni ha consentito di comprendere che comportamenti completamente diversi tra loro, sia di rischio che salutari, possono

servire per raggiungere obiettivi di crescita simili e sono dotati, quindi, di una "equivalenza funzionale" (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2007). Agire sulle funzioni permette, agli addetti ai lavori, di andare a intervenire sulle ragioni profonde per cui gli adolescenti ricorrono a comportamenti rischiosi, al fine di poterli sostituire con condotte salutari che svolgano la medesima funzione. La letteratura evidenzia che comportamenti quali fumare, consumare alcolici e droghe, praticare attività sessuale non protetta e a volte promiscua si riscontrano con elevata frequenza nella popolazione adolescenziale (Kwan, Cairney, Faulkner, Pullenayegum, 2012; Pampel, Mollborn, Lawrence, 2014) e mentre per alcuni ragazzi il contatto con il rischio sarà limitato e di breve durata per altri la messa in atto di comportamenti a rischio si stabilizza e, nel lungo termine, si connota come un vero e proprio stile di vita (Cattelino, et al. 2010). Un recente studio di Gillman e collaboratori (2017) ha evidenziato che l'alcool e la marijuana siano le sostanze maggiormente utilizzate dagli adolescenti e che il loro uso avvenga, frequentemente, in maniera congiunta. Inoltre, hanno riscontrato un atteggiamento positivo degli adolescenti nei confronti dell'uso della marijuana, con una riduzione della percezione del rischio nel suo utilizzo rispetto al passato, fatto spiegabile in parte dall'aumentata accettazione da parte dell'opinione pubblica di tale sostanza e dalla sua legalizzazione, a scopo medico, in alcuni paesi.

Molteplici sono, quindi, i comportamenti appresi e spesso consolidati durante questo periodo della vita che influenzano la salute nell'età adulta; ciò vale sia per quelli dannosi che, potenzialmente, possono comprometterla (ad es. fumo, alcool, sostanze psicoat-

tive) sia quelli positivi che, potenzialmente, possono favorirla (ad es. attività fisica) (Lawrence, Mollborn, Hummer, 2017). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che circa il 70% delle morti premature tra gli adulti sia dovuta a comportamenti avviati durante l'adolescenza (Qidwai, Ishaque, Shah, Rahim, 2010). Uno dei vari rischi di tali comportamenti è connesso a problematiche relative alla sessualità e all'infertilità nell'adulto. In modo particolare i dati epidemiologici riportati in letteratura descrivono un aumento delle malattie croniche della salute sessuale e riproduttiva causate da comportamenti a rischio acquisiti durante l'adolescenza.

Uno dei compiti di sviluppo che l'adolescente si trova a dover affrontare è rappresentato, infatti, dall'acquisizione della maturità e della competenza psicosessuale, quindi la capacità di pensare alla propria sessualità, comprendere il rapporto tra attività sessuale e procreazione, accettare la propria sessualità in modo da provvedere a una sua pianificazione, formare relazioni intime (Widman, Choukas-Bradley, Helms, Prinstein, 2016; Zani, 1997). Questo periodo di esplorazione può essere anche un momento di assunzione di rischi rispetto alla sessualità, in quanto spesso connotato da alti tassi di rapporti non protetti e relazioni di breve durata con partner sessuali diversi che aumentano l'esposizione a gravidanze indesiderate e a malattie sessualmente trasmesse (Widman, et al. 2016). Recenti studi sull'attività sessuale degli adolescenti italiani hanno mostrato che i ragazzi iniziano ad avere rapporti sessuali molto precocemente (15.6 ±1.6 anni), frequentemente senza alcuna protezione e con più partner. Inoltre, il 19.5% di tutti i nuovi casi di malattie sessualmente trasmesse, in

Italia, riguardano i più giovani (15-24 anni) (Drago, Ciccarese, Zangrillo, Gasparini, Corgorno, Riva, Javor, Cozzani, Broccolo, Esposito, Parodi, 2016; Panatto, Amicizia, Lugarini, Sasso, Sormani, Badolati, Gasparini, 2009). Lo sviluppo cognitivo ed emotivo degli adolescenti spesso è in ritardo rispetto alla maturazione biologica. Adolescenti che sono fisicamente capaci di un comportamento sessuale e riproduttivo possono essere carenti delle abilità cognitive e comportamentali necessarie a scegliere azioni responsabili e a comprendere le conseguenze e le implicazioni a lungo termine delle proprie azioni (Zani, 1997). Secondo il modello concettuale proposto da Byrne (1983), infatti, l'uso efficace di contraccettivi è un comportamento complesso che comprende diverse fasi. La prima di queste fasi riguarda l'acquisizione, l'elaborazione e la conservazione in memoria di informazioni adeguate e accurate. La seconda implica la consapevolezza circa la possibilità di avere rapporti sessuali. La terza riguarda il procurarsi il contraccettivo adeguato. La quarta fa riferimento al parlare col partner di contraccettivi. La quinta si riferisce all'utilizzo corretto del contraccettivo scelto. Ciascuna di tali fasi comporta delle operazioni a livello cognitivo e comportamentale e ha delle implicazioni a livello affettivo-emotivo. Adolescenti coinvolti precocemente in relazioni sessuali spesso non hanno ancora sviluppato le competenze relazionali, cognitive ed emotive necessarie per vivere questa esperienza in modo coinvolgente e positivo, con possibili ripercussioni, in termini di rischio, non solo da un punto di vista fisico (trasmissione di malattie, gravidanze indesiderate), ma anche psicologico e sociale. Sia il tempo, sia un'adeguata educazione sessuale si configurano quali variabili fonda-

mentali affinché l'adolescente elabori una nuova immagine di sé che comprenda l'essere sessualmente attivo e le sue implicazioni, tenendo anche conto del contesto normativo e socioculturale di riferimento.

Oltre a ciò non si può non considerare l'importante influenza dei pari sui processi decisionali dell'adolescente (es. teoria sociale cognitiva), anche nell'ambito della sessualità. Una revisione sistematica dei predittori della sessualità a rischio in adolescenza ha individuato le percezioni dei comportamenti sessuali tra i pari quale fattore determinante le proprie intenzioni e comportamenti. L'influenza dei pari sui processi decisionali si connota quale fattore fondamentale nell'orientare i comportamenti a rischio quali uso di sostanze, devianza, ma ancora di più i comportamenti sessuali che per definizione includono processi interpersonali (Widman, et al., 2016).

Alla luce di queste conoscenze, il Ministero

della Salute, in collaborazione con l'Università "La Sapienza" di Roma e le Sezioni Regionali della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS), ha dato vita al programma "Amico Andrologo", rivolto agli studenti maggiorenni delle scuole medie superiori di tutto il territorio nazionale. Il principale obiettivo del progetto è quello di fornire agli adolescenti le giuste informazioni sulle malattie sessualmente trasmesse e sugli stili di vita che potrebbero compromettere negativamente la fertilità e la sessualità in età adulta.

Questo lavoro descrittivo, che prelude ad ulteriori analisi e approfondimenti, intende offrire una fotografia rispetto ai comportamenti a rischio, rilevati attraverso il questionario elaborato nell'ambito del programma "Amico Andrologo" in studenti maggiorenni calabresi.

OBIETTIVO

Scopo del nostro lavoro è stato quello di indagare, attraverso il progetto "Amico Andrologo" condotto presso alcune scuole medie superiori di tre delle cinque province Calabresi, gli stili di vita e i comportamenti a rischio per la sessualità e la fertilità in una coorte di maggiorenni di sesso maschile.



Indagine esplorativa su stili di vita e comportamenti a rischio in un campione di adolescenti calabresi

METODI

Abbiamo arruolato studenti maschi di età ≥ 18 anni che frequentavano istituti di istruzione secondaria di secondo grado di tre province calabresi: Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

A tutti i soggetti arruolati è stato consegnato un questionario con 72 domande volto a indagare gli stili di vita (l'abitudine al fumo, l'uso di droghe, i comportamenti e le esperienze sessuali, l'utilizzo dei social network e internet in generale) e le conoscenze sulle malattie sessuali. È stato chiesto di compilare il questionario in ogni sua parte garantendo l'anonimato rispetto alle risposte fornite. Le risposte al questionario sono state in seguito raccolte ed elaborate statisticamente tramite il software R (versione 3.3.1, The R Foundation for Statistical Computing). Sono stati arruolati 290 studenti maschi afferenti a 12 istituti del territorio calabrese.

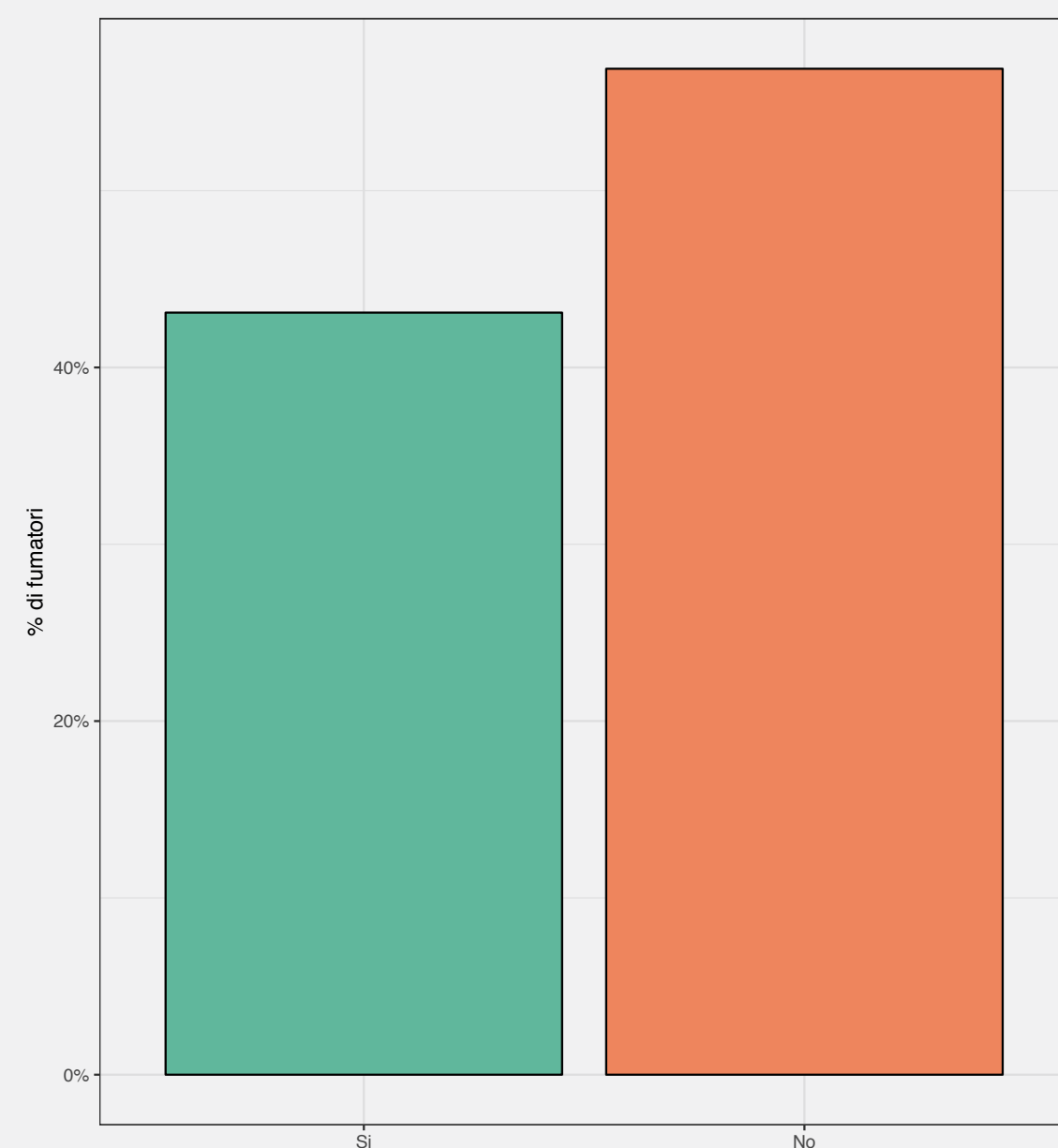


Figura 1

L'analisi delle domande che indagavano l'abitudine al fumo, ha evidenziato un'alta percentuale di fumatori nel campione preso in esame. Infatti, 125 studenti (43,5%) dichiaravano di fumare **(Figura 1)**.

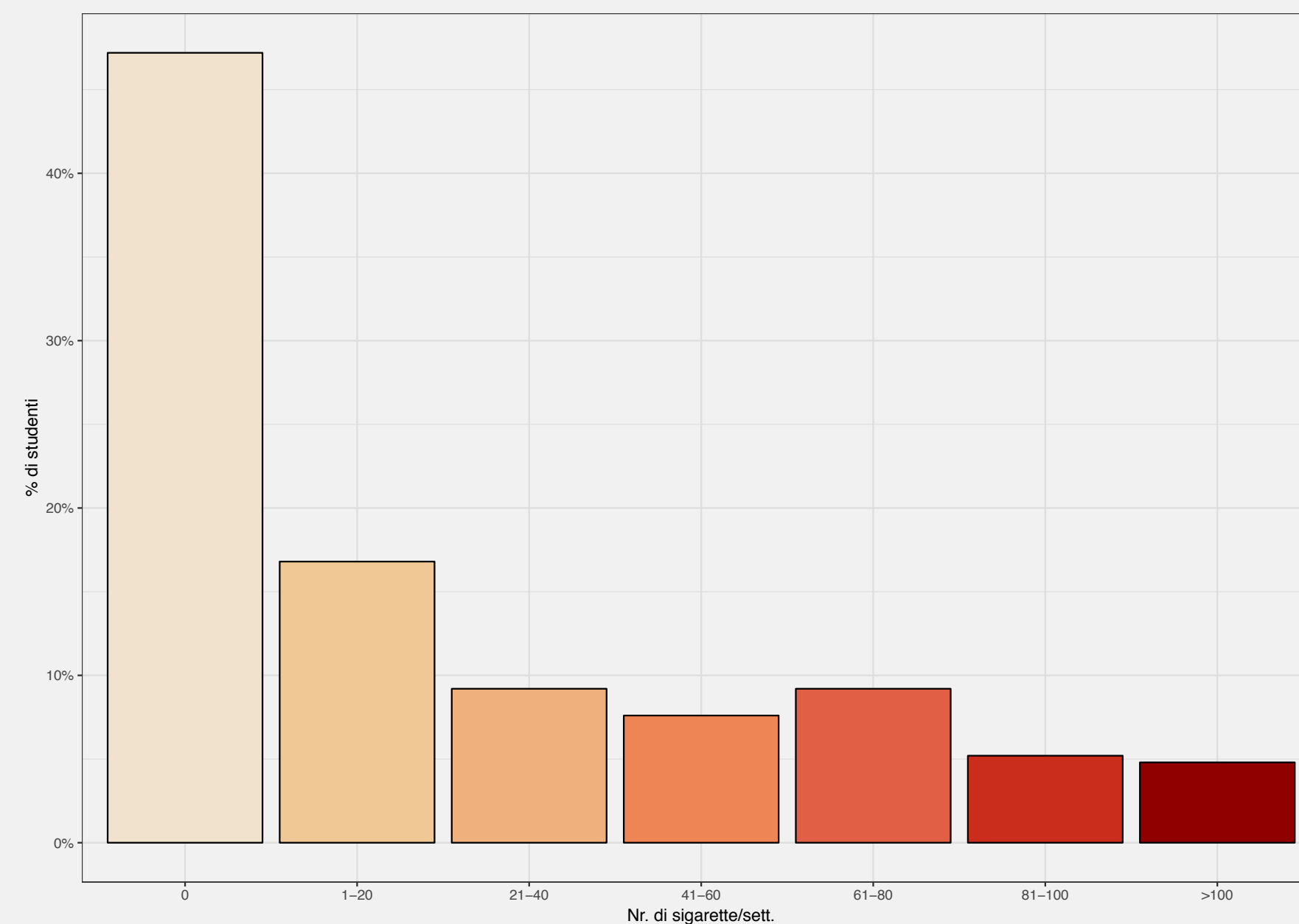


Figura 2

Per quanto riguarda la quantità di sigarette abitualmente fumate, 48 ragazzi (19,2%) hanno affermato di fumare, approssimativamente, 10 sigarette al giorno **(Figura 2)**. Altro dato rilevante riguarda l'età a cui si inizia a sperimentare tale comportamento. Nel nostro campione, 98 ragazzi (34,5%) hanno dichiarato di aver iniziato a fumare prima dei 15 anni di età (dato non rappresentato).

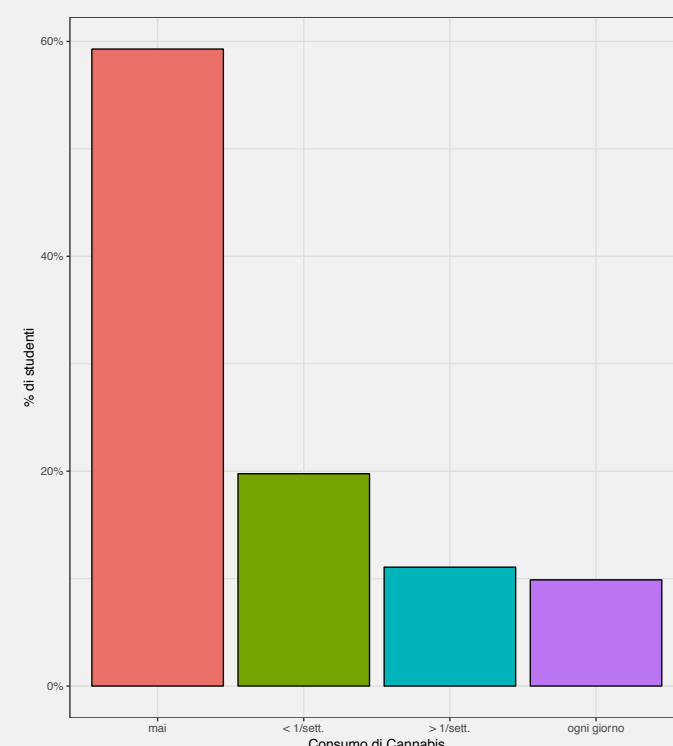
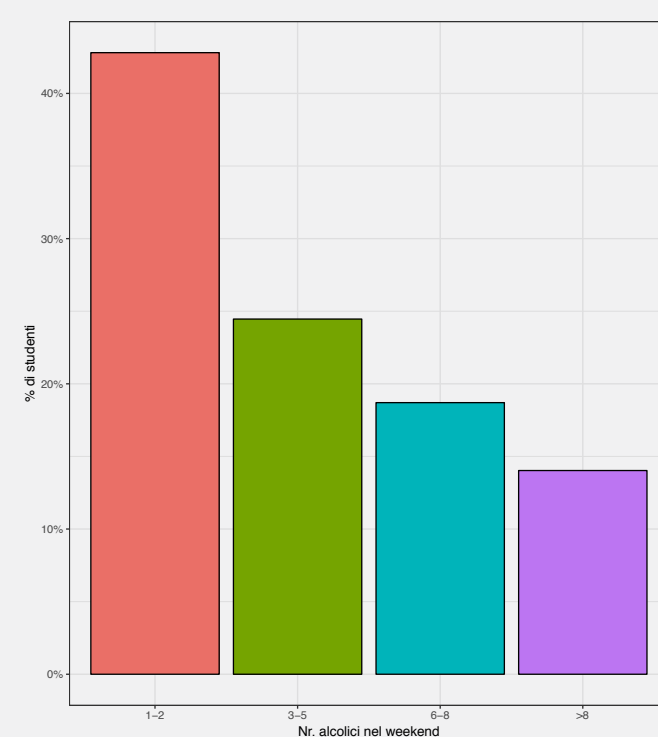


Figura 3

Figura 4

Anche i dati relativi alla quantità di alcolici consumati durante i fine settimana evidenziano una elevata frequenza di tale comportamento nel nostro campione. Infatti, 52 studenti (18,5%) dichiaravano di consumare tra 6 e 8 bevande alcoliche nel weekend, e 14 studenti (14%) di consumarne più di 8 (**Figura 3**).

I dati relativi all'uso di droghe, quali la cannabis, evidenziavano che 53 ragazzi (21%) tendevano a consumare questa sostanza almeno una volta a settimana (**Figura 4**).

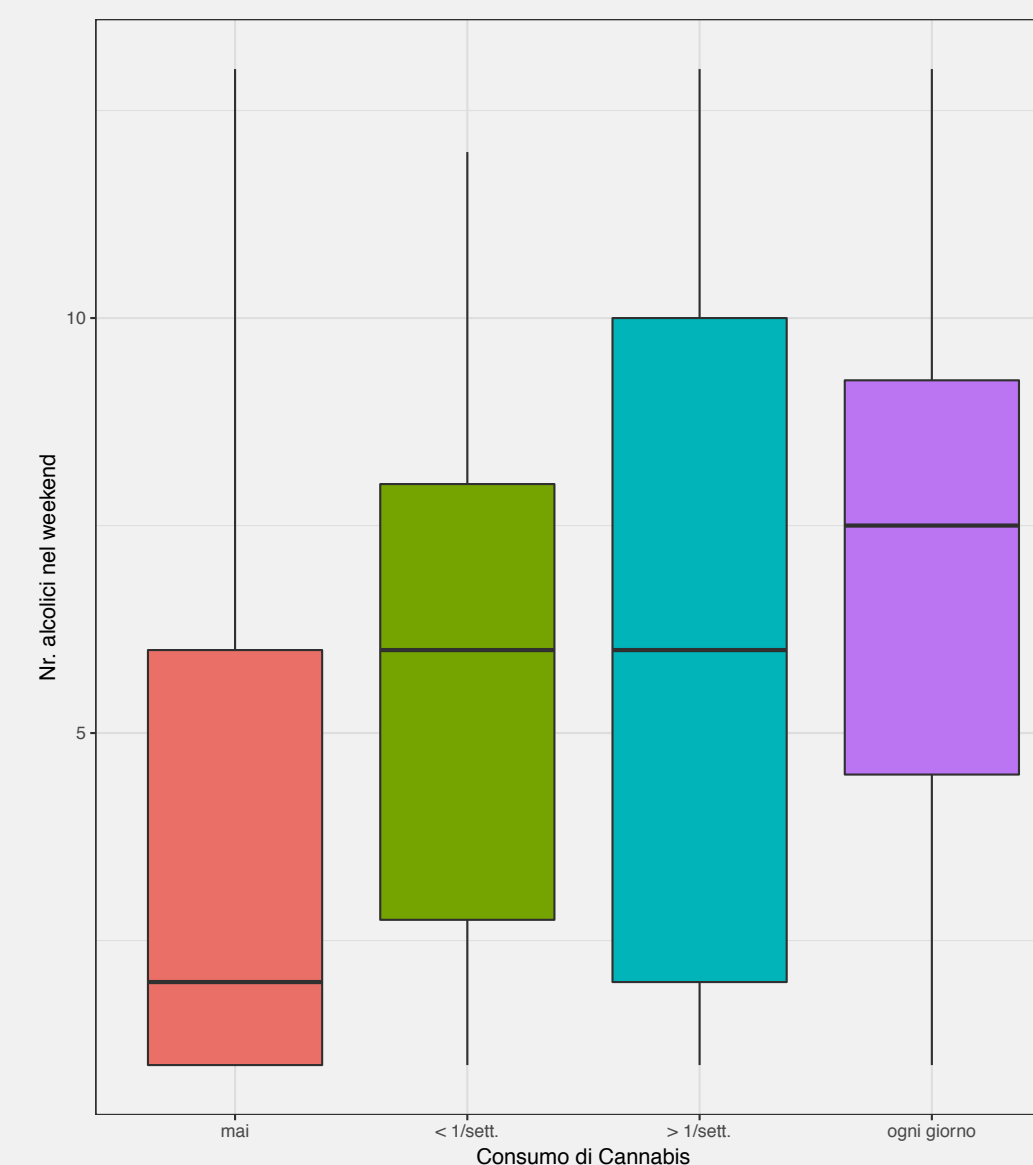


Figura 5

Per quanto concerne l'associazione tra consumo di alcolici e cannabis abbiamo riscontrato che gli studenti che assumevano più cannabis tendevano a consumare anche più alcolici ($p=0,002$; **Figura 5**).

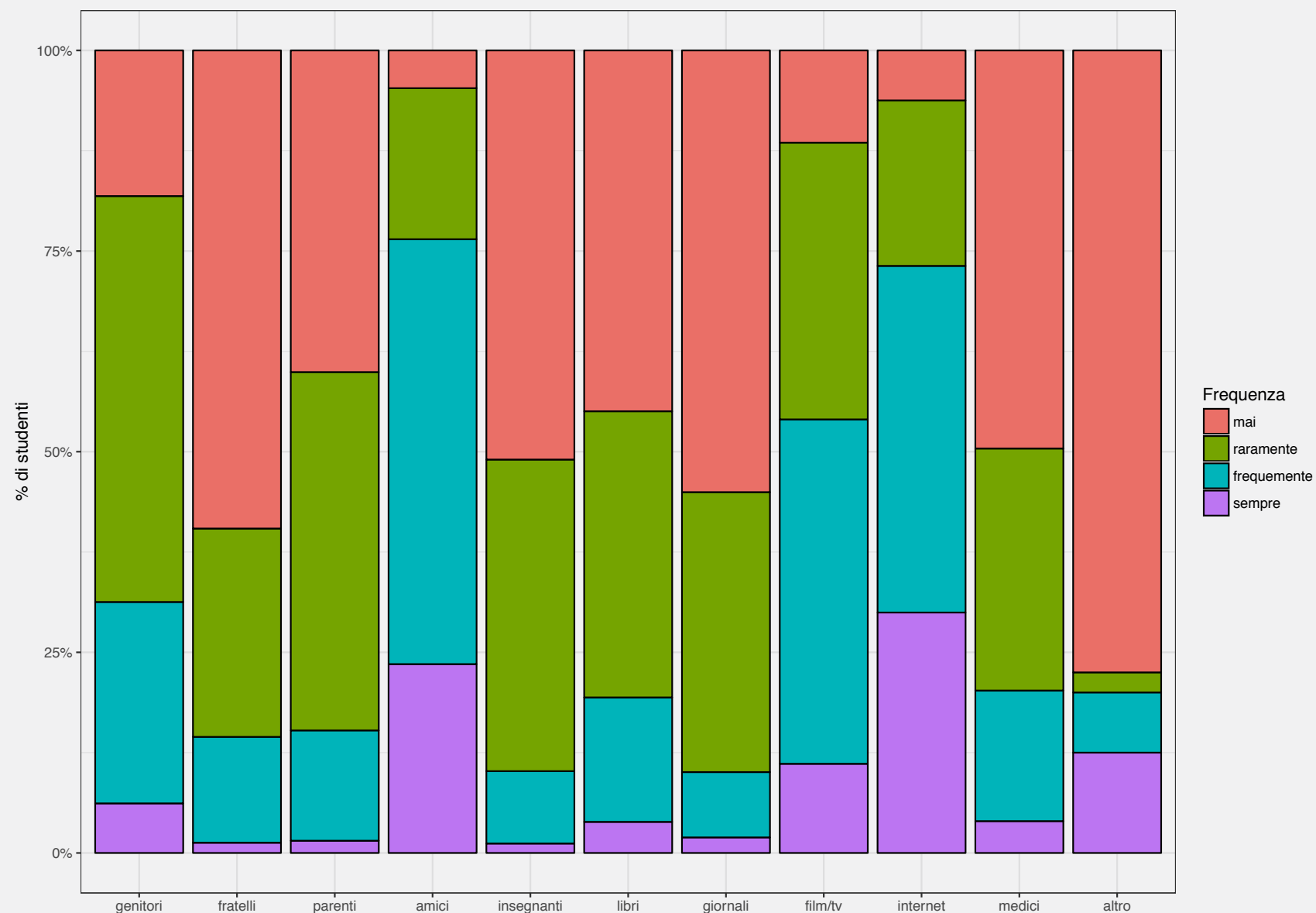


Figura 6

I dati relativi alle domande che indagavano le principali fonti da cui i ragazzi attingevano le informazioni circa la sessualità, l'uso di metodi contraccettivi e malattie sessualmente trasmesse, mostravano che gli studenti tendono a rivolgersi prevalentemente ai coetanei e a cercare chiarimenti sul web. Inoltre, è minimo il numero di soggetti che dichiarava di ricevere informazioni su queste tematiche da insegnanti o medici (Figura 6).

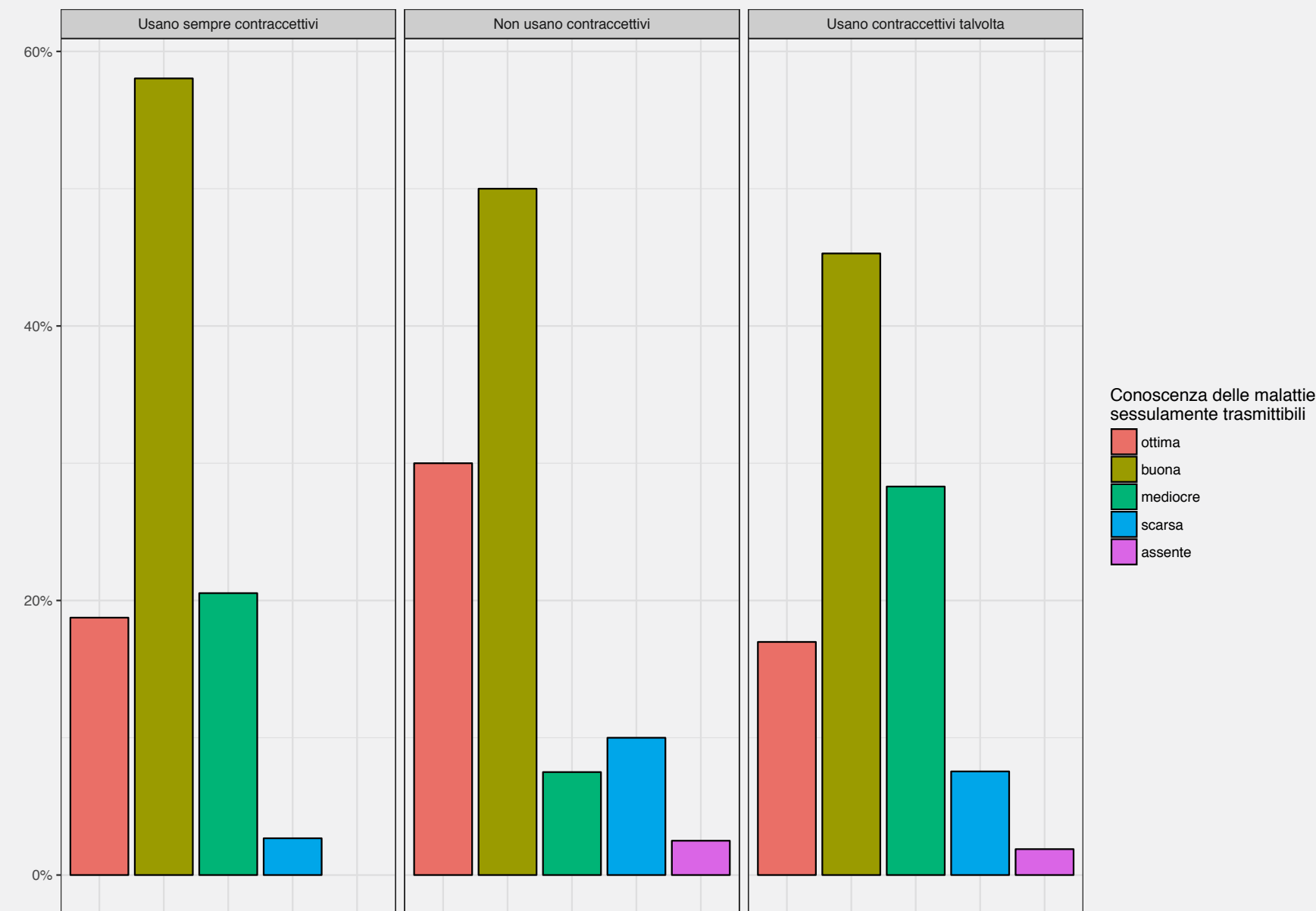
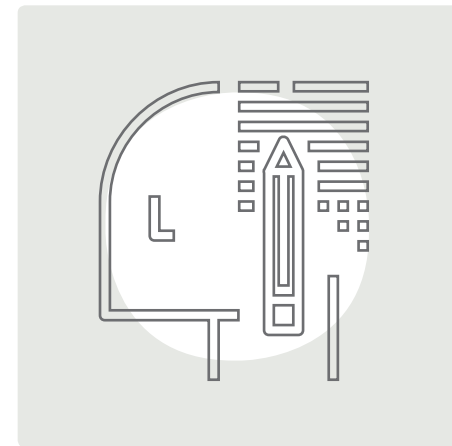


Figura 7

Altro dato rilevante è che, nonostante la maggior parte degli studenti dichiarava di avere una buona conoscenza circa le malattie sessualmente trasmissibili (53-18,9% ottima; 43-51,1% buona), solo pochi, tra coloro che avevano già avuto esperienze sessuali, sostenevano di utilizzare il contraccettivo ad ogni rapporto sessuale (40-19,5% mai; 43-25,9% talvolta. Figura 7).



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dall'analisi del questionario indicano una cospicua presenza di comportamenti a rischio tra i quali fumo, alcool, cannabis e rapporti sessuali non protetti nella popolazione presa in esame, confermando i dati presenti in letteratura su popolazioni comparabili (Gillman, Yeater, Feldstein Ewing, Kong, Bryan, 2017; Kwan et al., 2012). Dei risultati relativi alla sessualità è interessante notare la discrepanza esistente tra la credenza dei ragazzi di possedere buone conoscenze circa i rischi relativi ad avere rapporti sessuali non protetti e l'effettivo utilizzo del preservativo, anche con diversi partner. Altre ricerche hanno sottolineato che le reali conoscenze degli adolescenti relativamente a queste tematiche siano, frequentemente, molto scarse (Drago et al., 2016; Zani, 1997). Ad esempio nello studio di Drago e collaboratori (2016), che ha visto la somministrazione di un questionario a 2867 adolescenti italiani per la valutazione delle conoscenze circa la sessualità, solo il

22% dei ragazzi era a conoscenza del fatto che il preservativo rappresenta l'unico contraccettivo per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e solo lo 0,5% riconosceva in una lista di malattie quelle sessualmente trasmesse. Nonostante gli atteggiamenti e i comportamenti sessuali della popolazione siano mutati in maniera radicale, gli adolescenti giungono molto frequentemente impreparati e disinformati alla scoperta della sessualità. Oltre a ciò, va sottolineato come la maggior parte dei giovani cerchi di documentarsi su tali tematiche attraverso il confronto con i pari, i quali hanno molto spesso lo stesso bagaglio di conoscenze, oppure sul web, contenitore di informazioni di ogni genere che vanno dalla trattazione scientifica alla pornografia senza, tuttavia, fornire gli strumenti interpretativi adeguati (Zani, 1997). Diversi studi hanno mostrato che le relazioni interpersonali sono elementi primari nella presa di decisione degli adolescenti nei comporta-

menti sessuali a rischio e che i pari hanno un peso maggiore nel definire norme e atteggiamenti rispetto agli adulti (Widman, et al., 2016; Pombeni, 1997). In conseguenza di tutto ciò il ruolo così importante giocato dal gruppo di pari nell'influenzare gli atteggiamenti e il comportamento nei confronti della sessualità (ma anche di altri comportamenti quali fumo e alcool) (Widman, et al., 2016; Ravenna, 1997) e nella condivisione di informazioni e conoscenze su tali tematiche potrebbe essere sfruttato per la progettazione di interventi di peer education. Quando si parla di peer education ci si riferisce a "l'insegnamento o la condivisione di informazioni sulla salute, i valori e i comportamenti da parte di membri della stessa età e con un simile status sociale". I peer educator sono, quindi, "persone con un interesse comune che vengono formate a sviluppare conoscenze e specializzazioni appropriate e a condividere queste conoscenze, in modo da informare e preparare altri e diffondere competenze e abilità simili all'interno dello stesso gruppo di interesse" (Stevenson, 1998). I programmi di peer education sono risultati essere un importante strumento per il cambiamento delle attitudini e comportamenti degli adolescenti nei confronti del HIV/AIDS e delle malattie sessualmente trasmissibili in genere (Layzer, Rosapep, Barr, 2014; Croce, Cristini, Gnemmi, Sacchi, 2010). Progetti mirati di peer education potrebbero essere, quindi, utilizzati proficuamente per la prevenzione di comportamenti a rischio negli adolescenti. La transizione verso l'età adulta è un periodo molto importante per definire la propria identità, delineare e sviluppare pattern di comportamenti

correlati alla salute e percorrere traiettorie verso il benessere successivo. Tale consapevolezza mette gli addetti ai lavori di fronte alla necessità di progettare degli interventi mirati alla promozione del benessere e alla gestione dei comportamenti a rischio. Uno dei setting per la realizzazione di tali interventi può essere rappresentato dalla scuola quale principale istituzione sociale extra-familiare deputata al processo di formazione degli adolescenti. Oggi ancora di più, infatti, la scuola si connota come centrale nell'esperienza dei giovani, visti i cambiamenti sociali quali il prolungamento, rispetto al passato, dell'istruzione scolastica obbligatoria e il ritardato ingresso nel mondo del lavoro (Pombeni, 1997). L'intervento in tali contesti dovrebbe essere quanto più multidisciplinare, coinvolgendo diverse figure professionali, integrando il lavoro di prevenzione, per la riduzione dei rischi, alla promozione dei fattori di protezione. I dati presenti in letteratura evidenziano quali fattori di protezione più efficaci quelli che l'OMS (1993) ha definito Life Skills, ossia l'"insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni" (Cattelino, Bonino 2008). Queste competenze personali e sociali fanno riferimento al pensiero critico e creativo, la gestione delle emozioni, le capacità di problem solving e decision making, la gestione dello stress, la comunicazione efficace, così come all'empatia e l'autocoscienza. La promozione delle Life Skills a livello individuale (prevenzione specifica) e a livello di gruppi (prevenzione selettiva) potrebbe, quindi, essere fondamentale nella

direzione di un maggior grado di benessere psico-fisico e relazionale laddove i comportamenti a rischio si palesano più frequentemente. Uno studio di Fekkes e collaboratori (2016) ha evidenziato gli effetti positivi di un programma di "Skills for Life" sui livelli di consumo di alcolici, sull'ideazione suicidaria ed episodi di bullismo soprattutto nei ragazzi con livelli di istruzione più bassa. Velasco e collaboratori (2017) hanno mostrato l'efficacia di programmi di promozione delle Life Skills, su diversi fronti: minore uso di tabacco e alcool, maggiori consapevolezza e conoscenze rispetto all'uso di tali sostanze, riduzione dell'ansia e aumento dell'assertività nel gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo.

Infine, specifici training rivolti agli insegnanti e genitori potrebbero essere condotti anche al fine di favorire la consapevolezza circa l'importanza del proprio ruolo formativo e informativo rispetto a tematiche non adeguatamente affrontate o affrontate, magari, con modalità non efficaci.

Benedetta Aquino

Psicologo Clinico - Centro Ricerca rene e trapianti UOC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Azienda Ospedaliera Cosenza
Cell. 3461213662

e-mail: benedettaaquino@libero.it



Indagine esplorativa su stili di vita
e comportamenti a rischio in un campione
di adolescenti calabresi



Bibliografia

Cattelino E., Bonino S., Rischi in adolescenza: comportamenti e disturbi della sfera affettiva e relazionale, in Cattelino E., Rischi in adolescenza. Comportamenti problematici e disturbi emotivi, Carocci Editore S.p.A, Roma, 2010

Jessor, R., Problem Behavior Theory and Adolescent Risk Behavior: A Re-Formulation in Jessor R., The Origins and Development of Problem Behavior Theory, Springer, 2016

Lawrence, E., Mollborn, S., Hummer, R., Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health, <<Social Science & Medicine, 2017, volume 193, pp.22-32>>

Jessor R., Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. <<Journal of Adolescent Health, 1991, 12, pp. 597- 605>>

Bonino S., Cattelino E., Ciairano S., Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione, Giunti Editore, 2007

Kwan, M., Cairney, J., Faulkner, G. E., Pullenayegum, E. E. Physical activity and

other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: A longitudinal cohort study. «American Journal of Preventive Medicine, 2012, 42, pp.14-20»

Pampel F.C., Mollborn S., Lawrence E.M., Life course transitions in early adulthood and SES disparities in tobacco use. «Social Science Research, 2014, Volume 43, pp. 45-59»

Gillman A. S., Yeater E. A., Feldstein Ewing S. W., Kong A. S., Bryan A. D., Risky Sex in High-Risk Adolescents: Associations with Alcohol Use, Marijuana Use, and Co-Occurring Use <<AIDS and Behavior, 2017, pp. 1-11>>

Qidwai W., Ishaque S., Shah S., Rahim M. Adolescent Lifestyle and Behaviour: A Survey from a Developing Country. «PlosOne, 2010, volume 5, pp.1-6»

Widman L., Choukas-Bradley S., Helms S.W., Prinstein M.J., Adolescent Susceptibility to Peer Influence in Sexual Situations <<Journal of Adolescent Health, 2016, volume 58, pp.323-329>>

Zani B., L'adolescente e la sessualità, in Palmonari A. (a cura di), Psicologia dell'a-

dolescenza, Il Mulino, 1997

Drago F., Ciccarese G., Zangrillo F., Gasparini G., Cogorno L., Riva S., Javor S., Cozzani E., Broccolo F., Esposito S., Parodi A. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents. <<International Journal of Environmental Research and Public Health, 2016, volume 13 pp.>>

Panatto, D.; Amicizia, D.; Lugarini, J.; Sasso, T.; Sormani, M.P.; Badolati, G.; Gasparini, R. Sexual behaviour in Ligurian (Northern Italy) adolescents and young people: Suggestions for HPV vaccination policies. <<Vaccine 2009, 27, A6-A10>>

Byrne D. e Fisher, W.A., Adolescents, sex and contraception, Hillsdale N.J., Erlbaum, 1983.

Pombeni M.L., L'adolescente e i gruppi di coetanei, in Palmonari A. (a cura di), Psicologia dell'adolescenza, Il Mulino, 1997

Ravenna M., L'adolescente e l'uso di sostanza psicoattive, in Palmonari A. (a cura di), Psicologia dell'adolescenza, Il Mulino, 1997

Svenson G. R. (1998), Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund, European-Commission

Layzer C., Rosapep L., Barr S, A Peer Education Program: Delivering Highly Reliable Sexual Health Promotion Messages in Schools <<Journal of Adolescent Health, 2014, Volume 54 pp.s70-s77>>

Croce M., Cristini F., Gnemmi A., Sacchi L., Peer education e prevenzione dell'Aids: più responsabilità verso la propria salute. «PSICOLOGIA DI COMUNITA', 2010, 2, pp. 99-112»

Pombeni M.L., L'adolescente e la scuola, in Palmonari A. (a cura di), Psicologia dell'adolescenza, Il Mulino, 1997

Cattelino E., Bonino S., Quale prevenzione in adolescenza?, in Cattelino E., Rischi in adolescenza. Comportamenti problematici e disturbi emotivi, Carocci Editore S.p.A, Roma, 2010

Fekkes M., van de Sande M.C.E., Gravesteyn J.C., Pannebakker F.D., Buijs G.J., Diekstra R.F.W., Kocken P.L., Effects of the Dutch Skills for Life program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students << Health Education, 2016, Volume 116, pp. 2-15>>

Velasco V., Griffin K.G., Botvin G.J., Celata C., and Gruppo LST Lombardia, Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training << Prevention Science, 2017, Volume 18, Issue 4, pp. 394-405>>

Didascalie alle figure

Figura 1. Percentuale di studenti fumatori

Figura 2. Numero di sigarette fumate nell'arco della settimana

Figura 3. Numero di bevande alcoliche consumate nel fine settimana

Figura 4. Frequenza del consumo di cannabis

Figura 5. Numero di bevande alcoliche consumate nel weekend in relazione al consumo di cannabis

Figura 6. Fonti di informazioni sulla sessualità

Figura 7. Percezione della conoscenza sulle malattie sessualmente trasmissibili in relazione alla frequenza dell'uso dei contraccettivi

Si ringraziano tutti I soci SIAMS Calabria per il contributo concesso nella raccolta dati.



ABSTRACT

Parole
chiave

Migranti, accoglienza,
bisogni profondi,
mutamento
socio-culturale

Lavorare quotidianamente nella relazione d'aiuto con i migranti, rappresenta un'esperienza senza dubbio interessante. Nell'essere in contatto diretto con tante storie ed esperienze diverse e nell'incontro interculturale risiede una possibilità di crescita, sia per l'operatore sia per la persona accolta, tanto sotto il profilo umano quanto quello professionale. Al contempo questo lavoro può diventare estremamente stressante ed emotivamente usurante.

Attraverso il presente lavoro vengono delineate le caratteristiche predominanti della relazione di aiuto con i migranti. Vengono esplicitati i nodi critici dell'intervento e le complesse dinamiche relazionali che intercorrono tra il migrante, la sua famiglia e il contesto di accoglienza e di appartenenza.

Il mito della salvezza, un viaggio tra impotenza e onnipotenza di chi parte e di chi accoglie

Valentina Pirrò, [Psicologa in formazione presso la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare, sede di Crotona. Supervisore, Consulente e Formatore presso Centri di Accoglienza migranti sul territorio Calabrese.](#)



Il mito della salvezza, un viaggio tra impotenza e onnipotenza di chi parte e di chi accoglie

Incontrare famiglie e persone che provengono da altri paesi, spesso molto lontani, con culture molto diverse costringe l'operatore in generale, e lo psicologo in particolare, a interrogarsi sulle conseguenze di questa diversità culturale sulla relazione e sui propri usuali modelli di intervento. Vengono alla mente numerose questioni tra le quali: è possibile l'intervento? Se sì, come e con quali modifiche nelle modalità?

La clinica con i migranti ha visto numerosi medici, psichiatri, psicologi e terapeuti impegnati su questo fronte a fianco di scienziati sociali. In Italia¹, la psicoterapia transculturale ha solide basi in quella tradizione di "psichiatria sociale" con il pensiero di autori storici quali Basaglia (1967, 1974), di cui recentemente è stata pubblicata una raccolta di saggi (Ongaro Basaglia 2005), nella psichiatria fenomenologica (Mellina 1997), e nella "psichiatria transculturale" (Frighi e Bartocci 2000), recentemente rinominata "psichiatria culturale" (Bartocci 1994, 2000, 2005), nel tentativo di far crescere la disciplina sull'onda degli sviluppi internazionali.

La sofferenza e la nostalgia delle migrazioni forzate sono da sempre state forgiate dall'ideologia medica che considera la migrazione allora come oggi come un problema associato alla malattia e al trauma individuale, che si focalizza prima nella mente, poi su una parte del corpo. In questo modo avviene la separazione definitiva tra soggetto che studia e oggetto indagato e questo non permette di esprimersi con un linguaggio alternativo, che possa esplorare i bisogni, i desideri profondi delle persone.

A livello internazionale, il dibattito ha visto

¹ Numerosi sono i contributi di professionisti della salute mentale che lavorano in Italia sui temi dell'etnopsichiatria (per una rassegna vedi Pandolfi 1990 e Losi 2000): De Micco e Martelli (1993), Bartocci (2000), Coppo (2003), Beneduce (2002), Galzigna (2001), Inglese (2000), Mellina (2000), Edelstein (2000), Cardamone e Corrente (2000), Merini e Santarini (2000).

una proliferazione di studi a partire dagli anni Settanta in cui si è cercato di creare lo spazio scientifico per la nuova psichiatria transculturale (Kleinman 1977), che tende a spostare l'attenzione dalle categorie e dai costrutti culturali all'esperienza personale (Kleinman 1988a). Il benessere psicosociale delle persone è collegato al senso del luogo e all'appartenenza. In altre parole, la salute mentale delle popolazioni migranti, deve essere messa in relazione con fattori sociali, politici ed economici quali la povertà, la malnutrizione, il mutamento socio-culturale, la violenza e lo sradicamento (Desjarlais et al. 1995). Ciò a cui facciamo riferimento è proprio la complessità in cui questi ed altri fattori, si esprimono nell'esperienza delle persone e non possono quindi essere analizzati in isolamento.

In questa direzione, l'approccio sistemico-relazionale (Bateson, Jackson, Haley, Watzlawick, 1956) assume una prospettiva che guarda al mondo in funzione dell'interdipendenza delle parti: l'interazione umana si "organizza" secondo le modalità con le quali si organizza un sistema.

Esso affonda le proprie radici direttamente nello sviluppo di quei nuovi ambiti conoscitivi che intorno alla metà degli anni 50 in Usa avevano favorito lo sviluppo di un pensiero complesso: l'antropologia, la sociologia e la psicologia relazionale, che favoriscono ancora oggi un'interdisciplinarietà che permette di approfondire lo studio dell'individuo alla luce dei contesti socio-culturali di appartenenza. In particolare, in ambito etnopsicologico si sta sviluppando anche in Italia un interesse per i fattori interpersonali oltre che per quelli esclusivamente intrapsichici e si prende in seria considerazione il rapporto tra cultura, psiche e società. Nella psichiatria transculturale, Nathan è certamente colui



Il mito della salvezza, un viaggio
tra impotenza e onnipotenza di
chi parte e di chi accoglie

che ha sviluppato un metodo originale che parte dal presupposto di valorizzare l'esperienza dei migranti descritti non come persone marginali ma ricche di appartenenze e legami. Legami intesi come vincoli ma anche come una rete di sostegno, una "rete di senso" e un "sistema di risorse per l'azione" (Nathan 2001). Il dispositivo tecnico dell'etnopsichiatria di Nathan (1995) si caratterizza per alcuni elementi qualificanti: innanzitutto un gruppo interattivo e multidisciplinare, multietnico e multiculturale che permette di mostrare ai membri del gruppo le motivazioni, le difese, i giochi relazionali, la percezione di sé e degli altri in situazioni di interferenza.

I concetti di interazione e relazione, diventano fondamentali, intesi il primo come la parte del comportamento osservabile nel qui ed ora dagli studiosi sistemici e la seconda come significati che l'individuo consegna all'interazione stessa (quelli più profondi), non sempre osservabile, in cui si esprimono emozioni, motivazioni, aspettative e soggettività. Questo approccio nasce dall'esigenza di superare il modello meccanicistico secondo cui ogni individuo compie azioni per effetto di causalità lineari in favore di una lettura delle complessità interazionali (causalità circolare). In questo senso, ogni famiglia viene considerata un'entità complessa e caratteristica (Ackerman 1958), sistema interattivo e gerarchico (Minuchin 1976), determinata da molteplici fattori etnici, economici e sociali e da un proprio modo di inserirsi nel mondo sociale. Viene accentuata la necessità di considerare la profondità intergenerazionale su almeno tre generazioni (Framo 1996), sviluppando al contempo il concetto di differenziazione del sé individuale dalla famiglia di origine (Bowen 1979) e quello delle lealtà invisibili (debiti e crediti tra le generazioni) (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1988). Come per la clinica transculturale, si enfatizza l'e-

sperienza del terapeuta e della sua specifica personalità (Whitaker 1986), questo approccio esperienziale accentua la natura simbolica degli scambi (Whitaker e Bumberry 1988).

Considerare l'individuo come parte integrante del suo contesto di riferimento, rappresenta un elemento imprescindibile nell'intervento clinico con i migranti.

La cultura, a ben vedere, e senza voler cadere in banali semplificazioni, rappresenta il modo in cui siamo stati allevati e come alleviamo i nostri figli, cosa e come cuciniamo, la gestualità, la mimica, la distanza prossemica nella comunicazione, come organizziamo il nostro spazio abitativo, la gestione delle relazioni familiari e sociali, il modo di intendere la salute, la malattia ed il nostro destino. Il modo in cui noi agiamo, incorporiamo, pensiamo, viviamo la malattia, e pensiamo allo stato di benessere psicofisico, lo abbiamo appreso e continuiamo ad apprendere dal contesto di vita, dalla società in cui cresciamo.

Come ha affermato Piero Coppo, cultura è tutto ciò che rende umano l'uomo: il neonato si immerge nella cultura per trasformarsi in persona. Non solo l'uomo nuota inconsapevole nella cultura, ma viene plasmato da essa al punto da divenire la cultura sostanza del suo stesso essere incorporato (Coppo P, 2001).

Affinché il suo quadro di riferimento interno mantenga la sua elasticità e la sua funzione adattiva, è fondamentale il gioco di rispecchiamento reciproco che abitualmente avviene fra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza.

La migrazione interrompe bruscamente questo processo, nella clinica transculturale si parla in questo senso di trauma migratorio.

Per queste persone, si potrebbe parlare di

una sindrome di Prometeo, il beniamino del popolo degli umani, che Zeus fece incatenare alla cima più alta del Caucaso, per aver rubato il fuoco agli dei per darlo agli uomini, con un'aquila che gli mangiava il fegato ogni giorno, su legge divina che l'organo sarebbe ricresciuto di notte per lo strazio del giorno successivo.

Essa è caratterizzata da senso di sradicamento, vissuto di smarrimento, isolamento, impotenza, perdita di fiducia nel futuro nonostante l'aspettativa di sopravvivenza, ansia, tristezza, depressione. Si sentono incatenati, impossibilitati a far ritorno nel paese di origine, pena il fallimento del progetto migratorio che ha coinvolto intere famiglie. Prometeo venne posto in una situazione senza speranza perché Zeus giurò che non lo avrebbe mai liberato (Vernant, 2015).

A tutto questo si aggiungono dei fattori di criticità che alimentano i miti che, chi arriva, costruisce e ricostruisce già quando inizia il progetto migratorio, sempre che un progetto ci sia. In molti casi, la fuga è obbligata, dettata dall'emergenza, avviene senza un progetto, senza un programma. In questo senso, occorre tenere conto delle motivazioni e delle modalità della scelta migratoria (migrazione forzata, tratta, tortura, catastrofi), delle esperienze e degli eventi traumatici vissuti, che si aggiungono al trauma migratorio.

Il mito di chi parte (così come abbiamo definito chi arriva nel paese di accoglienza) si gioca tra sentimenti di onnipotenza e di impotenza (Carli, 1987) che, inevitabilmente, si interscambiano e giocano un ruolo fondamentale nella costruzione del progetto di vita.

L'idea predominante di chi, per le ragioni varie che abbiamo visto, intraprende un percorso migratorio, è quella di arrivare in un paese ricco, per poter vivere dignitosamen-

te, lavorare, così da poter sostenere, in molti casi, la propria famiglia di origine e nucleare.

Tuttavia, tali aspettative, vengono presto deluse e il migrante si trova, quasi sempre, a dover affrontare difficoltà occupazionale e precaria regolarizzazione lavorativa. Spesso è complesso che le competenze scolastiche vengano riconosciute, così il migrante è costretto a fare dei lavori differenti rispetto a quelli per i quali si è formato.

Le conseguenze che si celano dietro al lento processo di integrazione, comportano dei timori complessi e articolati che hanno a che fare, nella maggior parte dei casi, con la perdita dell'identità culturale e la frantumazione del nucleo familiare (Papadopoulos, R.K., 2002). Il processo di integrazione pone numerose sfide alle famiglie dei migranti. I coniugi che si ritrovano insieme dopo alcuni anni di lontananza, scoprono, non senza fatica e sofferenza, che ciascuno è cambiato sotto la pressione degli avvenimenti e delle situazioni vissute separatamente. Rimettere insieme queste diversità, capire e accettare i cambiamenti avvenuti, cercare una nuova intesa non è operazione semplice e spesso la coppia in questo travaglio è sola, senza i riferimenti delle persone che potrebbero dare una mano. Inoltre, con la filiazione viene rimesso in discussione il mito del ritorno: salvo il caso di chi fugge da situazioni di guerra o di persecuzione, il migrante parte con l'intento di realizzare un progetto di miglioramento della situazione della propria famiglia al paese di origine e non al paese di immigrazione, e inizialmente prevede che basteranno pochi anni per poterlo realizzare. I figli spesso, fanno cadere l'illusione della transitorietà (Andolfi, A. 1980). Nel processo di integrazione, inoltre, i genitori possono avere paura che i figli vengano discriminati o non si inseriscano nel paese di accoglienza,



Il mito della salvezza. un viaggio
tra impotenza e onnipotenza di
chi parte e di chi accoglie

tanto da fare delle rinunce molto dolorose. In alcuni casi rinunciano alla loro identità culturale e a trasmettere la loro cultura al figlio, magari parlandogli solo in italiano, per aiutarlo a inserirsi nella nostra società. In altri casi, può succedere che i genitori temano di avere dei figli “troppo diversi da loro” facendo ai figli delle richieste di segno opposto, fanno il sacrificio di rimanere nella migrazione per i loro figli e gli chiedono in cambio un “sacrificio di lealtà”, di non essere “troppo italiani” generando nei figli il vissuto di tradire la famiglia proprio per il loro essere “anche” italiani.

In entrambi i casi, nella filiazione nel paese ospite si pone anche e sempre il dubbio sulla replicabilità culturale: come avere dei figli che, oltre ad essere italiani, siano anche propri e quindi continuatori di se stessi? Il rischio è che i figli possano diventare come degli estranei per i genitori. La stessa cosa vale per i figli, i quali sono “migranti non per scelta” (Moro M.R., 2016)

. Spesso lasciare il paese di origine non è accettato facilmente, soprattutto dai più grandi, che devono lasciare dietro di sé tutto ciò che si sono costruiti fino ad allora, migrare in adolescenza comporta un'esperienza di regressione e la migrazione può essere vista come trauma e disorientamento. All'arrivo in Italia vivono una profonda delusione per le condizioni di vita dei genitori e spesso vivono una carenza di modelli di identificazione (Andolfi, A. 1980). Il ragazzo deve inoltre far fronte ad una doppia fragilità, la propria e quella dei genitori (il mondo non è sufficientemente prevedibile per lui). Marie Rose Moro parla degli adolescenti migranti come di soggetti esposti, portatori di una vulnerabilità che si esprime attraverso “una minima resistenza ai fattori distruttivi e alle aggressioni” (Moro M.R., 2016)

Come abbiamo visto, che si tratti di adulti o di minori, nel contesto terapeutico, la problematica di base del migrante è quindi quella di essere tra due mondi. All'interno di una famiglia di migranti il sintomo, il malessere viene solitamente sviluppato da chi rimane all'incrocio tra mondi diversi senza avere gli strumenti per completare quest'opera di passeur, di traghettatore, di ponte tra due mondi, culture, generazioni, luoghi, spesso il villaggio e la città.

Oltre a questo, l'impossibilità di traghettare, di andare avanti viene alimentata da un enorme paradosso. Basti pensare alle storie dei migranti, ai racconti che celano il motivo e il dramma che li ha spinti ad andare via. Dramma che, a ben vedere, rappresenta l'unico strumento per ottenere il riconoscimento di protezione internazionale nel paese di accoglienza. Più la tragedia è profonda, grave, tragica e maggiori sono le possibilità che la richiesta venga accolta da una Commissione Territoriale che esamina l'attendibilità della sua storia. Dopo un evento traumatico, la mente si organizza per far sì che tale ricordo si affievolisca velocemente (Sgarro, 1997). Spesso alcuni passaggi ritenuti troppo intensi vengono rimossi. Ciò è, evidentemente in contrasto con il percorso legale che deve avviare un richiedente asilo, mosso a ricordare e il più lucidamente possibile. L'ambiguità di questo processo rischia di creare un blak-out nella mente di queste persone, che spesso, pur avendo ricevuto una forma di protezione, fanno fatica ad integrarsi, rimanendo intrappolati in questo paradosso: essere grati ad un passato per aver loro dato una possibilità nel futuro ma rimanere incastrati in esso.

Oltre a questo, l'utente immigrato, si trova

in una posizione di immobilità anche rispetto al suo paese di origine, in quanto nel paese di origine, vige il mito di non credere e di non dire. L'utente immigrato, è spesso portatore di una credenza illusoria del contesto occidentale, frutto proprio dell'impossibilità di raccontare la propria sofferenza e le proprie vicissitudini a chi resta nella terra natia, verso cui è debitore (il fallimento è sempre personale, vige il mito del successo). Si scontra con trafile burocratiche e impedimenti, che molte volte non comprende, e con attese lunghe e dolorose, che tradiscono le sue aspettative in un paese fondato su un'alta tecnologia e quindi onnipotente, al quale, alcune volte, attribuisce un carattere quasi divino (Coppo, 2007). L'immagine che talvolta il migrante ha della società occidentale, gioca un ruolo pregnante nell'aspettativa di tempestiva risoluzione dei problemi; se questo non accade, il migrante può pensare che "suo essere straniero", coinvolga in minor misura gli operatori.

Tutto questo può avere importanti ricadute sulla motivazione a cercare un trattamento, sullo stile di coping, sul grado di supportività della famiglia e della comunità, sul tipo di persone cui chiedere aiuto sul percorso da seguire per arrivare alla cura, sulla prognosi e sull'esito (Sgarro, 1997).

Ma cosa succede all'operatore o allo psicologo quando si trova davanti una persona estremamente sofferente e pluitraumatizzata che, per di più attribuisce alla sua sofferenza una prerogativa culturalmente differente?

Nelle terapie con i migranti è il terapeuta o il gruppo di operatori che deve farsi carico della funzione di passeur, alleggerendo il paziente di un carico spesso insopportabile.

Le persone e le famiglie con cui spesso abbiamo a che fare appartengono alla catego-

ria di coloro per i quali l'aspetto traumatico dell'evento migratorio non è stato possibile da elaborare costruttivamente, e chiedono aiuto a compiere la difficile operazione di ritessere i fili interrotti della loro esistenza (Beneduce, 2005).

La relazione tra operatore e utente rappresenta uno spazio significativo di comunicazione, di incontro e interazione, in cui l'operatore è portatore di un suo modello culturale, come l'immigrato. Entrambi sono portatori di logiche culturali implicite essendo le rappresentazioni di salute e malattia, del ruolo del curante e delle modalità della cura fortemente segnate dalla cultura all'interno della quale sono state concepite (Coppo, P., 2003).

Uno dei rischi che corre l'operatore è quello di attribuire alla persona che ha davanti, il proprio punto di vista, proiettando nell'altro i propri schemi culturali, e rapportandolo al proprio modo di comportarsi non essendo al riparo da aspettative e credenze sull'immigrato e, al pari degli utenti stranieri, può essere vittima di aspettative fuorvianti. Si generano, in questo modo, dei filtri culturali, che si riflettono nella relazione stessa. Per esempio in molte culture tradizionali la malattia sia fisica che psichica deriva da fattori esterni, da uno squilibrio tra mondo degli umani e mondo dei non umani (antenati, spiriti, djinn ecc.) (Beneduce, 2005) oppure è frutto di relazioni dominate dall'invidia che produce malocchio, fatture ecc. come sottolinea De Martino (De Martino 1956, 1959) diverse condizioni di sofferenza, specie il lutto, vengono ricondotte al mondo magico e ai rituali (distinguendo tra i riti di possessione che presentano episodi di violenza contro se stessi o altri e i riti di propiziazione con aspetti culturali che ricostruiscono la lacerazione, incanalano gli impulsi distruttivi e facilitano il riscatto).

L'operatore o il terapeuta che ha a che fare

con un migrante non può prescindere dalle sue rappresentazioni circa la malattia e le sue cause; rappresentazioni tradizionali rimangono spesso latenti anche sotto un aspetto occidentalizzato, e non possono essere liquidate come superstizioni o arretratezze pena ridursi all'impotenza nell'intervento stesso, ma occorre imparare a comprenderle e maneggiarle in un setting specifico.

Lavorare col trauma è un processo difficoltoso, venire in contatto con i racconti e le sofferenze che gli utenti hanno sperimentato può aprire vecchie ferite in modo intenso, certamente è difficile ma non impossibile mantenere una posizione di neutralità (Maslach C., Leiter M.P.2000).

Tali racconti generano potenti emozioni nel terapeuta e nell'operatore, come nell'utente: coloro che si trovano ad interagire con l'utente traumatizzato possono avere pensieri intrusivi o sperimentare una sorta di senso di colpa (Carli, 1987) e produrre risposte inappropriate che interferiscono con l'intervento o creano un disturbo a livello personale.

Si possono sperimentare atteggiamenti di iperinvestimento e invischamento che portano l'operatore a iperattivarsi in modo accorato o, all'opposto comportamenti distaccati e ostili.

Tutte queste modalità proiettive possono essere lette come delle contromisure difensive che paradossalmente proteggono l'operatore dal rischio della Traumatizzazione vicaria o indiretta (Sgarro, 1997).

La traumatizzazione (Blair, 1996) si riferisce a una trasformazione del terapeuta o dell'operatore nella propria esperienza interna, risultante dall'incastro empatico col materiale traumatico del paziente.

I sintomi della traumatizzazione vicaria includono: depressione, cinismo, stanchezza, fatica, senso di inutilità, irritabilità e ag-

gressività, sintomi psicosomatici, insonnia, problemi con parenti e amici, crisi familiari, apatia, ritiro, alienazione, pensieri di reiezione della propria professione, crisi (Fontana D. 1996).

Questi effetti che si evidenziano nella vita professionale possono invadere altre aree della vita dell'operatore con conseguenze estremamente complesse e dannose per la vita privata e relazionale. Figley ha usato il termine traumatizzazione vicaria o "compassion fatigue" per intendere in modo specifico l'effetto della relazione col paziente traumatizzato sul terapeuta stesso (Figley 1995)

E' abbastanza complesso definire il termine "compassion fatigue"- letteralmente "stanchezza della compassione" intendendo come compassione quel sentimento di profonda partecipazione e comprensione per qualcuno colpito da sofferenza, accompagnato da un forte desiderio di alleviare la sofferenza o eliminare la causa.

Le dinamiche emotive più frequentemente riscontrate nel mio lavoro come supervisore sono: rabbia, impotenza, delusione, si può sviluppare un atteggiamento depressivo che si manifesta attraverso un abbassamento del tono dell'umore, sensazioni di apatia e perdita di interesse, perdita di fiducia in se stessi, tendenza a chiudersi in sé riducendo la comunicazione e il lavoro di squadra, giudizio sprezzante sugli ospiti accolti e odio nei loro confronti (Fontana D. 1996). Nel vivere insieme nel Centro d'Accoglienza i fattori stressanti degli operatori si sommano allo stress vissuto dagli ospiti. Stress connesso alla loro condizione di migranti forzati. Da questo ne deriva anche la necessità di essere risolutivi e onnipotenti attivando la modalità dell'"io ti salverò" e il successivo senso di colpa che, inevitabilmente, ne deriva. Secondo la prospettiva evolutiva considerata dalla teoria Kleniana, come fondamento genetico

del senso di colpa si può considerare la dinamica ambivalente di relazione con l'oggetto definitivamente buono. Il sentimento di colpa, è generato quindi dalla fantasia di perdita dell'oggetto a causa del proprio desiderio di impossessarsi dell'oggetto stesso, tramite una modalità predatoria, volta al controllo e contemporaneamente implicante la distruzione dell'oggetto desiderato (Klein M., 1932). Il sentimento di colpa è collegato con il fallimento della scissione che protegge il primitivo rapporto che si struttura, nella mente, con gli oggetti. La colpa allora acquista il significato di segnale volto a interrompere il circuito onnipotente predatorio nei confronti degli oggetti (Carli, 1987); in tal modo si può ripristinare o instaurare una simbolizzazione cognitiva degli oggetti stessi e si giunge quindi ad una relazione realistica con l'ambiente.

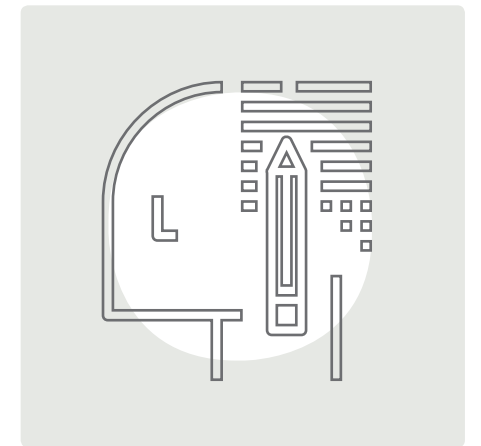
Se ciò non avviene, si corre il rischio di incorrere in interventi di medicalizzazione e di assistenzialismo che inchiodano l'utente in un circolo vizioso di vittimizzazione, subordinazione, paternalismo e passività (Beneduce, 2003).

Tuttavia, è frequente che le difficoltà, talvolta, nascano non tanto dalle peculiarità degli utenti, quanto dalla disorganizzazione, dalla mancanza di leadership efficace, dal non riuscire a distinguere le proprie motivazioni e i propri processi psicologici da quelli degli utenti e dalla difficoltà di gestire di conseguenza le emozioni che questi processi elicitano, dall'improvvisazione del lavoro etc. Limiti che possono concorrere a trasformare i luoghi dell'accoglienza in luoghi freddi ed inospitali.

Sono evidentemente molteplici gli elementi che contribuiscono a migliorare la qualità

dell'accoglienza. In quest'ambito un elemento strategico ed ineludibile è rappresentato dalla formazione continua degli operatori a tutti i livelli (dai coordinatori ai mediatori culturali; dagli operatori legali agli insegnanti di italiano L2; dagli psicologi agli operatori sociali) oltre ovviamente al miglioramento del contesto generale culturale e sociale entro cui si colloca l'idea dell'accoglienza.

In questo senso, la supervisione rivolta agli operatori è uno strumento strategico proprio per trovare e mantenere quel benessere psicofisico, quella consapevolezza e quella condivisione degli stati emotivi che ognuno vive nel lavoro quotidiano che è alla base della buona accoglienza (Masci S. 2012). Supervisionare un operatore della relazione d'aiuto vuol dire agevolare un percorso professionale teso al confronto, alla condivisione, all'esplicitazione dei vissuti emotivamente più pesanti. Tale percorso prevede anche la presa d'atto e l'elaborazione di temi come i limiti e le risorse della persona e del gruppo di lavoro, la consapevolezza di sé, la riflessione condivisa emotivamente, il raggiungimento di precisi obiettivi. La supervisione consiste in un processo di riflessione, apprendimento, valutazione e verifica che si sviluppa attraverso la relazione tra professionisti esperti e gli operatori. La relazione non si connota necessariamente e solo come "relazione esperta", bensì come relazione di co-costruzione e di creazione di uno spazio di mediazione per la messa in comune di esperienze, credenze, dubbi, capacità in relazione all'agire professionale e personale. Uno spazio di contenimento e di crescita, a mio avviso indispensabile.



Sentirsi esseri umani, comporta un difficoltoso processo di riappropriazione della propria storia. Partendo dal presupposto che la relazione di aiuto rappresenta un processo co-partecipato, risulta fondamentale supportare l'altro a recuperare il proprio senso di sé, il proprio grado di responsabilità, la propria capacità decisionale, per diventare i veri protagonisti della propria vita. Nella ricerca di significato ci sono le descrizioni, le interpretazioni organizzate in storie, "in una evoluzione più o meno ricercata" (Telfener 1997). La ricerca di senso è strettamente collegata alla costruzione identitaria, alla costruzione di un copione, di un programma di vita, anche se ne allarga la prospettiva. Spinge a prendersi in carico e ad assumere le proprie responsabilità rispetto a ciò che si è stati e a ciò che si è diventati, rimanendo in contatto con la molteplicità delle "versioni di vita" (Telfener 1997).

CONCLUSIONI

In accordo con quanto detto fin'ora, ritengo fondamentale, per la buona riuscita dell'intervento, considerare l'utente immigrato come facente parte di un processo e di un contesto culturale e sociale che coinvolge i diversi attori che abbiamo citato, sia nel qui ed ora della relazione, sia nel là e allora dell'esperienza del migrante: famiglie di origine, operatori, figli, paese di provenienza e paese di accoglienza ecc...

Questo approccio traccia dei confini labili tra mondo interno e mondo esterno, in quanto prevede che vi sia sempre un'area intermedia, di scambio e di interazione simbolica, di co-costruzione della relazione, che permette di ri-negoziare di volta in volta l'identità culturale e sociale e, dunque, l'intervento.

Probabilmente, prima di tutto ciò, il punto di partenza dell'intervento nasce proprio da ciò che i beneficiari rimarcano costantemente: siamo anche noi essere umani!

Valentina Pirrò, Psicologa in formazione presso la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare, sede di Crotona. Supervisore, Consulente e Formatore presso Centri di Accoglienza migranti sul territorio Calabrese.
e-mail: valentinap8@libero.it
Cell. 3897830355

Bibliografia

- Ackerman, N., Psychodynamics of family life, New York: Basic Books 1958 (tr. It. Psicodinamica della vita familiare. Diagnosi e trattamento delle relazioni familiari, Torino: Bollati-Boringhieri 1968, rist. 1999)
- Andolfi, M., Angelo, C., (1980), Il terapeuta come regista del dramma familiare, in Terapia familiare, 1
- Bartocci, G., (cur), (1994), Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro, 2 voll. Prefazione di L. Frighi, Roma: EUR-Edizioni Universitarie Romane.
- Bateson, G., (1972), Steps to an Ecology of Mind, San Francisco: Chandler Publishing Co. (tr. It. Verso un'ecologia della mente, Milano: Adelphi 1984)
- Basaglia, F., (1967), Che cos'è la psichiatria, Torino: Einaudi, rist. Baldini e Castoldi Dalai 1997
- Beneduce R., Etnopsichiatria, Carrocci Editore, Roma 2007
- Beneduce R., Pulman B., Roudinesco E., Etnopsicanalisi temi e protagonisti di un dialogo incompiuto, Torino, Bollati Boringhieri, 2005
- Blair D.T., Ramones V.A. (1996), Understanding Vicarious Traumatization, J. Psychosoc.Nurs.Ment. HealthServ.,34(11),24-30
- Boszormenyi-Nagy, I., e Spark, G. M., (1973), Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy New York (tr. It. Lealtà Invisibili, Roma: Astrolabio 1988)
- Bowen M., (1979) Dalla famiglia all'individuo, Astrolabio, Roma,
- Cardamone, G., e Corrente, M., (2000), Diversità, stati di coscienza e relazione terapeutica, in N. Losi, Vite Altrove, Milano: Feltrinelli
- Carli R., Psicologia Clinica (1987) Utet Università
- Cherniss C. Staff Burnout. Job Stress In Human Service, California, Sage Publications, 1980.
- Coppo P. in Rotondo A. e Mazzetti M. Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2001
- Coppo, P., (2003), Tra psiche e salute. Elementi di etnopsichiatria, Torino: Bollati-Boringhieri
- De Martino, E., (1956), "Crisi della presenza e integrazione religiosa", Aut-Aut, 31 : 17-38.
- De Martino, E., (1948), Il mondo magico. Torino, Boringhieri. Rist. 1973
- De Martino, E., (1958), Morte e pianto rituale, Torino: Boringhieri
- De Micco V., Martelli P., (1993), Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni, Napoli: Liguori
- Devereux, G., (1970), Essais d'ethnopsychiatrie générale, Paris: Gallimard (tr. It. Saggi di etnopsichiatria generale, Roma: Armando 1973)
- Devereux, G., (1980), De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement, Paris: Flammarion
- Inglese, S., (2000), Etnopsicoterapie meridiane: una pratica in cerca di teoria, in N. Losi, Vite Altrove, Milano: Feltrinelli
- Klein M., 1932 La psicoanalisi dei bambini, a cura di Lyda Zaccaria Gairinger, Firenze: Martinelli, 1969, 1988
- Kleinman, A., (1988a), Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience, New York: Free Press
- Kleinman, A., (1977), Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry, Social Science and Medicine, 11: 3-10

- Figley C.R.(Ed) Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder Those Who Treat The Traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995
- Fontana D. (1996), Stress Counseling: Come Gestire Gli Stati Personali Di Tensione, Sovera, Roma
- Framo, J. L., (1992), Family-of-origin therapy: An intergenerational approach, New York: Brunner/Mazel (tr. It. Terapia Intergenerazionale, Milano: Raffaello Cortina 1996)
- Maslach C., Burnout, The Cost Of Caring, New York, Prentice Hall Press, 1982
- Maslach C., Leiter M.P., (2000). Burnout E Organizzazione. Modificare I Fattori Strutturali Della Demotivazione Al Lavoro. Feltrinelli, Roma
- Matte Blanco, I., L'inconscio come insieme infiniti. Saggio sulla biologica, Einaudi Ed., Torino 2000
- Masci S. (2012), La Supervisione Nel Counseling, Franco Angeli, Milano
- Moro M.R Gli adolescenti si raccontano. Genitori in ascolto dei propri figli. Franco angeli, 2016
- Mellina, S., (1987), La nostalgia nella valigia, Venezia: Marsilio
- Minuchin (1977) Famiglie e terapie della famiglia, Astrolabio, Roma
- Nagengast, C., (1994), Violence, Terror, and the Crisis of the State, in Annual Review of Anthropology 23:109-36.
- Nathan, T., (1986), La folie des Autres, Paris: Dunod (tr. It. La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria clinica, M., Pandolfi, (cur), Firenze: Ponte alle Grazie, 1990)
- Nathan, T., (1994), L'influence qui guérit, Paris: Odile Jacob 1994
- Ongaro Basaglia, F., (2005), L'utopia della realtà, Torino : Einaudi 2005.
- Papadopoulos, R.K., (2002), Refugees, home and trauma, in Papadopoulos, R., K., (ed), Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home, Tavistock Clinic Series, London: Karnac
- Papadopoulos, R. K., (2004), 'Trauma in a Systemic Perspective; theoretical, organisational and clinical dimensions'. Paper presented at the XIV Congress of the International Family Therapy Association in Istanbul
- Sgarro M., Post Traumatic Stress Disorder. Aspetti Clinici E Psicoterapie, Ed. Kappa, Roma ,1
- Giusti E. Montanari C. Spalletta E. (2000), La Supervisione Clinica Integrata, Masson, Milano
- Schultz E.A., Lavenda R.H. Antropologia culturale. Zanichelli, Bologna, 1999
- Telfener, U., Casadio, L., (2003), Sistemica. Voci e percorsi nella complessità, Torino: Bollati Boringhieri.
- Vernant J.P., L'universo, gli dèi, gli uomini, Einaudi, 2005
- Whitaker C. (1988), Danzando con la famiglia. Un approccio simbolico-esperienziale, Astrolabio-Ubaldini, Roma



Si fa presto a dire “Famiglia”

Laura Melara
Psicologa Psicoterapeuta



Il libro del quale consiglio la lettura è Terapia Intergenerazionale- un modello di lavoro con la famiglia d'origine, di James Framo, edito da Raffaello Cortina, che viene tradotto ed esce in Italia nel 1996. Framo, psicoanalista, già allora considerato uno dei padri della Terapia Familiare di matrice psicodinamica, in questo volume espone un metodo innovativo di terapia: utilizzare il lavoro intergenerazionale con le famiglie d'origine dei clienti non come momento terapeutico a sé stante, ma come consulenza all'interno di terapie individuali e di coppia. Convocare la famiglia (del paziente individuale o della coppia in terapia) al fine di aiutare le persone a ricollocare la propria esperienza ed il proprio vissuto in una maniera che le renda più libere, offrendo la possibilità di riconsiderare incomprensioni, fraintendimenti, conflitti, percezioni del “Sé visto dall'altro”. Quello che è peculiare, in questa proposta, è che la famiglia NON è in terapia: la famiglia è lì, dentro la terapia di uno dei suoi membri, per raccontarsi. Dal punto di vista concettuale, e non solo, un bel salto: la famiglia, quella stessa in seno alla quale presumibilmente hanno trovato origine parte delle difficoltà dell'individuo, passa dall'essere più o meno velatamente imputata all'essere una risorsa evolutiva, per l'individuo e non di rado per se stessa. Il punto di vista dell'autore è caratterizzato da una estrema attenzione al legame e a ciò che, all'interno delle relazioni significative, contribuisce in maniera determinante alla formazione del sé e, quindi, del corredo cognitivo-emotivo-comportamentale che entra in relazione con gli altri e forma nuovi legami significativi. Secondo questo punto di vista i conflitti intrapsichici derivati dalla famiglia d'origine vengono ripe-



Si fa presto a dire
"Famiglia"

tuti, difesi, vissuti o padroneggiati all'interno della relazione con il partner, i figli o le persone con cui si è in intimità. Ciò equivale a dire, quindi, che parte del comportamento a loro diretto avrebbe, in realtà, altro destinatario, da ricercarsi nelle immagini introiettate nelle esperienze affettive originarie e, soprattutto, cosa ancor più interessante, gran parte di ciò che appare come fallimentare, conflittuale, disfunzionale o finanche patologico nel funzionamento individuale o relazionale di una persona, altro non è che il tentativo di riparare antichi paradigmi relazionali. È questa particolare attenzione e sottigliezza nel cogliere gli sforzi riparativi che viene messa in luce da Framo, il quale, prevedendo all'interno del percorso di terapia individuale una seduta singola di consulenza familiare, intende mirare esattamente alla possibilità di recupero di aspetti positivi magari offuscati da percezioni irrigidite, nella convinzione che ciò aiuti il singolo nel suo processo di individuazione. Lo sguardo, cioè, è sulle risorse che il legame ha offerto, piuttosto che sulla sua patogenità. Se è vero, infatti, che la Terapia Familiare è il luogo elettivo del discorso della e sulla famiglia, altrettanto vero è che non vi è terapia o consulenza psicologica, per qualunque motivo richiesta, nella quale non si parli, spesso molto a lungo, della propria famiglia.

Indipendentemente dal metodo proposto, il motivo per il quale ho scelto questo volume è che ritengo che abbia molto da dire a tutti i terapeuti, a prescindere dal modello terapeutico adottato, e ciò perché contiene un corpus enorme di insegnamenti impliciti circa il funzionamento individuale e familiare, l'articolazione tra intrapsichico ed interpersonale, l'imprescindibilità dei temi emotivi, l'effetto a lungo termine di idealizzazioni o, al converso, denigrazioni e molto altro che

concerne ciò che passa tra le generazioni. Un secondo motivo, per nulla secondario, risiede nella scrittura stessa di Framo, una scrittura scorrevole e coinvolgente, capace di rendere vividi con semplicità concetti tutt'altro che semplici. L'autore parla della psiche individuale e di quella familiare facendo del tutto a meno del linguaggio proprio della psicoanalisi e anche della psicologia ed utilizzando, invece, uno stile descrittivo connotato da una sensibilità profonda, tale per cui tutto ciò che viene illustrato risulta immediatamente riconoscibile sia a chi è del mestiere sia a chi non lo è. Gli affetti, le percezioni di sé e dell'altro, il senso del proprio posto all'interno della famiglia, il complesso compito affettivo del dare e dell'avere, le eredità della propria storia, l'importanza della relazione tra fratelli, la possibilità di comprendere il vissuto proprio e altrui, spiegarsi, capire, elaborare, in altre parole, acquisire una maggiore individuazione e libertà non nonostante ma col tramite della propria famiglia, della sua storia e i suoi vissuti. "I figli adulti devono risolvere i loro conflitti con i genitori prima che questi muoiano. I distacchi devono essere ricuciti e i propri demoni interni di un passato che non è stato perdonato deve essere elaborato. Riuscendo a saper perdonare i propri genitori, si riesce a percepire i partner e i figli in un modo più realistico".

E così, non ho potuto fare a meno di pensare a Framo, quando mi è capitato per le mani quello che, a buon titolo, è considerato un capolavoro della letteratura contemporanea, *Le Correzioni*, di Jonathan Franzen.

La famiglia di cui seguiamo le vicende è quella dei Lambert: Enid e Alfred, che ci vengono presentati all'inizio del romanzo, anziani, malati e pieni di grandi e piccole manie, e dei loro figli, Chip, Gary e Denise, profondamente diversi l'uno dall'altro, ciascuno con la pro-

pria storia costellata di fallimenti e fragilità, conformismo e ribellione. Quella dei Lambert è la storia di una famiglia come tante; una famiglia della medio-borghesia del Midwest, plasmata dai valori e dalla mentalità di quel piccolo mondo. Ciò che farà da filo conduttore a tutto il racconto è il desiderio di Enid, la madre, di riunire la famiglia per un "ultimo" grande Natale insieme. Vedremo così, via via, delinearsi i personaggi e le loro vite: Enid, la figura più antipatica (e per questo forse meglio riuscita), colei ovvero che, costretta a vedersela con le tare del marito, diventa una donna rancorosa repressa e depressa (proprio come il fratello più grande dei tre) che fa ricadere sui figli il proprio mortificato impulso ad essere un individuo compiuto e libero, e durante tutto il loro percorso di maturazione dalla gioventù all'età adulta impone (col concorso del marito) le sue regole, le sue cervelotiche macchinazioni ed infine le tanto famigerate, squilibrate temute eppure dovute Correzioni, quelle con la C maiuscola, che danno il titolo al libro e fanno da leitmotiv a tutta la narrazione; Alfred, il padre, introverso e dispotico ingegnere di una compagnia ferroviaria in pensione, gravemente malato di Alzheimer e che sprofonda ogni giorno di più nella demenza, visitato dalle allucinazioni e dagli incubi, che era stato, un tempo, un uomo tutto d'un pezzo dedito al lavoro e a principi talmente rigidi da sfiorare l'estremismo ma che ormai l'età, e la malattia incurabile, hanno rabbonito (e forse rinsavito); il figlio Gary, buon padre di famiglia, infelicitamente sposato con una donna infantile ed egoista, della quale è succube, è un uomo che oscilla tra comprensibili depressioni e piccole ossessioni cercando di convincersi che tutto sia a posto, nonostante chiari segni del contrario; Chip, il secondogenito, beniamino di papà Alfred, giovane professore universitario dal promettente futuro, cacciato

dal college dove insegnava per aver sedotto un'allieva, intento a riscrivere e "correggere" per l'ennesima volta la stessa sceneggiatura; infine Denise, la sorella, brillante chef dalla carriera affermata che, anche lei, mette a rischio per una relazione omosessuale con la moglie del suo capo. Tutti individui brillanti. Eppure agitati da qualcosa. Come se un "sabotatore interno", direbbe Framo, li portasse a fallire, li votasse ad una strisciante, sottile infelicità. Un non saper a cosa dar retta dentro di sé, quando ciò che è dentro di sé è contraddittorio. Contraddittoria, per esempio, è la ingiunzione genitoriale a diventare adulti (cioè maturi, indipendenti) ma a farlo in un certo modo prescritto (è giusto essere/fare così o così). Paradossale è guadagnare una adultità a prezzo della soggettività. Cosa li agita? La vita non vissuta. L'oscillare tra il tentativo di stare dentro una definizione di sé congrua alla educazione impartita (le Correzioni, appunto) e il bisogno di emanciparsene, senza però sapere come. Cosa rende monolitica Enid, la madre? La sua incrollabile certezza di essere sempre nel giusto, l'impermeabilità assoluta ad ogni segnale emotivo altrui, il suo bisogno che tutto sia come esattamente deve essere. La bellezza del romanzo deriva dal fatto che Franzen è in grado di descrivere con brevissimi cenni un intero mondo di transazioni, immagini e significati depositato all'interno di ognuno e che, ad ognuno, detta comportamenti:

"..fin da piccolo, ogni sera, dopo cena, Gary perfezionava la propria capacità di sopportare una cosa noiosa che rendeva felice un genitore. Gli sembrava che quella capacità potesse salvargli la vita. Pensava che avrebbe subito un danno terribile se non fosse più riuscito a proteggere le illusioni di sua madre"

Via via che il racconto avanza, percepiamo



Si fa presto a dire
"Famiglia"

che anche gli insopportabili pregiudizi di Enid, la sua costante preoccupazione per ciò che pensa la gente, altro non sono che una granitica difesa contro l'incertezza propria della vita. L'autenticità, infatti, è affare da coraggiosi. Le norme proteggono identità inconsistenti e pavide. Le "correzioni" dei genitori, apportate con scrupolosa attenzione nella vita e negli atteggiamenti dei loro tre figli Gary, Chip e Denise, sono tutti accorgimenti presi per poter assicurare loro un futuro migliore e una vita di successo. Il problema è però che nessuno dei tre può definirsi felice e realizzato. Ma "correzioni" sono anche quelle che tre figli ormai adulti vogliono imporre ai loro anziani genitori, nell'illusione di poter garantire loro una vecchiaia meno problematica, ma anche per risparmiarsi un bel po' di problemi. La festa di Natale tanto desiderata dalla anziana Enid riesce miracolosamente a radunare, almeno per pochi istanti, tutti assieme questi cinque individui. Saranno pochi istanti, ma attraversati da tutto quello che da anni ribolliva dentro ogni animo, verità nascoste, sentimenti repressi, disillusioni, che non impediranno, come spesso accade, di andare avanti senza che molto cambi ma con piccole, ineffabili, modifiche che lasciano intravedere, forse, una luce lontana.

"L'ignoranza volontaria era un importante mezzo di sopravvivenza, forse il più importante di tutti".

Il romanzo di Franzen, che segue quarant'anni della vita di questa famiglia, col semplice atto di descrivere una quotidianità apparentemente futile che ammantava percezioni e sentimenti di ognuno, è di una intensità lacerante. Una storia che dall'intera critica viene definita "uno spaccato della famiglia media". Confesso che la lettura sociologica,

così in voga nel contemporaneo, mi trova poco d'accordo. La mia idea, infatti, è che si tratti di una famiglia "media" in termini sociologici, in cui il concetto di borghesia dice ancora qualcosa, ma in termini psicologici e relazionali essa sia una famiglia in cui qualcosa non ha funzionato. Non si tratta, cioè, di una famiglia come sono tutte, si tratta di una famiglia il cui funzionamento, caratterizzato da transazioni irrigidite, distorsioni, difficoltà ad accedere ad una reale intimità ha permeato la personalità di ognuno, rendendo difficile qualcosa di vitale, spontaneo, in movimento, in altre parole, la genuina autenticità nel vivere.

E sempre una storia di legami, famiglia e individuo è il tema centrale dell'ultimo libro la cui lettura consiglieri: Chi ti credi di essere? di Alice Munro. Qui la storia è una storia di edificazione del sé, a partire da condizioni di reale svantaggio. Il racconto è solo apparentemente frammentato in dieci piccoli racconti, corrispondenti ognuno ad un tempo e ad una età e fase diversa della vita di Rose, la protagonista. Chi ti credi di essere? è la domanda che più spesso Rose si è sentita rivolgere nel paesino di West Hanratty in cui è cresciuta. Prima fra tutti dalla sua matrigna Flo, donna pratica e un po' volgare, meschina e generosa insieme, l'incarnazione di quella realtà provinciale da cui Rose vorrebbe e sa di non poter fuggire. Dieci racconti che narrano le tappe di una disordinata, a volte tormentata ma vitale e autentica ricerca di se e del proprio posto nel mondo. Rose è la bambina ribelle e pensosa del primo racconto, punita a cinghiate da un padre impercettibile e chiuso; che si occupa del padre ammalato e supera l'insofferenza alle meschinità di casa sua leggendo Shakespeare; è la ragazza in viaggio dalla piccola provincia

a Toronto, vittima e complice di una sordida iniziazione sessuale da parte di un ministro del culto. Ma Rose è anche la giovane innamorata del modo in cui sembra amarla Patrick, dottorando in Storia presso l'università alla quale ha avuto accesso grazie a una borsa di studio; è la donna coinvolta in una relazione extraconiugale destinata a concludersi nell'amarezza; è la madre nervosa di una bambina più riflessiva di lei, ed è infine la donna matura che torna là dove tutto era cominciato e ritrova, nel tono brusco e inclemente di Flo, ormai prossima al ricovero in casa di riposo, il filo ininterrotto di un'esistenza interiore. Il percorso personale di Rose è, per certi versi, opposto a quello che avevamo trovato nei fratelli Lambert: questi si industriavano a tentare di essere come le norme avevano loro suggerito, Rose, all'opposto, mette in discussione le certezze passate per universali dal suo ristretto mondo, prova strade alternative, non di rado si perde, altrettanto spesso sbaglia, quasi sempre tenta. Ciò che non troviamo, nel suo percorso è la rassegnata accettazione della anedonia (così chiaramente descritta dai Lambert), all'ottundimento delle emozioni.

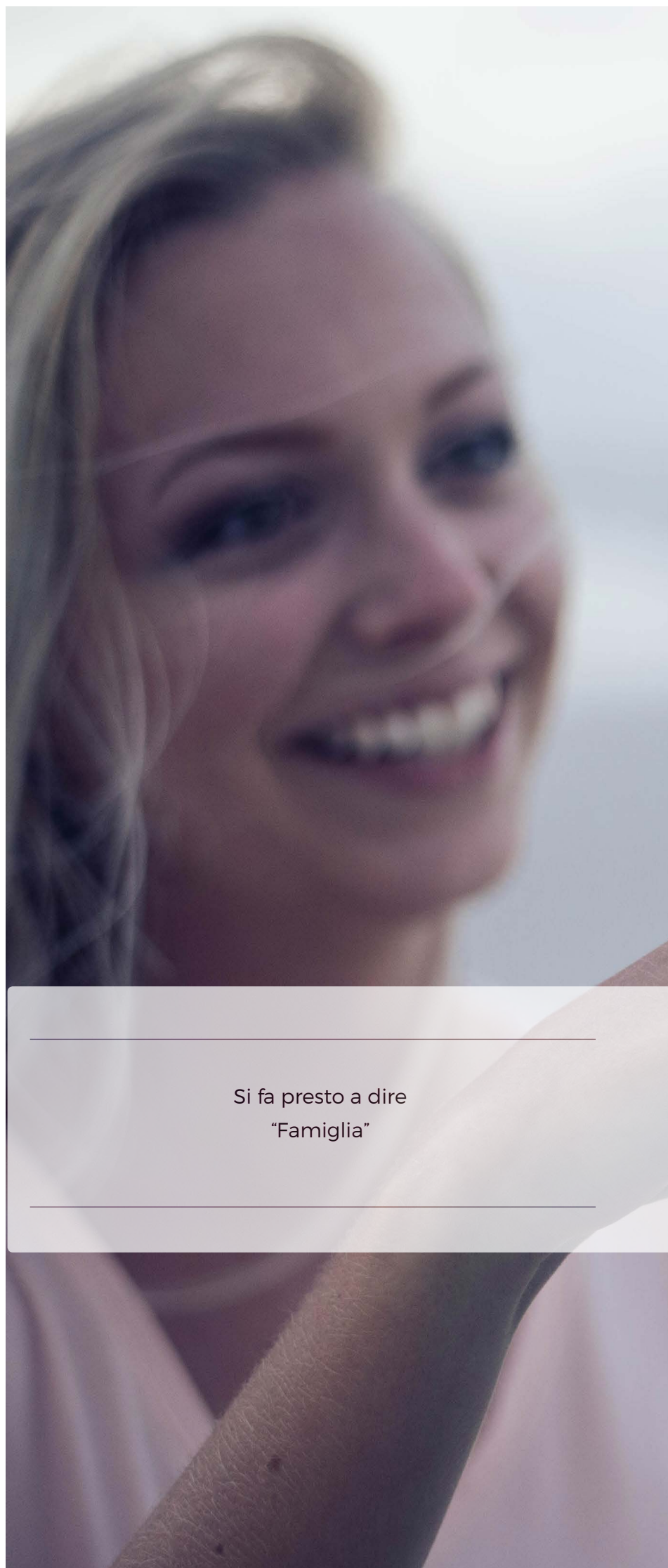
Se dovessimo paragonare, con una operazione che la buona letteratura consente di fare, i due gruppi familiari, quello dei Lambert e quello di Rose, una cosa salterebbe all'occhio: che mentre la famiglia dei Lambert ha, apparentemente, ottime condizioni di partenza, quella di Rose appare evidentemente svantaggiata, almeno secondo i comuni criteri di stabilità, cura e quanto altro comunemente accettato come criterio di "famiglia buona". L'esito, tuttavia, è profondamente diverso da ciò che ci si aspetterebbe. Nel primo caso troviamo figli adulti e competenti che, sostanzialmente, falliscono,

cioè non addiventano né ad una reale compiutezza di sé né ad uno stato di benessere; dall'altro, Rose, pur partendo da condizioni afflittive, diventa una persona compiuta, attraversando scelte, errori, conquiste e quant'altro maturando se stessa. I fratelli Lambert, invece, ci appaiono costantemente invischiati in ripetizioni dell'identico e coazioni a ripetere che li lasciano sottilmente ma perennemente infelici e sostanzialmente immaturi. Cosa fa la differenza? Se guardiamo al gruppo familiare di Rose, il rozzo padre, la brusca matrigna, in realtà quel che troviamo è che, nonostante condizioni non serene, questa famiglia è una famiglia vitale, in cui si può essere in contrasto, osteggiati, anche maltrattati, ma non negati. Nella famiglia di Rose c'è il riconoscimento dell'altro nella sua soggettività, mentre nella famiglia dei Lambert la tendenza è ad uniformare non solo i comportamenti ma anche il sentire. Il problema delle Correzioni non è che esse fossero dirette ad educare, cioè mutare il comportamento dei figli, bensì che esse fossero dirette anche a prescrivere sentimenti, ad ordinare, cioè, ciò che è legittimo sentire e ciò che non lo è. Il punto nodale è che una famiglia nella quale viene imposto un comportamento può comunque crescere dei figli sani, ma una famiglia nella quale viene imposto ciò che si deve sentire e vengono vietati i vissuti soggettivi scoraggiandone il manifestarsi difficilmente darà origine ad adulti compiutamente consapevoli. Per sviluppare un senso del sé è necessario, infatti, essere riconosciuti. Nel caso di Rose, l'identità dell'altro-figlia può essere guardata con circospezione o francamente disapprovata ma esiste; la famiglia di Rose ha la libertà di accettare che la figlia sia "fatta diversamente", che pensi a suo modo e senta altrettanto. Niente di tutto questo è consentito nella famiglia dei Lambert dove

ogni deviazione dalla norma attiva paure di inadeguatezza e induce a manovre correttive. I fratelli Lambert, sebbene adulti, restano figli "da plasmare" a vita; diventano incapaci di relazioni investite in modo maturo perché, in realtà, sono diventati adulti senza essere cresciuti. Analogamente, non sono capaci di reciprocità nella relazione coi genitori nel momento in cui è ormai necessario occuparsi di loro per la sopraggiunta età. Di altro segno è quel che accade a Rose, che viaggia, studia, apprende il mondo da altre esperienze, si allontana dalla famiglia d'origine, la cui matrice, però, per quanto così diversa da lei, non viene mai rinnegata e Rose, rientrata al paese ormai adulta e realizzata, riesce non solo a fornire alla madre l'accudimento necessario ma anche a riconoscere, in cuor suo, quanto ella debba qualcosa del suo carattere proprio alla sbrigativa, tenace, diversa eppure intima Flo.

Due romanzi sulla identità dei singoli eppure due romanzi, in qualche modo, corali. Le voci, sono quelle della complessa, ora armonica ora disarmonica ma sempre importante Famiglia.

Laura Melara, Psicologa, Psicoterapeuta
Centro di Riabilitazione Neuropsichiatria
infantile "Ente F. Germano",
Oppido Mamertina. Palmi - RC
Cell.347-3244844.
e-mail: la.melara@alice.it



Si fa presto a dire
"Famiglia"

PsicologiaCalabria 

RIVISTA SEMESTRALE SCIENTIFICO-DIVULGATIVA
DELL'ORDINE PSICOLOGI DELLA CALABRIA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI
DELLA CALABRIA
WWW.PSICOLOGIACALABRIA.IT
VIA ACRI, 81 88100
CATANZARO
RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT