

PSI

ANNO I • N. 2
Luglio-Dicembre 2010

Rivista scientifica
di psicologia
dell'Ordine degli Psicologi
della Calabria

PSICOLOGIA CALABRIA



RICERCA

Are di rischio
nella relazione
tra madre e figlio

ETÀ EVOLUTIVA

Odontofobia infantile
e relazione con
comportamenti
odontofobici
dei genitori

PROGETTI

Esperienza Formativa
sul Turismo Sociale
all'Università degli Studi
di Milano Bicocca

STUDI

DSA
Disturbi specifici
dell'apprendimento

La psicologia
fenomenologica
ed esistenziale
e la testimonianza

PSICHE&LAVORO

Fiducia e Downsizing



libri di ieri

presente

Linee di riferimento per una corretta pratica professionale

di *ARMODIO LOMBARDO*

Eccoci al secondo numero; è sempre un po' faticoso riuscire a far coincidere gli impegni di tutti; le attività dell'Ordine gli impegni con la famiglia il nostro lavoro, però mi sembra che il carburante anche questa volta non manchi e cioè la voglia di portare avanti questo progetto "Psicologia Calabria". In questo numero, tra gli altri contributi, abbiamo il piacere di leggere, dopo l'Università di Cosenza, un articolo proveniente dall'Università Magna Graecia di Catanzaro.

Un'altra novità è la rubrica, "commento all'opera" una lettura psicoanalitica del quadro che è stato scelto per la copertina di questo secondo numero. Prima di entrare nell'argomento, consentitemi di ricordare il Prof. Luigi De Marchi, ci ha lasciati questa estate con l'ultimo suo articolo pubblicato sulla nostra rivista. Lo conobbi personalmente circa 20 anni fa a Roma, persona dolcissima, vero psicoterapeuta umanista e soprattutto una importante "voce critica" della psicologia italiana. Poiché sono molte le richieste che pervengono dagli iscritti, utilizzerò questo spazio per dare soprattutto ai giovani colleghi alcune "linee di riferimento" su cui porre le basi per una corretta pratica professionale nei casi di interventi psicologici rivolti a minori.

Lo psicologo, nell'esercizio della professione, deve rispettare le norme dettate dal Codice Deontologico, ma prima ancora, quelle dettate dall'Ordinamento Giuridico generale.

Questo insieme di norme poste in posizione gerarchicamente ordinata le une rispetto alle

altre; il Codice Deontologico deve, quindi, essere considerato nella sua giusta collocazione rispetto alle altre norme di diritto vigenti; si tratta, insomma, di riuscire a coniugare norme aventi valore e forza giuridica diversa.

È quindi essenziale attribuire correttamente il livello di cogenza alla singola fonte, per poter stabilire quale sia la norma concretamente da applicare (ed in specie del Codice Deontologico). Ma vediamo quali sono le raccomandazioni per una buona pratica nel caso di prestazioni psicologiche rivolte a minori.

I - Lo psicologo che si prepara ad incontrare un minore è tenuto ad informarsi preventivamente ed approfonditamente sulla situazione giuridica parentale, eventualmente richiedendo anche certificati o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria in merito a eventuali separazioni personali, divorzi o decadenze/limitazioni della potestà genitoriale. Solo in tale caso egli, infatti, sarà in grado di comprendere il contesto relazionale entro il quale dovrà operare, oltre alle potenzialità e ai limiti del proprio intervento.

È opportuno precisare che un foglio di consenso informato sottoscritto a domicilio da uno dei genitori può trasformarsi, talvolta, in un problema, posto che non è possibile per il professionista avere la necessaria garanzia sull'identità di chi abbia realmente apposto la firma, su quali informazioni siano state effettivamente fornite, su quanto sia stato compreso e sulle condizioni di libertà e autonomia della decisione: è evidente come in questo caso manchino le condizioni necessarie

perché vi sia la garanzia di validità del consenso, e come sia preferibile la firma di entrambi i genitori alla presenza dello psicologo.

2 - L'interesse del minore (destinatario dell'intervento) deve sempre prevalere su quello del genitore (committente) che ha richiesto l'intervento professionale. Nel caso in cui uno dei genitori richieda un'osservazione/intervento per un figlio, si precisa che l'osservazione dello stesso, in assenza del consenso di entrambi i genitori, e -ancor più- l'eventuale consegna ad uno di essi della relazione finale da utilizzare in giudizio, costituisce violazione deontologica.

3 - L'intervento psicologico, di qualunque natura, anche se configurato come "consulenza" e non come intervento psicoterapeutico (vedere, al riguardo, la lettera dell'art. 31 che parla in generale di "prestazioni professionali", senza alcuna ulteriore specifica) non può rientrare nell'ordinaria amministrazione cui un solo genitore può provvedere in assenza del consenso dell'altro; questo in quanto non solo è lo stesso CD che espressamente riconosce che lo psicologo "nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri", ma anche perché le consultazioni psicologiche, rientrando nell'ambito della tutela della salute (intesa secondo l'ampia definizione corrente, data dall'O.M.S.), devono essere equiparate alle visite mediche specialistiche (alle quali sfuggono completamente, è il caso di sottolinearlo, tutte le prestazioni mediche di routine, quali, ad esempio, un semplice controllo pediatrico o ortodontico), richiedendo pertanto il consenso di entrambi i genitori.

Né vale il criterio dell'urgenza dell'intervento, a volte utilizzabile in campo medico, posto che la valutazione della reale urgenza psicologica lascia ampi spazi di dubbio e si può configurare soltanto in rarissimi casi. In relazione all'urgenza si sottolinea che tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio (quindi psicologi dipendenti ASL, CTU, ecc.) sono tenuti a denunciare all'Autorità Giudiziaria, o comunque a chi abbia l'obbligo di riferirne, situazioni di grave pregiudizio per un minore, configuranti ipotesi di reato perseguibile d'ufficio, di cui vengano a conoscenza a causa o nell'esercizio delle loro funzioni ex artt. 361 e 362 c.p.

4 - In sede di intese preliminari con uno o entrambi i genitori lo psicologo è tenuto a

concordare in modo completo gli obiettivi perseguibili e, qualora vi siano richieste o aspettative che ritiene in scienza e coscienza di non poter accogliere, deve esplicitarlo. In particolare, lo psicologo è tenuto a chiarire che non è consentito sottoporre il minore a valutazione psicologica in assenza del coinvolgimento/consenso di un genitore allo scopo di fornire poi una relazione tecnica da produrre in giudizio. È ovviamente corretto, invece, svolgere un'attività che coinvolga un solo genitore allo scopo di aiutarlo o sostenerlo nel rapporto con il figlio.

5 - Costituisce violazione deontologica anche la stesura di relazioni tecniche, su richiesta di un solo genitore, relative a situazioni pregresse (seguite in passato) per la quali non ci sia un consenso informato attuale di entrambi i genitori; al contrario, deve ritenersi consentito l'utilizzo in giudizio, da parte di un genitore, di una relazione redatta in passato con consenso informato di entrambi i genitori.

6 - Lo psicologo che ritenga necessarie prestazioni a favore del minore, ma non abbia il consenso informato di entrambi i genitori, può formulare regolare istanza all'Autorità Tutoria (solitamente alla Procura del Tribunale per i Minorenni) nei casi in cui ci sia grave documento per il minore stesso. Regolare istanza nel senso che, in base alla normativa vigente, le modalità attraverso le quali un cittadino si può rivolgere ad un Giudice non sono certamente quelle di redigere ed inviare una "semplice" lettera. Negli altri casi, cioè quando non c'è grave documento per il minore ed i genitori sono separati, si suggerisce di sollecitare il genitore a chiedere l'intermediazione del proprio Legale, che provvedere nelle forme di rito. Si potrebbe configurare come violazione deontologica informare l'Autorità Tutoria, senza aver utilizzato le corrette procedure, e svolgere prestazioni professionali per un minore prima di aver ricevuto risposta dal Giudice stesso.

7 - Lo psicologo, essendo tenuto alla piena conoscenza ed al rispetto delle norme deontologiche, non può ritenersi esonerato dal rispetto delle stesse anche nel caso in cui abbia effettuato consulenza per un minore - in assenza di consenso informato di entrambi i genitori - in base a richiesta, o su sollecitazione di un avvocato. Basti al riguardo rilevare che, poiché tale richiesta

proviene da professionista iscritto ad altro Ordine, non può certo ingenerare in uno psicologo alcun ragionevole affidamento che lo induca a superare il significato chiaro ed inequivoco della propria norma deontologica.

8 - Lo psicologo che opera in sportelli psicologici attivati presso Istituti Scolastici, anche se l'Istituto ha provveduto ad inviare ai genitori (e ritirare) i moduli per il consenso, è tenuto ad accertarsi che entrambi i genitori del minore abbiano firmato il consenso informato prima di svolgere qualsivoglia attività professionale che riguardi il minore stesso. Dopo queste brevi ma essenziali linee di riferimento invito ancora una volta tutti i colleghi a proporre dei loro contributi per attivare un dibattito che certamente può servire ad eventuali altri approfondimenti.

PSI  OLOGIA
ALABRIA 

PSI  OLOGIA
ALABRIA 

EDITORIALE

Anno I – Numero 2

*Rivista scientifica semestrale di psicologia
dell'Ordine degli Psicologi della Calabria
Luglio-Dicembre 2010*

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa
del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

Direttore

ARMODIO LOMBARDO

Direttore Responsabile

ANTONIO FAZIO

Capo Redattore

CATERINA COREA

Segretario Redattore

SANDRO AUTOLITANO

Redazione

ANTONELLA ABBONANTE

FRANCESCO LANDO

SERAFINA LAVIGNA

PASQUALE MONTALTO

Comitato Scientifico

ANGELA COSTABILE

ISABEL FERNANDEZ

DOMENICO ARTURO NESCI

RICCARDO GIORGIO ZUFFO

Grafica e stampa

Rubbettino

Industrie Grafiche ed Editoriali

Soveria Mannelli (Catanzaro)

Finito di stampare

nel mese di gennaio 2011

Ordine degli Psicologi della Calabria

Via Acri, 81 • 88100 Catanzaro

Tel. 0961.794778 • Fax 0961.726709

e-mail: rivista@psicologicalabria.it

In copertina: opera di Bruna Brancati



Passato, presente, futuro

di CATERINA COREA

Il dipinto al centro, separato integralmente da uno strappo (quasi fosse una vecchia fotografia) è quello della “Venere dormiente” del Giorgione. La figura della donna nuda, adagiata su lenzuola rosse e bianche (alcuni pensano siano i colori che simboleggiano gli abiti nuziali del tempo) è spezzata, quindi, e dà l’idea di un corpo diviso perfettamente: la parte superiore, la testa, il busto, spaccato dalla sua parte inferiore, la mano adagiata sull’inguine, le cosce, le gambe.

Come se si volesse recidere il filo sottile che separa la mente, il pensiero, dall’agire (e quindi l’agito), in questo caso, potrebbe essere un impulso, un istinto sessuale, o creativo, o semplicemente l’istinto vitale. La dimensione onirica insita nel dipinto stesso della Venere non rende crudele lo spezzarsi del corpo, anzi, giustifica il gesto dell’artista che ne motiva ampiamente le ragioni connotando la sua opera di suggerimenti e frasi-chiave, aiutando così lo spettatore a decifrare il suo messaggio.

Ciò che appare per primo all’occhio è, quindi, una donna spezzata, messa in primo piano nei suoi due pezzi di tela, custodita e circondata da un filo, uno spago per la precisione, disegnato a forma di foglia da cui si genera un’appendice, un’altra foglia più piccola con all’interno un seme di pietra su cui è disegnato un fiore. Sembra, nel guardarlo, il gioco delle scatole cinesi: ogni cosa ne contiene un’altra, e poi un’altra, tutto custodisce un mistero nelle sue sovrapposizioni e rilievi di carta, di spago, di

colore, di ritagli di giornale, di miniature stilizzate con la china.

Lo “sfondo” è fatto, appunto, di tutte queste cose, collocate con perizia, a fronte di un apparente disordine. Ai lati dell’opera, in tre dei tanti ritagli di carta, di libri o di giornale, vi sono tre parole in stampato nero: “passato,” scritto con la virgola, “presente” e “futuro.”, scritto con il punto.

La donna è il simbolo della vita: la vita di una donna nel suo passato, nel suo presente, nel suo futuro. Il passato, probabilmente, ha incorniciato la donna dentro ad uno stereotipo. A una credenza. E non solo dal punto di vista artistico.

Se guardiamo al nostro passato, a

ciò che siamo stati, possiamo farci un’idea, forse sommaria ma abbastanza coerente, di quello che siamo ma, se rimaniamo legati solo a quello che siamo stati, non possiamo essere proiettati verso quello che saremo, o che vorremmo essere.

Anche la sofferenza che spezza l’anima, il dolore che disgrega le membra nell’esperienza di un distacco o di un abbandono, se fosse anche da noi stessi, non può dare i suoi frutti se non la accettiamo come parte della vita, come punto da cui ricominciare per rinnovare quell’immagine che abbiamo di noi stessi, pur consapevoli che il passato non si cambia, ma possiamo utilizzarlo per creare, per ri-crearci nel presente, per costruire il nostro futuro, con i nostri personali “talenti”.

“Ogni rinnovamento è un inizio”, scrive l’artista, proprio nello spazio dell’opera dedicato al

**Anche la sofferenza
che spezza
l’anima, il dolore...**

“presente”, senza tralasciare un accostamento ai “libri di ieri”, memoria del passato che non fa più male, semplicemente c’è, come in un ricordo (la donna è spezzata ma dorme, non sente più male). In questo “straordinario viaggio” che porta la donna verso un “futuro” auspicato di trasformazione interiore, di ricomposizione c’è una corsa, un lavoro infinito e meticoloso d’introspezione (le mani disegnate dietro alla tela divisa del Giorgione), una “spinta” della mente e dello spirito che genera un volo, ma un volo saggio e controllato.

Il futuro è, nel presente, uno slancio verso la vita nuova. Un volo collaudato bene, perché “l’aquilone” della vita va bilanciato così che esso non prenda venti troppo forti o altezze incontrollabili (“quando gli uccelli volano troppo alti il loro canto si fa stonato” scrive l’artista sulla sua opera).

L’aquilone è inoltre l’embrione dentro al quale ella è adagiata, e lo spago che ricuce la sua identità dal basso verso l’alto (marcato con la china dall’artista) è quel filo sottile, che le ridarà la vita intera, che le riporterà i frutti del suo “talento”, che le permetterà di guardare i cieli del futuro.

La donna raffigurata nella sua bellezza spezzata è l’aquilone stesso.

È lei stessa il suo futuro.

1 EDITORIALE
Linee di riferimento per una corretta pratica professionale
di ARMODIO LOMBARDO

4 LA COPERTINA
Passato, presente, futuro
di CATERINA COREA

6 RICERCA
Aree di rischio nella relazione madre figlio
di S. LAVIGNA, A. COSTABILE, F. TENUTA, E. GUERRESI

12 ETÀ EVOLUTIVA
Odontofobia infantile e relazione con comportamenti odontofobici dei genitori
di C. SEGURA GARCÍA, C. MARRAFFA, P. GENTILE, P. DE FAZIO

16 PROGETTI
Esperienza Formativa sul Turismo Sociale all’Università degli Studi di Milano Bicocca
di M.A. POLIMENO, S. BRUNI
con la collaborazione di V. ANTONELLI, S. COLLINI, I.A. DI CESARE, S. GRANIERI, F. MOMBELLI, Z. DE

20 STUDI
DSA disturbi specifici dell’apprendimento
di D. DE SANTIS, A.M. RUFFOLO

23 *La psicologia fenomenologica ed esistenziale e la testimonianza*
di ANTONIO DE LUCA

29 PSICHE & LAVORO
Fiducia e Downsizing
di RICCARDO GIORGIO ZUFFO

SOMMARIO

Aree di rischio nella relazione madre figlio

di S. LAVIGNA¹, A. COSTABILE², F. TENUTA², E. GUERRESI³

Introduzione

L'attesa di un figlio, come è stato già stato messo in evidenza da diversi autori (Ammaniti, et al., 1991), rappresenta per ogni donna un momento di grandi cambiamenti: nasce in gravidanza il bisogno di una nuova immagine di se stessa come donna in relazione alle figure genitoriali, al partner e ai rapporti sociali. Compare uno stato psichico in cui, si ripropongono conflitti psicologici dei primi periodi dello sviluppo a cui è necessario trovare soluzioni nuove e diverse da quelle esperite nell'infanzia e nell'adolescenza (Bibring, 1961).

Per questo motivo la gravidanza e il parto rappresentano situazioni di notevole stress fisico e psicologico che possono sfociare, sotto sfavorevoli condizioni interne ed esterne, verso soluzioni di tipo patologico (Rossi Monti, 1981).

Sappiamo che "in gravidanza è presente una intensa e specifica interdipendenza tra i mutamenti psicologici e quelli biofisiologici". La Benedek (1959), infatti, definisce la gravidanza come "una condizione psicosomatica determinata dal corpo luteo e dal progesterone che ha una contropartita psicologica di tipo orale e regressivo".

La stessa Deutsch (1944-45) considera gravidanza e parto come stato di crisi. Questi riferimenti ad uno stato di crisi ci devono fare riflettere ed analizzare tutte le condizioni che possono influenzare in modo positivo o negativo la sua evoluzione poiché dalla valutazione di questa

si possono ricavare contributi a programmi di assistenza prenatale (Benedek, 1959). In questo senso, si può considerare oltre alle condizioni psicologiche individuali della madre, il percorso assistenziale in gravidanza, la struttura e le condizioni in cui si partorisce, il tipo di rapporto con tutte le figure che seguono la gravidanza e il parto.

D'altra parte il trattamento preventivo psicologico delle gestanti parte importante dell'assistenza prenatale può risultare fondamentale nei programmi di prevenzione dei disagi psichici della famiglia e più in particolare delle prime interazioni madre figlio (Benedek 1959).

Pazzagli (1981) concorda nel considerare che la gravidanza sia una "fase di sviluppo" e l'espressione di una crisi. Quando una situazione è ritenuta possibile fonte di stress, viene attivata una serie di strategie, dette anche strategie di coping, orientate a modificare l'evento stressante o a ridurre il disagio emotivo, oppure a ridefinire il significato dell'evento in termini positivi (Lazarus, Folkman, 1984). Sebbene gli elementi potenzialmente stressanti dopo la nascita del bambino siano molti, la probabilità che l'evento sia valutato come una minaccia o un danno dipende sia dalla possibilità di risorse personali, sia dalla presenza di risorse socio-ambientali. Il parto è stato visto essenzialmente come un evento biosociale (Oakley, 1985) e un momento di passaggio (Fabietti, 1991). Tra le condizioni che favoriscono il benessere della madre e del bambino durante le fasi del travaglio e del parto, ricordiamo

innanzitutto la tranquillità. Un parto si svolge in modo tanto più tranquillo quanto più la donna è serena e quanto più le comunica tranquillità l'ambiente che la circonda. Un parto trasforma l'esperienza della donna in modo completo e irreversibile. I cambiamenti fisiologici e psicologici che entrano in gioco al momento del travaglio e del parto sono molti e costantemente intrecciati tra loro. Nei paesi occidentali, il luogo del parto si è spostato nel corso del tempo, dall'ambiente domestico all'ospedale, con l'obiettivo principale di ridurre il più possibile mortalità e complicanze nella madre e nel bambino. Negli ultimi anni si è verificato un ripensamento delle modalità di assistenza alle madri e si sono sviluppate diverse esperienze di centri nascita alternativi all'ospedale, che promuovono il parto naturale, limitando al massimo gli interventi medici. L'idea alla base di questi modelli di assistenza, è che il parto, necessiti tanto di un'alta tecnologia quanto di un adeguato supporto psicologico; che venga permesso alla donna e alla sua famiglia di partecipare attivamente all'esperienza, nel contesto e con le modalità desiderate (Scopesi, Viterbori, 2003). La quiete e la distensione che l'ambiente può comunicare alla madre durante il parto, è importante anche per il bambino che viene alla luce. Leboyer (1981) sottolinea il vantaggio che porta, al piccolo che nasce, l'ambiente caratterizzato da silenzio e dolce tepore, luce tenue non abbagliante che consente al bambino di aprire gli occhi sul volto della madre. Per questo motivo tutto il personale che segue la gravidanza, e ancora di più chi opera "nell'isola parto" non può avere un ruolo aspecifico, ma deve essere caratterizzato oltre che dalla competenza da un atteggiamento che rassicuri, tranquillizzi la donna e le restituisca con rispetto la competenza del suo corpo. Gravidanza e parto sono "esperienze strutturanti per la donna: il parto rappresenta la morte della bambina e la nascita della madre, una ridefinizione della propria identità che passa attraverso il corpo, attraverso trasformazioni che possono diventare anche tempestose e violente" (Righetti Casadei 2001). Le paure persecutorie in gravidanza sono presenti e possono essere collegate a cose e a persone diverse con diversi gradi di intensità. Le difficoltà relative alla gestione del parto e all'ambiente dove questo viene espletato potrebbero essere in parte responsabili di alcune turbe nelle prime

attitudini, nei primi atteggiamenti della mamma verso il neonato. Possono portare allo stabilirsi di un circolo vizioso di rifiuti e frustrazioni reciprocamente indotte dalla madre al figlio fino ad esitare nelle tensioni iniziali di questo rapporto (Stern 1995).

Per quanto riguarda gli aspetti emotivi, nelle prime settimane dopo il parto le donne esprimono una grande varietà di sentimenti, intensi e spesso contraddittori, che vanno dall'accettazione alla gioia, all'orgoglio fino all'estrema stanchezza, all'ansia al pianto.

Il periodo che segue il parto è da considerarsi critico. Col termine depressione post partum ci si vuole riferire a quel fenomeno diffuso chiamato anche maternità blues o baby blues, forma depressiva lieve che si verifica nel 70-80 per cento delle donne e non costituisce un vero e proprio disturbo dell'umore quanto, piuttosto, una normale reazione emotiva all'esperienza del parto.

In questo periodo è fondamentale che la donna abbia fiducia in sé come persona positiva e dal successo di questo processo dipende la successiva relazione madre-bambino, la capacità di identificarsi con i suoi bisogni per un efficace accudimento.

Se accettiamo l'ipotesi che gravidanza e parto sono condizione di "rischio psico-biologico" ci chiediamo anche se tutto ciò può avere effetto sulle modalità di cura delle madri verso i figli. Nella psicodinamica della gravidanza e del parto dove un sottofondo di rischio è sempre presente sia per il "se" materno che per l'"oggetto" figlio possono riemergere nella madre di fronte al bambino fantasmi inconsci sollecitati dalle angosce personali di base per la perdita del "se" e dell'"oggetto" (Pazzaglia Rossi Monti 1981).

Il concetto di rischio in età evolutiva viene definito come "la probabilità che ha un individuo di sviluppare una data situazione di disadattamento o un cambiamento nel suo stato di salute lungo un periodo di tempo specifico" (Wenner, 1986).

I fattori di rischio possono venire classificati secondo le categorie "biologico", "genetico", "ambientale", "psicosociale" e secondo i periodi di tempo in cui possono manifestarsi: fattori di rischio prenatali (di tipo genetico o ambientale), fattori di rischio perinatali, fattori di rischio postnatali (di tipo biologico o psicosociale) (Genta et al, 1987).

Il bambino può nascere spontaneamente se la madre durante la fase espulsiva può accettare un'esposizione passiva all'aggressività" (Pazzagli Rossi Monti 1981). In questo gioco tra risonanze interne ed esterne piccoli o importanti episodi possono far sì che un equilibrio materno precario precipiti o che giunga ad un punto di rottura. La donna adulta che ha deciso di avere un figlio, capace di fare progetti e di proiettarsi nel futuro si trasforma spesso, al momento del parto in una bambina insicura, che ha timore, una bambina apparentemente inconsolabile ma che reagisce a qualsiasi intervento esterno di tipo consolatorio, di accudimento, di conforto. "Un massaggio, una carezza, possono ridefinire i confini del corpo reale che se viene toccato può continuare ad esistere e può di nuovo mettere in contatto con il mondo come al momento della nascita" (Righetti 1998). Tenendo conto che la componente affettiva dell'esperienza è inscindibile da quella percettiva, non è possibile separare i processi cognitivi da quelli affettivi (Trevarthen, 1990). Negli scambi affettivi tra madre e neonato la disponibilità emotiva della madre appare come l'elemento più significativo per la promozione della sua crescita e del suo equilibrio emotivo; l'assenza di questa può favorire l'insorgere di disturbi evolutivi' (Stern 1995). "Dotato di una sensibilità raffinata, ma esposto a percezioni che cambiano nel tempo e sono eterogenee nello spazio, il neonato vive le prime settimane nell'universo indifferenziato di un vissuto corporeo in cui è inglobata la madre" (Kreiser, 1992). La regolazione madre figlio sarà inizialmente di tipo fisiologico, poi comportamentale ed infine emotiva e sociale. Rispondere alle crisi di maturazione della madre con un opportuno sostegno psicoterapico individuale e o di gruppo potrebbe correggere in tempo alcuni disturbi della relazione caratterizzati da rifiuto e da ostilità nei loro primi contatti. Assistere il parto assecondando i tempi e le emozioni della donna, osservare l'andamento e l'instaurarsi della relazione madre-bambino ci permette di intervenire quando è necessario per sostenere il primo contatto madre figlio nell'immediato post parto. Cogliere segnali di rischio per intervenire nell'immediato post parto sia in ambiente ospedaliero che alle dimissioni cercando un'opportuna rete di collaborazione con i servizi territoriali.

Obiettivo

Scopo della nostra indagine è analizzare i dati relativi alle modalità e ai vissuti del parto e le prime attività di cura date dal bambino in relazione alle qualità dell'assistenza e al rapporto con il personale. Alla luce di queste considerazioni teoriche vogliamo riportare l'esperienza di lavoro del U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Annunziata di Cosenza già diretta dal prof. E. Guerresi.

Metodo

Il campione è formato da 119 soggetti (madri) di età compresa tra i 18 ed i 40 anni. A tutte le gestanti, 248 in totale, che hanno partorito presso l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Annunziata di Cosenza è stato consegnato un questionario, si è chiesto di compilarlo in ogni sua parte, raccontando in forma assolutamente anonima l'esperienza vissuta. I soggetti sono stati invitati, prima delle loro dimissioni, a porre il questionario in apposita cassetta. Il questionario è composto da 86 domande a risposte aperte (in cui il soggetto risponde liberamente) e risposte multiple (in cui al soggetto vengono presentate più risposte).

Il questionario è diviso in diverse sezioni:

- frequentazione del corso di preparazione alla nascita;
- procedure utilizzate al momento del parto;
- modalità e tempi del primo contatto con il bambino;
- tempo in cui il bambino è stato attaccato al seno;
- sensazioni provate nei confronti del bambino.

Lo stesso questionario era già stato utilizzato nel 1985 negli ospedali dell'Emilia Romagna.

La scelta di effettuare l'indagine presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia, già diretto dal primario, Prof. Guerresi E., è stata presa in considerazione del fatto che gli operatori sanitari, medici, ostetriche ed infermiere, della suddetta U.O. applicano le linee guida dell'O.M.S.. L'area nascita è stata progettata seguendo le raccomandazioni dell'O.M.S.

Molta cura è stata rivolta alla scelta degli arredi per creare un'atmosfera piacevole e rassicurante il più possibile vicino alla casa e lontana dagli

stereotipi ospedalieri. Ci si è basati su linee morbide, su materiali caldi e sull'uso particolare dei colori in modo da garantire un effetto cromatico fondamentale nel progetto d'insieme. Pur partendo dal presupposto che gravidanza e parto sono eventi fisiologici si tenta di prevenire e o di rispondere a tutti gli elementi di rischio insiti nel percorso del parto. Nell'unità operativa di ostetricia è stata attiva per qualche anno l'offerta di assistenza psicologica che integrava le attività mediche.

Risultati

Tab.1 – Ha seguito un corso di preparazione al parto?

Seguito il corso preparato	Non ha seguito il corso
38,7%	57,1%

la maggior parte dei soggetti (58%) riferisce di aver immaginato che il suo parto potesse essere diverso da quello avuto e, in particolare meno traumatico (44,5%). Solo una piccola quantità di soggetti (16,8%) non risponde alla domanda (Tab. 3).

Tab. 2 – Il parto lo aveva immaginato in maniera diversa e come?

Diverso da quello immaginato	Meno traumatico	N.R.
58%	44,5%	16,8%

Subito dopo il parto la maggior parte delle donne (52,9%) ha avuto voglia di piangere il 5,9% ha avvertito una sensazione di solitudine e l'8,4% ha avuto una sensazione di tristezza (Tab. 4).

Tab. 3 – Qual'è la sensazione avuta subito dopo il parto?

Voglia di piangere	Sensazione di solitudine	Tristezza
52,9%	5,9%	8,4%

Questa sensazione è stata presente anche nei giorni successivi nel 21,8% il 23,5% non risponde a questa domanda. Questa sensazione è stata condivisa con il partner nel 32,8%, nel 5% con il personale del reparto; e solo nel 10,1% dei casi ha risposto che è stata vissuta in solitudine. Il 4% non risponde (Tab. 5).

Tab. 4 – Questa sensazione è stata condivisa con chi?

Partner	Personale reparto	Solitudine	N.R.
32,8%	5%	10,1%	4%

Alla domanda "dopo quanto tempo ha attaccato il bambino al seno", solo il 2,5% non ha attaccato il bambino al seno solo il 18,5% ritiene di non essere stata aiutata in questa attività il 5% non risponde, e solo il 14,3% l'ha fatto da sola (Tab. 6).

Tab. 5 – Dopo quanto tempo ha attaccato il bambino al seno?

Non ha attaccato il bambino al seno	Non è stata aiutata in questa attività	N.R.	Ha fatto da sola	Ha attaccato il bambino al seno
2,5%	18,5%	5%	14,3%	59,7%

Le sensazioni negative provate nei confronti del bambino sono state così riferite: mi è stato indifferente 1,7%, non mi è piaciuto 0,8%, un po' strano così piccolo 9,2%, non risponde il 7,6% Non si sono sentite per nulla a loro agio con il bambino 0,8%, non risponde il 7,6% (Tab. 6).

Tab. 6 – Le sensazioni negative avute

Indifferente	Non mi è piaciuto	Un po' strano, così piccolo	N.R.	A disagio
1,7%	0,8%	9,2%	7,6%	0,8

Inoltre è stata effettuata un'analisi statistica di associazione di Item del questionario effettuate tramite le tavole di contingenza. Questa analisi vuole dimostrare lo stretto legame, le implicazioni connesse tra alcune domande e le risposte. Sono stati riscontrati risultati statisticamente significativi, nei seguenti Item:

"Aveva immaginato che il suo parto potesse essere diverso" (58%) – "Meno traumatico" (44,5%) (p>.000);
 "Aveva immaginato che il suo parto potesse essere diverso" (58%) – "Dopo il parto ha avuto voglia di piangere" (52,9%) (p>.016).
 "Aveva immaginato che il suo parto potesse essere diverso" (58%) – "Dopo il parto si è sentita sola" (5,9%) (p>.059).
 Questa sensazione è stata presente anche nei giorni successivi" (21,8%) – "Con chi ne ha parlato" marito (32,8%) (p>.000); personale del reparto (5%) (p>.001)
 "Non ha attaccato il bambino al seno" (2,5%) – "Ritiene di non essere stata aiutata ad attaccare il bambino al seno (18,5%) (p>.000).

Conclusioni

Dai dati ricavati emerge che il lavoro di informazione attraverso i corsi di preparazione al parto aiuta le donne a gestire il travaglio e il parto più serenamente.

La strutturazione degli ambienti, la disponibilità di un'ostetrica che segue il travaglio e il parto, la possibilità di muoversi in libertà, di essere assistita dai familiari e di avere uno spazio privato in cui trascorrere molte ore con il marito e il neonato contribuiscono a connotare positivamente questa esperienza; la nascita diventa esperienza di coppia che facilita il pieno contatto con il bambino (Scopesi et al., 2003).

La sensazione e l'esperienza di poter davvero tranquillizzare, aiutare e incoraggiare la propria compagna, dividendo con lei il momento culminante della nascita del figlio approfondisce di molto la comprensione e il calore del rapporto di coppia (Kitzinger, 1989). I dati sul vissuto del parto devono essere oggetto di valutazioni più approfondite per il nostro operare quotidiano dal punto di vista psicodinamico ed organizzativo per attrezzarsi a rispondere alle richieste di presa in carico della persona per capirla e affiancarla nell'avvio di quella che viene definita funzione materna e genitoriale o post parto. Questo lavoro dovrebbe essere previsto sia in ambiente ospedaliero che alle dimissioni costruendo un'opportuna rete di collaborazione tra unità operative ospedaliere e i servizi territoriali.

È normale che le reazioni psicologiche in questa fase siano contrastanti: infatti emozioni positive, che talvolta danno luogo a un aumento del benessere psicologico, coesistono con ansie e sentimenti depressivi. Sensazioni tipiche di questo periodo, sono lo straniamento, legato all'esperienza di "essere due persone in un corpo solo", la vulnerabilità e gli squilibri emotivi, le ansie ricorrenti per la salute propria e del bambino (Lederman, 1996). Durante la gravidanza quindi la donna è chiamata ad affrontare un complesso lavoro simbolico creato per attivare, attraverso un processo decisionale inconscio, il codice materno interno per l'assunzione del ruolo materno. Dal successo di questo processo dipende la successiva relazione madre-bambino, la capacità di identificarsi con i suoi bisogni per un efficace accudimento.

La ricerca clinica attuale dimostra che i copioni comportamentali, affettivi e fantasmi materni immaginati durante la gravidanza organizzano, in parte le ulteriori interrelazioni con il lattante (Missionner, 2005). Nella nostra indagine un'alta percentuale di puerpere aveva immaginato che il suo parto fosse diverso ma soprattutto che fosse meno traumatico. Quando il parto viene vissuto come attacco alla propria integrità psicofisica in alcuni casi può esitare in atteggiamenti di rifiuti verso il bambino. L'esperienza del dolore può, con la sua violenza traumatica diventare un nemico terribile della

creatività virtuale del processo di genitorialità e di separazione-individuazione (Mahler et al., 1975). Pur tenendo conto della reversibilità del comportamento delle puerpere per la grande plasticità psichica delle madri nel post parto un comportamento adeguato da parte del personale dei reparti e la presenza di persone familiari può avere un rapido effetto positivo. Le complicazioni somatopsichiche della nascita e del post parto inaspriscono il processo di relazione tra ciò che è stato fantasticato e ciò che è reale. I risultati sui vissuti negativi riferiti al parto vissuto come più traumatico di quanto immaginato può essere letto come spia di sofferenza. Sebbene gli elementi potenzialmente stressanti dopo la nascita del bambino siano molti, la probabilità che l'evento sia valutato come una minaccia o un danno dipende sia dalla possibilità di risorse personali, sia dalla presenza di risorse socio-ambientali.

Con l'obiettivo di lavorare nel senso della prevenzione primaria la nostra attenzione deve essere tesa ai segnali di possibile rischio anche quando questi riguardano limitati numeri di popolazione.

I segni di sofferenza in maternità corrono il rischio di essere ignorati e sottovalutati e di evolvere in modo sotterraneo: la frequenza delle depressioni post parto e le disarmonie familiari rivela questa miopia culturale (Missionner, Boige, 1999).

Note

1. Consultorio familiare A.S.P. Cosenza
2. Dip. Scienze dell'Educazione Università della Calabria
3. Reparto Ginecologia Ostetricia Presidio Ospedaliero Cosenza.

Bibliografia

- Ammanniti M. (1995). *La gravidanza tra fantasia e realtà. Il pensiero scientifico*, Roma.
- Benedek (1956) *Prentnod as a development phase: a contribution to the libido theory. Journal of American Psicoanalytic Association*, VII, 3.
- Deutsch (1957). *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico*, vol 2. Boringhieri, Torino.
- Fava Viziello G., Stern D.N., (1992). *Dalle cure materne all'interpretazione*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lebovici (1994). *Psicopatologia della prima infanzia*. Vol. I° Boringhieri, Torino.
- Macfarlane A. (1980). *Psicologia della nascita*. Boringhieri, 1980, Torino.
- Mahler, M., Fine, E. Bergman, A., (1975), *La nascita psicologica del bambino*. (Trad., it. Bollati Boringhieri, Missioner S., Boige N., (1999), *Je reflue donc je suis. Vers une approche psychosomatique du Reflux gastro-oesophagien du nourrisson*. Devewr, 11, 3, pp. 51-84,
- Missioner S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*. Raffaello Cortina, Milano. Torino 1978).
- Pazzagli A., Benvenuti P., Rossi Monti M. (1981). *La maternità come crisi*. Il Pensiero scientifico. Roma.
- Righetti Casadei (2001). *Significato e ruolo di corpo azione nel parto: descrizione di un'esperienza. Psicologia della Salute*.
- Righetti P.L., Casadei, D., (2001) *Lo sbocciare di un fiore. Significato e ruolo di corpo-azione nel parto: descrizione di un'esperienza. Psicologia della salute*. N3, pp.
- Romito P. (1992), *La depressione dopo il parto*. Il Mulino, Bologna.
- Scopesi A., Viterbori P. (2003). *Psicologia della maternità*, Carocci, Roma.
- Spitz R (1960). *Il primo anno di vita del bambino*. Giunti Barbera, Firenze.
- Stern D.N. (1995). *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern, D.N. (1995), *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Trevarthen C. (1990), *Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali*. In: Riva Crugnola C., *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Trevarthen, C. (1990), "Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino. In: Ammaniti, M., Dazzi N. (a cura di). *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- Winnicott D W., *La preoccupazione materna primaria*. Martinelli, 1975. Firenze.

Recensione**ANNA SALVO, Perversioni al femminile, Ed. Mondadori – 1997**

Adolescenti che usano il cibo come un'arma, ragazze che si strappano ciocche di capelli o che si infliggono ferite con spille e schegge di vetro, donne che fanno della madre un oggetto-feticcio, che sembrano perseguire ad ogni costo il fallimento sentimentale, che vivono il successo nel lavoro come una colpa, che mentono in continuazione, che sentono il bisogno di mascherarsi con gli abiti o di dominare la persona amata... Apparentemente diversi tra loro, questi comportamenti hanno in realtà la comune matrice della perversione, che nell'universo femminile non si esprime sempre come sessualità deviata, ma anche e soprattutto sotto forma di atti ripetitivi e incontrollabili, sintomi evidenti di sofferenza psichica... Anna Salvo ci accompagna alla ricerca delle origini di queste manifestazioni di malessere, dell'incapacità di accettare il trascorrere del tempo e il dolore per le separazioni e le perdite che esso comporta, nonché dei nodi interiori, dei contrasti e dei disagi che inducono a crearsi uno "spazio dell'illusione", a tentare un'irrefrenabile fuga dalla realtà... (dal risvolto di copertina).

Nella catena relazionale della famiglia, della coppia ma anche in quella professionale e lavorativa la donna quasi sempre ne costituisce l'anello debole, quando salta il sistema è sempre lei che ne paga il prezzo più caro.

La complessità dell'universo femminile a volte disorienta l'operatore nel difficile lavoro di tradurre i messaggi che provengono dal corpo della donna, dai suoi comportamenti e dall'emotività espressa.

Il libro della collega e conterranea Anna Salvo è da ritenersi un manuale per gli operatori che si occupano della condizione femminile. In particolare gli psicologi dei Consultori Familiari che prevalentemente accolgono i disagi che feriscono le donne nelle loro identità e ruoli di moglie, madre, figlia ecc., troveranno riferimenti puntuali che si traducono in strumenti di consapevolezza per accompagnarle lungo il cammino di una consulenza di sostegno o di una psicoterapia.

*Anna Salvo, psicoterapeuta di formazione psicoanalitica, collabora con il Dipartimento di Sociologia dell'Università degli studi della Calabria. Per "Il Manifesto" si è occupata di temi di psicologia clinica. Ha contribuito a Verso il luogo delle origini (La Tartaruga, 1992) e a Psicoanalisi al femminile (Laterza, 1992). Ha pubblicato *Depressione e sentimenti* (Mondadori, 1994; tre edizioni) e, con Gabriella Buzzati, *Corpo a corpo* (Laterza, 1995).*

(a cura di Francesco LANDO)

Odontofobia infantile e relazione con comportamenti odontofobici dei genitori

di C. SEGURA GARCÍA, C. MARRAFFA, P. GENTILE, P. DE FAZIO*

Introduzione

La paura è una reazione emotiva ad un pericolo reale o fantasticato che attiva comportamenti di allarme e difesa. Alla genesi della paura contribuiscono diversi fattori: substrati biologici, tratti temperamentali ed elementi ambientali. Questi fattori variamente combinati in ciascun individuo determinano la diversa sensibilità e reattività di fronte agli stimoli ansiogeni. Dental fear refers to the fear of dentistry and of receiving dental care. La paura del dentista si riferisce alla paura di ricevere cure odontoiatriche. A pathological form of this fear (specific phobia) is variously called dental phobia, odontophobia, dentophobia, dentist phobia, or dental anxiety. Una forma patologica di questa paura (fobia specifica) è variamente chiamata fobia del dentista, odontofobia, dentofobia, orolofobia o ansia dentale. La fobia è una paura marcata, irragionevole e persistente di oggetti o situazioni della cui innocuità il soggetto è consapevole e in cui si ha un'intensificazione dell'ansia all'avvicinamento del fattore scatenante. L'odontofobia ha, come le altre fobie, diverse componenti (cognitiva, emozionale, comportamentale e psicologica)¹. However, it has been suggested that the term "dental phobia" is often a misnomer, as many people with this condition do not feel their fears to be excessive or unreasonable and resemble individuals with post-traumatic stress disorder, caused by previous traumatic dental experiences.

In alcune persone questa paura può non essere del tutto irragionevole, essendo legata a precedenti esperienze traumatiche dentali, potendo pertanto assumere un significato strettamente connesso ad un disturbo post-traumatico da stress.

La carie dentaria è una delle malattie più comuni nei bambini, si stima che l'8,4% dei bambini statunitensi a 2 anni di età ha avuto la perdita o l'otturazione di un dente e che a 5 anni nel 40,4% dei bambini i denti affetti diventano 2. Si calcola che circa il 15% della popolazione sopporti il mal di denti e non segua cure dentarie per la paura del dentista. I soggetti con odontofobia, specialmente i bambini, si recano dall'odontoiatra solo quando il dolore è diventato insopportabile.

Questa sindrome, quindi, può provocare dei danni importanti per la salute dei denti e per la salute generale di chi ne soffre: infiammazioni e dolori a denti, gengive e ossa alveolari possono compromettere la funzione masticatoria e digestiva. Questo circolo vizioso non fa che aggravare la situazione. L'odontofobia può anche avere conseguenze psicosociali negative, ad esempio bassa autostima o demoralizzazione secondaria. I bambini temono soprattutto la siringa, il trapano e i sapori cattivi; gli adulti hanno paura anche del sangue, delle infezioni, di svenire, di possibili reazioni allergiche all'anestetico, di essere derisi per la cattiva igiene orale e dei costi.

Freeman afferma che se la paura del dentista fosse davvero causata dal pensiero del dolore fisico, oggi che gli interventi sono spesso indolori e le tecniche anestetizzanti molto più efficaci, la percentuale dei

fobici dovrebbe essere di molto inferiore rispetto a 30 anni fa, (quando curarsi i denti era davvero doloroso), invece è pressoché invariata. Sebbene possano essere utili palliativi gli ansiolitici, nessun farmaco né strumento indolore riesce a tranquillizzare completamente un orolofobico, e non di rado i pazienti richiedono l'anestesia generale, tecnica utilizzabile solo in presenza dell'anestesista e con rischi non trascurabili. Per tanto il dentista ha bisogno di utilizzare strategie comunicative verbali e non verbali così come tecniche di distrazione, "desensibilizzazione sistematica", "shaping" o "modeling" per ridurre la tensione del soggetto orolofobico e nei casi più difficili può ricorrere a tecniche di "rilassamento progressivo", al "training Autogeno" o al "biofeedback". Per i piccoli pazienti, poi tutto deve sembrare un gioco; la migliore prevenzione si ottiene quando il paziente va con piacere ai controlli dal dentista. Studi hanno dimostrato una stretta associazione tra comportamento del personale odontoiatrico



e ansia dentale infantile, che risulta ridotta in particolare in presenza di uno stile empatico e di rassicurazioni verbali. Invece non ci sono prove di efficacia certa né dell'ipnosi né della sedazione nell'odontofobia infantile. Questi dati preoccupanti che hanno indotto a valutare la prevalenza dell'oralofobia nei bambini in età scolare e l'eventuale relazione con l'oralofobia dei genitori.

Materiale e metodi

Sono stati coinvolti nella ricerca 439 bambini tra 5 e 10 anni di età di Catanzaro (53% maschi),

appartenenti a tre plessi scolastici di altrettante zone della città, e 327 genitori. Hanno risposto ad un questionario autosomministrato creato ad hoc allo scopo di indagare l'entità dell'oralofobia in età infantile e la possibile relazione con l'oralofobia dei genitori.

Risultati

Nel campione sono rappresentati i bambini appartenenti alle cinque classi delle scuole elementari, con una minore frequenza delle I classi. I bambini dichiarano avere una buona igiene dentale: più della metà afferma lavarsi i denti dopo i pasti principali. Il 75% di loro ha effettuato almeno una visita odontoiatrica ma si avverte una grande variabilità nell'età media del primo consulto odontoiatrico ($5,9 \pm 2,9$ anni). Il 35% degli intervistati ammette l'odontofobia, e di questi il 39% confessa aver pianto durante la visita, specialmente le bimbe ($X^2 = 3,796$; $df = 1$; $p = 0,05$). I genitori hanno cercato di motivare la visita in precedenza, ma in molti casi hanno soltanto convinto (31%) o costretto (4%) i figli a farla; in questi ultimi due casi la oralofobia ($X^2 = 58,999$; $df = 3$; $p < 0,001$) e il pianto ($X^2 = 41,263$; $df = 3$; $p < 0,001$) sono stati significativamente più frequenti. I bambini che hanno fratelli o genitori che si sottopongono regolarmente a visite odontoiatriche si mostrano più tranquilli quando si trovano loro nella condizione di pazienti. Il livello culturale dei genitori intervistati è medio e il 75% sono mamme. Affermano di lavarsi i denti dopo i pasti (93%), di essere stati osservati dai figli mentre si spazzolano i denti e che spesso gli hanno chiesto di lavarsi i denti insieme. L'80% conferma che i propri figli si sono già sottoposti ad una visita odontoiatrica e di questi più del 66% si sono mostrati sereni. In molte occasioni (38%) la causa della visita è stata un'urgenza. In generale i comportamenti orolofobici dei bambini non sono correlati ad un simile comportamento dei genitori; piuttosto questo atteggiamento è più comune tra i bambini che si sottopongono a visita odontoiatrica per acuzie o senz'adeguata spiegazione previa da parte dei genitori; tuttavia è importante sottolineare che i genitori delle bambine orolofobiche a loro volta hanno la tendenza ad evitare o rimandare

la propria visita dentistica ($\chi^2=40,990$; $df=4$; $p<0,001$).

Discussione

L'odontofobia è un fenomeno tuttora diffuso; attualmente l'incidenza stimata varia tra il 3% ed il 21% con esordio proprio nell'infanzia (circa 80%). Infatti, la proporzione di bambini in età pre-scolare e scolare che manifestano comportamenti riconducibili a tipiche forme di "ansia dentale" è stimata attorno al 16%, pur se vi è notevole variabilità nelle stime che arrivano fino all'21% in Canada e addirittura al 43% in Cina. Coerentemente a tali dati, nel campione di bambini esaminati nel nostro studio, l'incidenza dell'oralofobia è pari al 35%. In accordo ai dati della letteratura, le femmine mostrano maggiori livelli di ansia rispetto al trattamento dentale. La percentuale degli odontofobici non è sostanzialmente cambiata nel corso del tempo, nonostante il fatto che in passato, non essendo disponibili gli attuali sistemi di analgesia e anestesia, sottoporsi a trattamenti odontoiatrici era veramente doloroso. La reazione ansiosa può essere associata ad un processo di modellamento comportamentale (di solito mutuato dagli atteggiamenti e dai comportamenti dei genitori, in particolare della madre) oppure di acquisizione di informazioni fortemente suggestive in senso negativo, indotte soprattutto dalla descrizione ripetuta di esperienze angosciose o terrificanti da parte di coetanei o adulti fobici. Riguardo la relazione tra l'ansia dentale dei bambini e l'ansia dentale dei genitori nella letteratura scientifica i dati sono contrastanti; infatti alcuni studi dimostrano che l'ansia dentale dei bambini non è correlata a quella delle madri. Altri studi mostrano una significativa relazione tra l'ansia dentale nei bambini e nei loro genitori, soprattutto per quanto riguarda i bambini di età inferiore o uguale a 8 anni. Lo stile parentale (genitori permissivi o autorevoli) non sembra essere associato al grado di oralofobia dei figli. Nel nostro campione, sebbene non sia stata dimostrata una correlazione diretta tra odontofobia infantile e paterna, si è costatato che i bambini che hanno fratelli o genitori che si sottopongono regolarmente a visite

odontoiatriche si mostrano più tranquilli quando si trovano loro nella condizione di pazienti e che i genitori delle bambine oralofobiche a loro volta hanno la tendenza ad evitare o rimandare la propria visita dentistica.

Un fattore importante per ridurre l'ansia dentale infantile è legato alla preparazione e rassicurazione psicologica al trattamento odontoiatrico. Coerentemente a ciò, in tale campione l'oralofobia e il pianto sono stati significativamente più frequenti nei bambini che sono stati costretti dai genitori a sottoporsi a trattamento odontoiatrico. Esaminando i dati di letteratura, si può concludere che non è possibile stabilire una chiara relazione di causa-effetto tra l'ansia dei genitori e l'ansia dentale dei bambini; i dati contrastanti, le diverse manifestazioni e gradi di intensità con cui l'ansia dentale si può manifestare nei bambini, fanno ipotizzare che anche la genesi dell'ansia dentale è multifattoriale. In sintesi, il figlio di un genitore ansioso è molto probabile che abbia ansia dentale e, in particolare, il figlio di una persona che ha ansia dentale è molto probabile che sviluppi odontofobia, ma non è possibile né prevederlo né escludere la presenza di altre possibili cause. Diversi sono, infatti, i fattori che contribuiscono alla genesi dell'ansia dentale (esperienze dolorose traumatiche dentali, non dentali, immagini viste in televisione, racconti da altre persone, ecc).

Conclusioni

Se pur il migliore strumento per la prevenzione della oralofobia infantile sia evitare che le visite odontoiatriche attendano il momento delle acuzie, un'adeguata formazione degli odontoiatri finalizzata al riconoscimento di queste problematiche e all'acquisizione di tecniche utili per l'approccio al bambino aiuterebbero a ridurre l'entità della sindrome. Nei casi più gravi, lo psicologo sarà chiamato a fare una valutazione clinica attenta dei bambini odontofobici e attuare la terapia più adeguata.

Nota

* Cattedra di Psichiatria. Facoltà di Medicina. Università Magna Graecia di Catanzaro.

Bibliografia

- Armfield JM., *How do we measure dental fear and what are we measuring anyway?* Oral Health Prev ent. 2010;8(2):107-15.
- ten Berg M., *Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear.* Eur Arch Paediatr Dent. 2008 Feb; 9 Suppl 1:41-6.
- Locker D., *Psychosocial consequences of dental fear and anxiety.* Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Apr; 31(2):144-51
- Freeman R. *Assessing and managing dental phobia in general practice: some practical suggestions.* Br Dent J. 1998 Mar; 14;184(5):214-6.
- Zhou Y., Cameron E., Forbes G., Humphris G., *Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour.* Patient Educ Couns. 2010 Aug; 29.
- Al-Harasi S., Ashley P.F., Moles D.R., Parekh S., Walters V., *Hypnosis for children undergoing dental treatment.* Cochrane Database Syst Rev. 2010 Aug; 4;(8):CD007154.
- Matharu L.M., Ashley P.F. *Sedation of anxious children undergoing dental treatment.* Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr; 18;(2):CD003877.
- Matharu L.L., Ashley P.F., *What is the evidence for paediatric dental sedation?* J. Dent. 2007 Jan;35(1):2-20. Epub 2006 Sep 28.
- Galeazzi A., Prinzo C., *Odontofobia in età evolutiva.* XIV Congresso nazionale AIAMC 8-11 Novembre 2007, Genova
- Folayan M.O., Idehen E.E., Ojo O.O., *The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review.* Int J Paediatr Dent. 2004 Jul;14(4):241-5.
- Klaassen M., Veerkamp J., Hoogstraten J., *Predicting dental anxiety. The clinical value of anxiety questionnaires: an explorative study.* Eur J Paediatr Dent. 2003 Dec;4(4):171-6.
- Lahti S., Luoto A., *Significant relationship between parental and child dental fear.* Evid Based Dent. 2010;11(3):77.
- Themessl-Huber M., Freeman R., Humphris G., MacGillivray S., Terzi N., *Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis.* Int J Paediatr Dent. 2010 Mar;20(2):83-101.
- Krikken J.B., Veerkamp J.S., *Eur. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study.* Arch Paediatr Dent, 2008 Feb;9 Suppl 1:23-8.

Esperienza Formativa sul Turismo Sociale all'Università degli Studi di Milano Bicocca

di M.A. POLIMENO¹ S. BRUNI²

con la collaborazione di V. ANTONELLI, S. COLLINI, I.A. DI CESARE, S. GRANIERI, F. MOMBELLI, Z. DE³

Perché il “Laboratorio sul Turismo Sociale”

Il Turismo Sociale, che non si identifica soltanto con il “turismo assistito”, si presenta come un fenomeno trasversale che interessa in vario modo diversi soggetti e organismi (il turismo degli anziani, degli studenti, dei disabili, degli emigrati ecc.), nonché diverse tipologie di turismo (balneare, sportivo, termale...) con clienti motivati soprattutto dal desiderio di socializzazione. Pertanto, in quest'ottica, diventa occasione di formazione, allarga la conoscenza di ambienti, di persone, di costumi e di fatti storici. La vacanza per le persone con bisogni specifici diventa pertanto un *intervento sociale, educativo e riabilitativo insieme*, che ha come finalità principale la *promozione del benessere della persona*. Per questi motivi e per il fatto che il turismo sociale si differenzia per caratteristiche precise dal turismo di massa, emerge la necessità che gli operatori ed i professionisti del settore acquisiscano conoscenze e competenze per apprendere le strategie di approccio e di relazione con questa tipologia di clienti e per la finalizzazione dei pacchetti turistici. In attesa che l'Università definisca percorsi formativi più rispondenti, circa un anno fa con l'amico e collega Giuseppe Rulli (prematuramente scomparso nel novembre scorso), interessandoci ormai dal 2001 ai temi del Turismo Sociale, abbiamo proposto l'idea, poi accolta, di un laboratorio sul turismo sociale all'Università Milano – Bicocca con la finalità di evidenziare agli studenti della facoltà di

Sociologia del Corso di laurea Magistrale in Turismo, Territorio e Sviluppo locale”, coordinato dalla Prof. Elena Dell'Agnese, le principali problematiche comportamentali e relazionali che contraddistinguono soprattutto il viaggiatore con disabilità psichiche, motorie, e sensoriali. Infatti, per ciascuna di queste è importante attivare strategie di comunicazione diverse, che possono favorire fortemente la fidelizzazione del cliente e dei suoi accompagnatori. Il Laboratorio sul Turismo sociale si è tenuto nel periodo aprile/maggio 2010 dando attenzione: Alle varie tipologie di bisogni specifici dei turisti con disabilità ed ai requisiti del sistema di accessibilità; All'analisi dell'approccio relazionale degli operatori turistici con i clienti con disabilità motorie, mentali, della vista e dell'udito; A far comprendere un modello di programmazione finalizzato alla promozione del turismo sociale.

Finalità della formazione del personale di accoglienza

L'obiettivo della formazione del personale preposto all'accoglienza del turista è quello di prepararlo per eliminare quegli ostacoli, non solo fisici, che impediscono alle persone con disabilità motoria, sensoriale e intellettiva/relazionale di sperimentare un'esperienza di viaggio che sia, oltre che di scoperta dei luoghi artistici e culturali, anche di carattere socio/educativo attraverso la

creazione e la proposta di pacchetti e percorsi che tengano conto delle loro specificità.

La formazione deve approfondire il concetto che l'approccio al cliente deve tenere conto del presupposto di inclusività ed universalità, superando la distinzione tra programma "speciale", contrapposto o alternativo a quello "normale", riferendosi all'uomo nella sua varietà di condizioni.

L'importanza delle informazioni e il loro utilizzo per l'elaborazione di pacchetti turistici personalizzati

Sono tanti e diversi i peculiari bisogni del turista: l'accessibilità a tutti gli spazi e a tutti i servizi, la reperibilità di strutture e personale sanitario, la disponibilità di vitto dietetico, sono alcune delle disparate domande a cui è necessario dover e saper rispondere per garantire a tutti i presupposti che gli consentono di programmare la propria vacanza.

Per rendere disponibili informazioni dettagliate, ma soprattutto attendibili, certe, vere, è stata realizzata la "Guida al Turismo sociale", che nasce da un'idea degli autori (Giuseppe Rulli e M. Alessandra Polimeno) ed elaborata attraverso un progetto di ricerca con la Casa Editrice Vannini di Brescia, alla quale hanno partecipato diversi collaboratori. L'idea degli autori è nata dalla convinzione che la *guida* si potesse collocare nella direzione di creare un sistema organico di informazioni necessarie per migliorare i programmi delle vacanze per persone disabili e con bisogni specifici.

I risultati del laboratorio sul Turismo Sociale: i Project Work

L'azione didattica proposta dal Laboratorio, al fine di "orientare" lo studente nel complesso panorama del Turismo Sociale, ha previsto anche un'attenzione alla programmazione attraverso l'elaborazione individuale, da parte dei ragazzi, di Project Work basati su proposte condivisibili di turismo sociale, ciò per far acquisire una corretta metodologia di approccio progettuale in cui trovino pieno rispetto la diversità e i bisogni che ne derivano, soprattutto quando in gioco vengono posti l'offerta dei beni ambientali e culturali.

Ma come si progetta una vacanza? Il profilo che è stato proposto agli studenti durante il laboratorio adotta "metodi attivi" e si basa sui seguenti assiomi:

- il turista con bisogni specifici è una persona attiva ed è protagonista della propria educazione e riabilitazione;
- l'educazione e la riabilitazione sono dimensioni integrate e si radicano nell'esperienza interpersonale e relazionale con l'"altro". L'occasione dell'incontro tra la persona e gli "altri" è data dall'evento, dalla manifestazione, ecc.;
- l'ambiente di accoglienza ha un ruolo sostanziale nel processo, perché le condizioni che offre sono alla base della buona riuscita del programma;
- l'attività, intesa come ricerca ed esperienza personale vissuta e partecipata, è l'elemento essenziale per lo sviluppo e la crescita della persona e si esplica su temi di apprendimento e tecniche specifiche.

Per gli studenti i temi specifici di riferimento individuati per realizzare il loro lavoro sono stati: l'accoglienza e la qualità delle relazioni, l'accessibilità dei luoghi, l'attenzione al vitto dietetico.

Project work n. 1 "La riprogettazione di un hotel per la sua accessibilità" di Vadim Antonelli

Il Project Work è stato elaborato da uno studente che già lavora nel settore turistico, come segretario di ricevimento di un hotel 4 stelle a Milano. Partendo dalla sua esperienza in una struttura non completamente accessibile, ha focalizzando l'attenzione sugli "standard" fondamentali per la fruizione degli spazi per le persone con disabilità motorie.

Project work n. 2 "VACANZE MangiAbili" di Silvia Collini

Questo progetto si rivolge a persone che hanno "bisogni specifici" per quanto riguarda l'alimentazione, e che soprattutto in vacanza hanno la necessità di identificare i punti di ristoro che rispondano alle loro esigenze: persone che soffrono di allergie o intolleranze alimentari, persone che devono seguire diete particolari a causa di malattie quali i diabetici, i cardiopatici, gli obesi, ecc. Questa è un'idea progettuale per aiutare tutti quelli che non vogliono rinunciare al piacere di conoscere

e visitare posti nuovi senza il problema di una cucina per loro inaccessibile!

Project work n. 3 “Stessa spiaggia, stesso mare”
di Ivanna Angela Di Cesare

Questo progetto ha lo scopo di garantire una vacanza rilassante e divertente nelle bellissime spiagge libere del Gargano, in Puglia, luogo di origine dell'autrice del progetto, anche ai disabili motori sia permanenti che temporanei in carrozzina, ai deambulanti col tripode o con stampelle, così come ad anziani e/o famiglie con bambini piccoli in passeggino, senza costringere queste persone a rivolgersi necessariamente a stabilimenti balneari privati.

Project work n. 4 “Hotel -servizio per i disabili”
di Zhiling De

Il progetto della studentessa parte da un'analisi della situazione in Cina per quanto riguarda la recettività alberghiera considerando che le categorie di base sono:

- *family hotel*: per clienti che viaggiano con i membri della propria famiglia per turismo o altro;
- *business hotel*: per clienti che viaggiano per affari;
- *resort hotel*: per clienti che vogliono una vacanza all'insegna del benessere e del relax immersi nel lusso.

Tuttavia, nonostante il pullulare di strutture sempre più diversificate, spesso mancano le attenzioni basilari per clienti con bisogni specifici: neonati e bambini molto piccoli, anziani, donne in gravidanza, disabili motori, psichici e sensoriali, ecc. che possono soggiornare trasversalmente in tutte e tre le categorie di hotel sopra citati.

Partendo da questa riflessione l'autrice individua alcuni interventi che potrebbero rendere il soggiorno molto più comodo e piacevole a queste persone con alcuni accorgimenti che non sembrano essere sempre presenti nelle strutture cinesi.

Project work n. 5 “Recupero edificio ex-colonia elioterapica, situata nel comune di Germignaga, per fini didattico-ricreativi” di Mombelli Francesca

Questo *project work* ha preso in considerazione un'ipotetica ristrutturazione completa dell'ex colonia elio-terapica del comune di Germignaga,

in provincia di Varese, ai confini con la Svizzera. In questo progetto viene immaginato il recupero della colonia per lo svago estivo dei bambini come laboratorio didattico per bambini dai 6 ai 12 anni, rendendolo interamente accessibile anche ai bambini con disabilità. Il turismo sociale ha l'obiettivo di soddisfare il bisogno di socialità, di relazioni interpersonali, di apprendimento, di cultura e tra le pratiche sperimentate fino ad oggi sembra che ottengano maggiori risultati quelle costituite dalle attività educative.

I lavori presentati dai ragazzi che hanno frequentato il laboratorio hanno fatto emergere come, oltre all'esercizio didattico, abbiano sviluppato una riflessione sia sul percorso che i servizi pubblici dovranno continuare a compiere per sostenere lo sviluppo del turismo sociale, sia al ruolo che loro, come professionisti del turismo, dovranno avere per contribuire a sostenere un processo culturale già avviato che migliori sempre più la qualità dell'accoglienza del turista con bisogni specifici.

Note

1. Psicologa e Psicoterapeuta, esperta in Turismo Sociale
2. Psicologa, ha collaborato alla ricerca della “Guida sul turismo sociale” - Ed. Vannini
3. Studenti Facoltà di Sociologia – Corso di Laurea Magistrale in Turismo, Territorio e Sviluppo locale
4. È stato Pedagogista esperto in Turismo Sociale, socio fondatore e già Presidente ANPE

Bibliografia

Costa N., "I professionisti dello sviluppo turistico locale" Hoepli Editore, Milano 2005;

Dipartimento del Turismo "Primo Vademecum per il Turista con Bisogni speciali" Roma 1999;

Empler T., "Progettare il comfort urbano e d'interni" Rimini Maggioli 1997

Leris Fantini, T., 15 Provincia di Rimini Assessorato al Turismo, Marzo, 2007

Polimeno M.A., "Il turismo sociale un mezzo per promuovere il benessere della persona e lo sviluppo del territorio" in Rivista Scientifica quadrimestrale dell'ANPE n. 3/ 07, Ed. La Rondine CZ;

Rulli G., Polimeno M.A., "Nuovi servizi per promuovere il benessere di turisti con bisogni speciali e la cooperazione dei servizi sanitari" in Rivista Scientifica quadrimestrale dell'ANPE n. 1/ 07, Ed. La Rondine CZ;

Rulli G., Polimeno M.A., "Turismo sociale orientamenti pratici per famiglie e servizi" Ed. Scientifiche Vannini – Brescia 2008

Rulli G., Polimeno M.A., "Guida al Turismo sociale – Nord Italia" Ed. Scientifiche Vannini – Brescia 2010

Sitigrafia

<http://www.mobilita.com/rivista/242002/milano.htm>;

<http://www.milanopertutti.it/home.asp>

<http://www.milanopertutti.it/paginainterna.asp?m=1&tipo=percorsi>

<http://www.cjrly.com>

<http://www.mondopossibile.com>

<http://www.cortivo.it>

Recensione

TIMOTHY FINDLEY, L'uomo che non poteva morire, Edizione Neri Pozza



Esistono persone la cui esperienza della vita è così distante dalla nostra che li chiamiamo **pazzi**. È una semplice convenzione. Li chiamiamo così per sottrarci alla responsabilità di prendere posizione sul loro posto nella comunità umana. Pertanto li releghiamo nei manicomi, li recludiamo dentro porte sbarrate, dove non li vediamo e non sentiamo le loro grida. Ma per loro, non c'è differenza tra ciò che noi chiamiamo **sogni e incubi** e il mondo nel quale essi conducono l'esistenza quotidiana. Ciò che per noi sono **visioni** riservate ai mistici – i miracoli di Cristo, le vite dei santi, le visioni apocalittiche di Giovanni – per loro sono il tessuto dell'esperienza di tutti i giorni. Ai loro occhi, può esserci santità negli alberi e nei rospi, dèi viventi nel fuoco e nell'acqua, e una voce nei turbini del vento alla quale, se solo fossimo disposti ad ascoltare, indirizzerebbero la nostra attenzione. Sono queste le condizioni in virtù delle quali esistono coloro che soffrono di **demenza**. Essi non vivono "in altri mondi" ma in una dimensione di **questo mondo** che noi, per paura, ci rifiutiamo di riconoscere.

Il dottor C.G. Jung ha ripreso dal cassetto della sua scrivania il libro dove erano contenute queste parole scritte nel 1901 da R.D. Parson - americano, studente di psicologia giunto in Europa nel 1898 – quando si è trovato di fronte al caso veramente complicato di mr Pilgrim.

Il libro, Elogio della demenza, era stato nascosto in fondo al cassetto avvolto in una carta di giornale dopo che R.D. Parson era stato ucciso, mediante crocifissione, da un suo paziente della clinica che le autorità gli hanno concesso di aprire a Parigi in seguito alle pressioni di un vasto movimento di opinione che ha condiviso le teorie di Parson.

"Ho vissuto molte vite, dottor Jung...vidi la prima rappresentazione di Amleto e l'ultima recita dell'attore Molière. Fui amico di O. Wilde e nemico di Leonardo". Nella clinica psichiatrica Burgholzi di Zurigo, mr Pilgrim viene condotto al cospetto di C.G. Jung dalla bella ed enigmatica Lady Quatermaine dopo un fallito tentativo di suicidio. Lì pone fine al suo ostinato mutismo con deliranti ed inaspettate confessioni.

Chi è quell'uomo? Un mitomane profondamente malato, un geniale millantatore, oppure la vittima di una strana maledizione?

E chi è a sua volta lui, C.G. Jung, con quella sua personalità piena di arroganza e d'intuizione, di compassione e di disumanità?

Timothy Findley è nato nel 1930 nell'Ontario. Vincitore di numerosi premi letterari, ha scritto numerosi romanzi e raccolte di racconti, oltre a saggi e opere teatrali. È morto in Francia nel 2002 dove aveva ricevuto il titolo di Chevalier de l'Ordre des Arts et des Lettres.

(a cura di Francesco LANDO)

DSA disturbi specifici dell'apprendimento

di D. DE SANTIS¹, A.M. RUFFOLO¹

“La dislessia non è un problema complesso. È una combinazione di elementi semplici da gestire uno dopo l'altro. Alla base della dislessia c'è un'attitudine naturale, un talento. Il dono della dislessia è il dono della padronanza”.

R. Davis

Socno una ricrea dlel'Unvrsetia di Carbmndigie l'oidrne dlele lertete all'iterno diuna praloa non ha imprtzaona a ptato che la pimra e l'ulimta saino nlelea gusita psoizoine. Anhce se le ltteere snoo msese a csao una peonrsa puo' leggere l'inetra fasre sneza problremi. Ci' è dovuto al ftato che il nstoro celverlo non lgege ongi sigonla leterta ma tiene in cosinaderzione la prolaa nel suo inesime. Incredibile he?

Con l'acronimo DSA si indicano i Disturbi Specifici di Apprendimento che raggruppano diverse difficoltà legate alla capacità di lettura, di scrittura, di calcolo, di comprensione.

Si inizia a parlare di disturbi specifici di apprendimento e in particolare di dislessia, solo verso la fine del 1800 e lo si fa in termini puramente medici. Bisogna aspettare il 1917 per avere il primo vero trattato sulla dislessia; per anni il problema è stato affrontato solo dal punto di vista medico, all'inizio i pazienti venivano sottoposti a visita oculistica in quanto si credeva che il disturbo dipendesse da un deficit di tipo visivo. Questa impostazione è andata avanti sino agli anni 80, infatti risale al 1983 il metodo Irle secondo cui i dislessici traevano beneficio dall'uso di occhiali con lenti colorate. Con

l'evoluzione scientifica si è arrivati a capire che il principale imputato nelle difficoltà di apprendimento, quindi nella dislessia, è il cervello. Va precisato che i DSA sono dei deficit funzionali dovuti ad alterazioni di natura neurobiologica, in quanto dipendono da un cattivo funzionamento di micro circuiti neuronali o da lievi alterazioni di aree corticali, non dipendono quindi da problemi psicologici (emotivo - relazionali, familiari, etc.), da pigrizia o poca motivazione. In altre parole, si tratta di una caratteristica personale con cui si nasce, che si manifesta appena si viene esposti all'apprendimento della letto-scrittura e si modifica nel tempo, senza tuttavia scomparire. È indubbio che tali difficoltà provochino conseguenze sia sul piano degli apprendimenti sia sul piano psicologico, nonostante l'origine neurobiologica. La dislessia, la disortografia, la disgrafia e la discalculia sono nomi diversi che di fatto si riferiscono allo stesso problema e hanno valore piuttosto descrittivo che diagnostico e fanno parte dei learning-dysabilities, termine anglosassone tradotto in italiano con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). La dislessia, è un disturbo specifico di lettura che si manifesta in persone normodotate, con istruzione idonea, integrità neurosensoriale e ambiente socio-culturale favorevole, che trovano difficoltà nell'automatizzare il processo di interpretazione dei segni grafici (grafemi). I bambini dislessici non presentano lo stesso tipo di disturbo: ogni bambino presenta delle caratteristiche diverse. Il Disturbo specifico della lettura prevede che il bambino sia incapace di acquisire i livelli prevedibili per quel che riguarda l'accuratezza, la velocità o la comprensione; produca distorsioni, sostituzioni o

omissioni nella lettura ad alta voce; sia lento e faccia errori di comprensione sia nella lettura ad alta voce sia nella lettura silenziosa.

Nelle fasi iniziali di apprendimento di un sistema di lettura e scrittura di tipo alfabetico, vi possono essere difficoltà nel recitare l'alfabeto, nel riconoscere correttamente le lettere, nel fornire semplici rime per determinate parole e nell'analizzare o categorizzare suoni. In seguito, vi possono essere errori nella lettura ad alta voce consistenti in omissioni, sostituzioni, distorsioni o addizioni di parole o parti di parole; lentezza della lettura; false partenze, lunghe esitazioni o perdita della posizione nel testo e stile non accurato; inversione di parole nelle frasi o di lettere all'interno delle parole.

I deficit nella comprensione della lettura possono essere evidenziati anche da un'incapacità di ricordare le cose lette; un'incapacità di trarre conclusioni o inferenze dal materiale letto; un uso di conoscenze di carattere generale piuttosto che di informazioni derivanti dalla lettura nel rispondere a quesiti su quanto letto. Oltre a presentare difficoltà di lettura il bambino dislessico commette quasi sempre gravi errori ortografici di scrittura, compie errori nella scrittura o nella lettura dei numeri, a volte presenta grafia incomprensibile (disgrafia). In questo senso, si parla di "sindrome dislessica" che raggruppa una costellazione di disturbi che riguardano, oltre la lettura, anche la scrittura e il calcolo (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia). Dal punto di vista dei modelli del funzionamento mentale, questi disturbi devono essere tenuti ben distinti, in quanto si possono osservare casi che presentano selettivamente una sola tra queste difficoltà, risultando indenni negli altri compiti. La disortografia, quale rilevante compromissione nello sviluppo delle capacità di scrittura ortografica, prende in considerazione solo il processo di trascrizione, cioè il disturbo delle componenti del processo fonologico (errori e omissioni nella scelta dei fonemi) e il disturbo della componente del processo ortografico (errori nelle parole omofone). Gli errori più frequenti consistono nell'incapacità di distinguere lettere molto simili per la forma o per il suono; nell'inversione di lettere; nell'omissione di lettere o sillabe nell'ambito di una parola; nella sostituzione di intere parole; nella mancanza di doppie; nella composizione libera il testo è breve, il vocabolario povero, la composizione di parole in frasi inadeguata e la punteggiatura carente. La discalculia, si manifesta con la difficoltà di automatizzazione di semplici calcoli, delle tabelline e

nella manipolazione dei numeri e dei segni aritmetici. Le difficoltà di apprendimento comportano storie di insuccesso scolastico che finiscono spesso per compromettere non solo la carriera scolastica ma anche lo sviluppo della personalità ed un adattamento sociale equilibrato. Risulta interessante il confronto tra le difficoltà che maggiormente interessano i bambini della scuola primaria rispetto ai ragazzi della scuola secondaria di 1° grado: per i primi emerge una netta prevalenza di ritardi / disturbi del linguaggio e / o dello sviluppo psicomotorio, a fronte di una maggiore presenza di problematiche affettivo – relazionali per gli alunni della scuola secondaria di 1° grado. Si può formulare, pertanto, un'ipotesi di un incremento progressivo delle problematiche affettivo – relazionali, rispetto ad altre componenti associate, man mano che aumentano l'età degli alunni ed il livello delle richieste di prestazione scolastica. Ansia, risposte di evitamento e fuga di fronte all'oggetto ansiogeno, depressione, bassa autostima, minore adattamento sociale ed emotivo, difficoltà interpersonali, disturbi dell'attività e dell'attenzione sono le problematiche più comuni e frequenti. Le conseguenti reazioni psicologiche riguardano l'area fisica (nausee, cefalee ed altri disturbi psicosomatici); l'area comportamentale (irritabilità, instabilità attentiva e motoria, aggressività verso i compagni, scarso interesse per le attività didattiche) e l'area psichica (atteggiamento rinunciatario, scarso investimento sugli apprendimenti, livello di funzionamento inferiore rispetto alle reali potenzialità). Le problematiche comportamentali, quasi sempre associate alla presenza di disturbi di apprendimento, non sono dunque la causa delle difficoltà bensì un effetto in quanto sono la reazione ad una situazione di disagio e spesso di rifiuto del bambino ad operare in un ambito nel quale incontra degli impedimenti nell'acquisizione di un'abilità. La frequenza della scuola primaria, a partire dalla prima classe, diventa per il bambino un vero e proprio percorso ad ostacoli che determina anche molta sofferenza psicologica, egli infatti è confrontato a compagni che scrivono e leggono con grande facilità, mentre per lui questi compiti risultano molto ostici. Spesso questo può determinare reazioni psicologiche molto rilevanti e a volte assumere la forma del disturbo del comportamento. Queste reazioni si differenziano nei maschi rispetto alle femmine, nei primi prevalgono comportamenti disturbanti più eclatanti che danno luogo a reazioni della classe per cui il bambino "viene rifiutato", mentre nelle seconde si osserva una generalizzazione dell'inibizione a tutte

le attività in classe per cui “sono dimenticate”. Una diagnosi vera e propria di dislessia può essere formulata solo a partire dal secondo ciclo della scuola primaria, quando i bambini passano da uno stadio definito “alfabetico” ad uno stadio definito “ortografico”. Rispetto alla diagnosi precoce, durante gli ultimi anni di scuola materna, se da un lato è reale la difficoltà di fare screening efficaci, dall’altro si può affermare che la presenza di disturbi del linguaggio costituisce un indicatore di probabile DSA. La diagnosi precoce della dislessia costituisce un obiettivo importantissimo non solo perché accelera eventuali interventi riabilitativi, ma anche per gli effetti che comporta sull’impostazione del lavoro scolastico, considerando che negli ultimi anni è andata crescendo la domanda di intervento nei confronti di bambini che, pur non avendo apparenti disturbi o patologie definibili come handicap, incontrano difficoltà persistenti nell’apprendimento scolastico. Secondo le ricerche epidemiologiche condotte in Italia relativamente alle sole difficoltà di lettura dal 5% al 10% dei bambini della scuola primaria presenta problemi marcati in questa abilità (Cassini e al. 1984-85). Altri contributi più recenti riportano dati crescenti sull’incidenza dei disturbi dell’apprendimento, difatti un bambino su quattro è affetto da questo tipo di disturbo, con un’incidenza maggiore nei maschi (3/1) rispetto alle femmine. Data l’alta rilevanza dei casi, molte sono le famiglie disorientate davanti a questa forma di disagio che colpisce il 5%/6% della popolazione locale, (percentuale lievemente superiore rispetto alla media nazionale), è stato istituito presso l’Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile di Rende, diretto dalla dr.ssa C. Iannazzo, il “1° Centro Aziendale per la prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell’apprendimento”. Attraverso competenze cliniche e abilitative acquisite tramite percorsi di formazione, effettuati nel corso degli anni, oltre che alla stretta collaborazione con centri di eccellenza presenti sul territorio nazionale, il Centro ha attivato percorsi specifici per la presa in carico dei bambini affetti da DSA. L’U.O. è fornita di tutti gli strumenti testistici standardizzati per l’approfondimento diagnostico clinico oltre che di protocolli clinici e abilitativi condivisi sia con i centri di riferimento nazionali che con l’AID (Associazione Italiana Dislessia) in conformità a quanto stabilito dalla Consensus Conference. L’iniziativa, elaborata grazie alla concertazione di un’equipe di professionisti di diversa formazione, nasce soprattutto con la volontà di garantire al territorio ed alle diverse persone coinvolte, un servizio puntuale ed efficiente in grado di sostenere

i minori, le famiglie e gli insegnanti nelle attività di recupero e consolidamento degli apprendimenti attraverso strategie di studio personalizzate. L’equipe specialistica, utilizzando un approccio multidisciplinare, supporta e incrementa l’efficacia dei programmi riabilitativi proposti, contribuendo a sensibilizzare il mondo della scuola e dei servizi territoriali, cercando in tal modo di limitare il disagio e la conseguente dispersione scolastica, nonché prevenire le Difficoltà Specifiche dell’Apprendimento.

Note

1. Dott.ssa Daniela De Santis e Dott.ssa A.M. Ruffolo psicologhe in servizio presso l’U.O di Neuropsichiatria Infantile ASP Cosenza - 1° Centro Aziendale Disturbi Specifici dell’Apprendimento.

La psicologia fenomenologica ed esistenziale e la testimonianza

di ANTONIO DE LUCA*

Ma la cosiddetta "psiche", la cosiddetta "anima", che fine ha fatto? Fu incaricata la Psicologia scientifica di studiarla, e la Psicologia applicò all'anima i suoi metodi scientifici. Che cosa siamo venuti a sapere dai suoi risultati?

M. Zambrano

Esistono strane cadute nell'esistenza. Riprese. Speranze. Poi di nuovo ricadute. Cioran ha scritto: "Lungi da me l'idea di sviare le vostre speranze: ci penserà la vita. Come tutti gli altri passerete di caduta in caduta". La difficile situazione lavorativa degli psicologi in Italia, sul piano della qualità professionale, su quello della precarietà e della condizione a volte di dipendenza da altre professioni se non di sussidiarietà accessoria, denuncia di per sé una condizione paradossale e di crisi forse non ancora del tutto compresa, se non ignorata o sottovalutata nelle sue premesse e nei suoi effetti. Stretta tra la tentazione di scimmiettare la medicina o di rimanere avvinghiata ad un lessico pseudoscientifico, che rassicura e appaga, imprigionata ad un'epistemologia screditata ormai persino in parte dalla biologia e dalla fisica moderna e quasi sedotta a schernire alcune scienze sociali o la attuale "consulenza filosofica", perché poco avvezze al sapere scientifico o alle psicodiagnosi, senza cercare di cogliere il senso e le ragioni di quello che sta accadendo e il perché possano avanzare tali proposte, una certa psicologia non poteva che fallire, epistemologicamente e storicamente prima ancora che in campo clinico, laddove tuttavia il buon senso e la "preparazione

umana" di molti colleghi hanno permesso di aiutare comunque. Alcuni psicologi sull'animo umano pretenderebbero di essere più precisi dei fisici, dimentichi dell'imprevedibilità dell'uomo, già predicata da Nietzsche e prima di lui su un versante da S. Agostino e su altri dagli stessi greci. Che cosa rende uno psicologo tale? Che cosa è veramente scientifico? A cosa serve accumulare elementi e dati "scientifici" se scompare, in quelle stesse pagine, l'uomo? Cos'è una ricerca psicologica? Non è forse il tentativo di aumentare la conoscenza perché l'uomo stesso possa, per ciò che possiamo e ci riguarda, migliorare psicologicamente la sua esistenza? E allora che cosa consente di "migliorare psicologicamente" l'uomo? E poi: qual è la conoscenza sull'uomo? Perché leggere un'opera filosofica, poetica, letteraria, classica o moderna, può entusiasmare e far riflettere, mentre studiare alcune ricerche di psicologia su come ad es. diminuisca l'ansia in una donna dopo il parto può far declinare verso l'ipotesi di cambiare lavoro? Cosa consente infine l'aiuto, la ripresa, la comprensione della sofferenza? E perché i greci insistevano sulla conoscenza che giunge attraverso il dolore e la psicoanalisi parla di "frustrazione terapeutica"? È forse nella esclusiva conoscenza teorica, la differenza di preparazione e la competenza sull'animo umano? Se fosse così una persona sofferente dovrebbe incontrare un qualsiasi computer, che è ben più preparato di un qualsiasi psicologo. Oppure potrebbe bastarle la lettura di un libro di psicologia per affrontare e superare i propri problemi. Non esistono manuali per la sofferenza:

né per quella propria né per quella degli altri. Per la sofferenza si è soli con il nostro vissuto. Il vissuto allora è l'unica traccia disponibile su cui leggere le parole che non riusciamo a volte a scrivere, a comprendere o a pronunciare, segnate su quella sabbia finissima che si cancellerà alla prossima onda irrequieta o pronunciate sottovoce su quella soglia dell'indicibile, che è tale forse perché non ascoltabile da altri. Migliorare in tal senso non è solo riuscire a confrontarsi con il platonico prepararsi a morire, ma anche con il lévinasiano prepararsi alla morte dell'altro, proprio quando nondimeno lo si ama. E si oscilla continuamente tra l'amare, che offre sensazioni infinite, e la sua paura più grande, la possibile perdita, che può fare scivolare nell'abisso. È necessario dunque attraversare la attuale crisi e cercare di unire la preparazione teorica all'esperienza vissuta. Ciò che cerchiamo, ci ricorda Buber, quando siamo disperati, è una presenza amica attraverso cui poter vivere e capire che esiste ancora il senso delle cose. La presenza dell'altro che ognuno cerca, compreso lo psicologo quando vive la sua malinconia - la vita non disdegna a nessuno di far sentire alcuni effetti di momenti particolarmente significativi - è una presenza, un'esistenza che faccia capire il senso e la misura delle cose e faccia riprendere il cammino. Fino alla prossima caduta. O, ancora, il senso delle cose non può che giungere attraverso l'altro, ma un altro che sia testimone dell'esistenza e di quanto ha rinvenuto di fondamentale e di importante per l'esistenza nel suo percorso di studi. È nel confronto con l'esistenza il riscatto della psicologia, la sua ripresa. L'inutilità delle parole e il divenire inopportuni, scontati o poco incisivi possono verificarsi per la nostra mancata testimonianza, per il nostro silenzio, pur se le affermazioni vengono suffragate ed esposte con "dati scientifici", numeri e da un'elegante scrivania. Lo psicologo se intende essere credibile, autorevole e scientificamente valido e attendibile, deve essere testimone della sua preparazione e della sua esperienza. Intuitivamente ogni persona, soprattutto se paziente, può percepire quanto le parole possano essere cariche di senso perché testimoniate. Certo, lo psicologo che ha cercato la scientificità e non la questione personale non ha fallito nella sua ricerca, se la questione etica ha prevalso su quella "estetica". Le sue intenzioni erano e sono importanti, anche se le buone intenzioni, nella ricerca, nell'intervento clinico

e nella vita, non bastano. La ricerca sull'animo umano, anche nei termini che riteniamo scientifici, si compie in un incontro interpersonale, che non è una condizione fumosa e decadente o ingenua e naïf: è una possibilità tutta umana, come ha più volte sottolineato Binswanger, quella di incontrarsi, intuibile in ogni parte del mondo da ogni uomo e ripetibile ovunque e sempre, se tuttavia si creano le condizioni e la disponibilità alla reciproca assunzione di responsabilità, se un uomo incontra un altro uomo. Ogni terapeuta, nel suo piccolo laboratorio artigianale e dopo un lungo apprendistato, sa quanto sia difficile creare quelle condizioni e come a volte si possono verificare inaspettatamente. In ogni caso una certa arte e una certa filosofia hanno cercato lungo i secoli di compiere una riflessione importante e universale sui temi fondamentali della vita, pur se il confronto avviene con frammenti di verità per quello che riguarda il mistero dell'uomo. La coscienza dell'uomo, la presenza dell'altro o la sua assenza, il senso delle cose, la sofferenza della vita e la responsabilità su di essa, il senso di disperazione o della speranza, della nostalgia, del non aver capito in tempo o abbastanza, del nostro essere responsabili piuttosto che edipicamente colpevoli o innocenti, il vissuto di fronte alla perdita, alla religione, al male, agli altri, al senso, alla vita in genere, al tempo, allo spazio, alla nostra angoscia, la sospensione di ogni giudizio e pregiudizio, l'essere-nel-mondo: sono solo alcuni dei temi che la filosofia esistenziale, l'antropologia filosofica e la fenomenologia, husserliana e steiniana in particolare, hanno trattato. Come si può prescindere da ciò, ignorando tale importante contributo? Come può lo psicologo ignorare che ciò che fa la differenza nel proprio operato è la capacità di aver maturato egli stesso, dentro di sé, le questioni fondamentali dell'esistenza? Non può essere ignorato dunque quanto offerto non solo dalla filosofia esistenziale e dalla fenomenologia, ma anche dall'arte e dalla sfida che la vita pone ad ogni passo a ciascuno, dalla poesia interiore di ognuno, nessuno escluso. Preso atto del fallimento di una certa psicologia, ma non della funzione dello psicologo, decisiva ed importante, di colui che ha vissuto fino in fondo la crisi (epistemologica e storica), occorre ora ricostruire e saper difendere, iniziando dal piano epistemologico, la psicologia e farla rinascere dalle proprie ceneri storiche perché si abbia un terreno adeguato su cui operare. È certamente difficile essere

psicologi e unire la preparazione e il metodo con il ricominciamento radicale sempre e di nuovo, con la propria personale esperienza e maturazione interiore: ma non si conoscono al momento altre vie da poter percorrere. Si è soli, nella nostra ultima solitudine, di fronte alla vita e alla sofferenza eppure in relazione con gli altri, laddove il Noi anticipa l'Io e il Tu, per come Buber, sul versante filosofico, e Callieri e altri, su quello psicopatologico, hanno posto in rilievo, mentre è proprio il nostro essere individualmente responsabili a renderci uomini e la relazione con l'altro a creare i momenti più significativi nella nostra vita, quelli meravigliosi e quelli terribili.

Per poter fare questo occorre che il dibattito sia aperto e acceso e radicato sulle questioni dell'esistenza. Ecco perché ogni psicologo dovrebbe avere la possibilità di riconoscere nella psicologia fenomenologica ed esistenziale, in quella che affonda le sue radici in Husserl, E. Stein, M. Scheler, M. Merleau-Ponty, così come in L. Binswanger, K. Jaspers, E. Minkowski, o anche in Agostino, Pascal, S. Kierkegaard, per certi versi anche in M. Heidegger, e poi in P. Ricoeur, in M. Zambrano, in E. Lévinas, e in una certa psichiatria fenomenologica, un contributo assai concreto al suo lavoro, che ovviamente non basta. Non esiste possibilità effettiva di operare se non attraverso quella testimonianza offerta dalla maturazione personale che giunge da un percorso esistenziale spesso segnato dalla sofferenza. È il lungo cammino verso il silenzio, l'umiltà, il sapere di non sapere, il mettere in parentesi ogni sapere, per poter raggiungere la misura delle cose. Si apre di fatto la questione etica della psicologia. La psicologia non può esaurirsi nella giustificazione della realtà o nella esplicitazione di una qualche teoria (ben costruita) o nell'inseguire, sul piano metodologico, qualche altra scienza. La realtà delle cose nel vissuto si radica in un mondo in divenire, che può sfuggire a qualsiasi impianto dottrinale e speculativo. Il proprio vissuto può non essere compreso.

La psicoanalisi ad esempio ha posto una sua radicale questione nelle radici di un possibile (e grave) autofraintendimento. "Caro psicologo – sembra ammonire – se vuoi diventare esperto della mente, se vuoi operare in tale ambito, devi scendere alle radici del tuo essere, nel tuo crogiolo ultimo, nel possibile male che sa come travestirsi di bene". Al di là della condivisione o meno di tutta la metapsicologia freudiana o di quella attuale,

della questione sull'inconscio ecc., rimane valida l'intuizione per la quale occorre porre al vaglio, possibilmente di un altro, il proprio operato e il proprio pensiero in un incontro importante, significativo, senza sconti. Lo psicologo opera in un rapporto interpersonale a differenza di altri che intervengono su oggetti, case o anche sul corpo-oggetto (Körper), che rispondono alle leggi della fisica. La nostra è una questione intersoggettiva, interpersonale, e in tal senso etica per il richiamo che si pone (onticamente) all'essenza di ciascuno, ma è anche universale e oggettiva perché indiscutibilmente valida per ogni uomo (ontologicamente). L'uomo per Husserl è soggetto e oggetto di conoscenza. La conoscenza personale nasce come conoscenza interpersonale. Anche la cibernetica di secondo ordine ha riflettuto molto su questo. E, come Buber ha osservato, la conoscenza di quello uomo in particolare non può prescindere dalla conoscenza dell'uomo in generale. Tuttavia la conoscenza dell'uomo, ontologicamente e onticamente intesa, è intrisa di mistero e racchiusa in frammenti. Forse occorre farsene una ragione: la psicologia è una scienza particolare, che dovrà trovare una sua epistemologia, non ancora rinvenuta. La vertigine che sale nell'oscillazione continua tra l'universale e l'individuale, pur creando un gioco di specchi a volte abbaglianti, lascia sempre uno iato da scoprire, su cui intervenire, su cui ritrovarsi con quello uomo, ma anche un mistero su cui non vi sono test, colloqui o psicodiagnostica capace di svelare tale silenzio dentro ognuno di noi. Marcel ha subordinato ogni ideale al primato della persona. Non si può agire per principi o ideali o, aggiungiamo noi, per conoscenze già date, che rassicurano molto di fronte all'abisso dell'animo umano, ma occorre intervenire per gli uomini. Non è possibile agire, nel campo della psicologia, solo con la preparazione teorica e adattare l'uomo alla teoria, novello letto di Procuste. Un incontro interumano non è mai "teorico" né avviene su e per quell'ambito di conoscenza. Occorre la maturazione interiore dello psicologo che possa raggiungere la persona e giungere da un tipo di riflessione personale ed interpersonale, quale esito di studi fondamentali sull'uomo, assai spesso considerati impliciti o dati per scontati, e di una importante valutazione personale su di sé e sull'uomo in generale. Ecco perché lo psicologo, sulle questioni radicali della vita, non può sottrarsi al confronto e su quel terreno e su quello della testimonianza di esse, deve convincere. Non

su altri. Non su quello del potere (accademico o di altro tipo): la verità e la ricerca, quella umana, non dipendono dal potere, anche se alcune “ricerche scientifiche” e le conseguenti pubblicazioni, sì. Non certamente su quello delle ricerche pseudoscientifiche che “scoprono” quanto era da sempre conosciuto all’uomo, rasentando in alcune occasioni il ridicolo, se non il grottesco con alcune affermazioni oppure rimangono ancorate saldamente al dato statistico, che certamente non riuscirà a confrontarsi con il suicidio di quell’uomo, unica domanda filosofica (e certamente psicologica) cui occorrerebbe rispondere per Camus. Non su quello della esclusiva costruzione teorica. La splendida, lucida e matematica teoria potrebbe franare rovinosamente e crollare di fronte alla sofferenza autentica di persone ricoverate in un qualsiasi reparto di oncologia.

Chi opera in campo oncologico, criminologico o con patologie gravi sa benissimo quanto siano fondamentali le questioni di vita o di morte e con esse la testimonianza dell’operatore e la sua parola intrisa di corporeità, data dalla sua umana, spesso troppo umana (in-) coerenza. Non è trinceandoci dietro la laurea o la specializzazione, per come a volte vengono proposte o imposte con i loro piani di studi spesso distanti dall’uomo, avulsi dalla vita, che renderemo la professione valida, credibile, attendibile, autorevole. È nell’umiltà della consapevolezza, è sulle questioni fondamentali della vita che si potrà e si dovrà testimoniare: su di esse chiunque, meglio se artista, può dire la sua opinione. Forse è in questo il compito ultimo dello psicologo, nella sua testimonianza, proprio quando ricerca nell’animo umano l’attimo poetico da vivere con la persona che incontra, tra la ripresa del paziente e la sua parola carica di senso. È così che diventa importante la ricerca dentro noi stessi e, insieme, il poter esprimersi di chiunque sull’amare, sulla perdita, sul senso della vita, della sofferenza, della religione, del silenzio, oltre che delle parole. È così che l’arte diventa un terreno non da colonizzare, con le spiegazioni manualistiche già pronte, ma da coltivare e da cui andare a raccogliere i frutti. L’arte consente una nuova visione del mondo, oltrepassando la stessa realtà delle cose. La psicologia potrebbe offrire un superamento della decadenza della storia (individuale, familiare, grupale), attraverso una nuova visione delle cose; potrebbe offrire, rispetto alle cadute (storiche e

quindi imm modificabili), quella sacralità e riscatto della dignità dell’uomo che pone i passi sulle proprie rovine d’esistenza per oltrepassarle. È così che forse non cambieremo lavoro, ma cambieremo il nostro modo di lavorare: lo psicologo diventerà lo studioso dell’anima, del soffio di vita, a volte così tenue, eppure così intenso e unico.

In tutti gli ambiti in cui opera lo psicologo, come ogni uomo, può porsi in maniera efficace e disponibile al dialogo con chiunque, così come può cedere in alcuni momenti alle lusinghe delle Sirene: la conoscenza assoluta e la gloria anzitempo. Un attimo prima del naufragio. L’esperienza del confronto con chiunque e senza alcun timore o la stessa supervisione, ad esempio, in altri contesti, quale rapporto interpersonale, diventa centrale e rende il proprio operato e il proprio essere conoscibile.

Sul piano teorico il confronto con gli altri, con chiunque altro, è decisivo, gli arroccamenti non producono conoscenza, né personale né universale. E sembra stia diventando quasi patetico ormai il tentativo disperato di continuare a parlare, da parte di alcuni, di una scientificità (quella naturalistica e riduttivistica) che non appartiene alla psicologia. È dal confronto costante che le crisi diventano opportunità di crescita. La psicologia fenomenologica ed esistenziale è già dalla sua nascita aperta al dialogo sulle radicali questioni della vita, senza possedere ultime o penultime parole, ma gettata in una ricerca costante, in un ricominciamento, a volte stancante, ma necessario per poter di volta in volta, nel divenire dell’esistenza, comprendere ciò che rende la nostra vita degna di essere vissuta, a partire dal quotidiano, dal sorriso della persona amata, nel luogo del ritrovarsi, nel rientro a casa, laddove ognuno vive o dovrebbe vivere, compreso lo psicologo.

Forse è molto ambizioso ritenere che la psicologia possa rinascere, ma ritengo che sia veramente possibile. Occorre cercare di effettuare quel salto epistemologico che ancora non riesco ad individuare se non nelle parole di colleghi che a bassa voce, per timore di non essere più “scientifici”, mi informano che sono d’accordo sul ricercare la spiritualità nell’uomo, senza ingenuità o saggezza, e sul procedere su altri sentieri (scoscesi) della scientificità. Dopo Auschwitz e dopo ogni strage, occorre chiedersi non solo quale filosofia e quale poesia, ma anche quale psicologia sia possibile. Forse è il caso di chiedersi “quale psicologia?” debba

esistere dopo ogni suicidio o ogni attuazione di violenza. L'uomo è capace di compiere le azioni più nobili o quelle più nefande, consapevolmente o meno: è la responsabilità su di noi e sugli altri, in un'insonnia lévinasiana, che crea la differenza, sul nostro modo di amare e di vivere la perdita, al di qua di ogni ideale ed è il dialogo aperto che crea consapevolezza. Alla psicologia il compito di riscattare l'uomo e la sua dignità.

E il sapere psicologico e tutto quello che lo psicologo ha studiato a cosa servono, allora? Mettere in parentesi il sapere non significa cancellare oltre un secolo di storia della psicologia, le sue discussioni, i suoi temi, i suoi problemi, i suoi contenuti, le prospettive diverse. Ma occorre porre in crisi e mettere alla prova tale sapere, nonostante possa continuare a vivere in parentesi. I manuali di psicologia aiutano, da soli, a conoscere l'uomo? O è necessario unire il sapere teorico con quello della vita, del mondo-della-vita husserliano, in un continuo processo di maturazione interiore? Occorre certamente rispettare le ricerche, le intenzioni, i risultati cui si è giunti. Eppure occorre altresì analizzare il vissuto dell'uomo, di quell'uomo in particolare, sulle questioni fondamentali dell'esistenza. Certo, il test, il suo grafico, il "foglio di notazione", i diversi apparati teorici, i dati statistici, ecc. rassicurano molto e lo psicologo vive nel terrore di non essere considerato scientifico: ciò è comprensibile sul piano umano e storico, ma foriero di equivoci epistemologici anche gravi su quello della ricerca. Il timore, il tremore, con cui si potrebbe vivere il non essere sufficientemente "scientifico" hanno fatto perdere di vista quanta scientificità autentica possa esserci nella universale intuizione delle cose, date da altre forme di conoscenza, da altri saperi. L'arte, la poesia, la letteratura, la stessa filosofia offrono da secoli i loro contributi sull'uomo e sulla sua inquietudine. Tale sapere psicologico universale viene da noi psicologi sufficientemente considerato? Quanti esami su W. Shakespeare, su A. Camus, su F. M. Dostoevskij o sull'antropologia, sulla fenomenologia e sulla filosofia esistenziale si sostengono nelle università? Chi conosce gli studi di Husserl o di E. Stein sulla psicologia? Sono certamente autori e studi complessi, ma è un motivo valido per ignorarli? Chi ha detto che comprendere l'uomo sia semplice? Dov'è l'uomo in alcuni corsi universitari, in certi testi, in talune ricerche? Potrà mai essere misurata

la gioia o la tristezza? O questi vissuti, come altri, essendo qualitativamente diversi, animano la stessa "misura" come portata metaforica, che viene scambiata, in certe occasioni, per le analisi del sangue? Se è uno psicologo ad essere triste o a vivere un momento di difficoltà da quale collega andrà? Da chi ha già le risposte confezionate o da chi cerca nell'animo umano ancora qualcosa? Da chi gli propone un test, che non è un esame del sangue, o da chi gli propone un incontro interumano? Sia chiaro: certamente lo studio è importante. E conoscere i contributi dei colleghi è fondamentale, così come le loro motivazioni. Tuttavia il confronto con la sofferenza, lo studio ed ogni tipo di dibattito non possono diventare alibi per il proprio agire. Si dispone di frammenti, solo di frammenti: sul bene, sulla verità, sul senso sulle cose, sul corpo, sull'incontro interumano, su se stessi, mentre la responsabilità più grande ricade sul nostro amare e sul modo di amare, che occorre accogliere la perdita. La psicologia fenomenologica ed esistenziale, dunque, è la proposta di un'altra psicologia? Si potrebbe obiettare. Non ve ne sono già troppe? Le proposte di psicologia e sulla psicologia non sono mai troppe, se ricercano la verità, nel senso di E. Stein. Non si tratta, infatti, di vendere prodotti, ricette o risposte oppure di cercare adepti. Ciò che crea la differenza tra una scuola e un'altra o, meglio tra uno psicologo e un altro, è proprio la capacità di ciascuno, con i propri limiti ovviamente, di riuscire ad armonizzare il senso della propria vita con le proposte effettuate. La conoscenza psicologica non è un camice da poter indossare o togliere. Né rientra in una questione di buone intenzioni o di atteggiamento ingenuo o, al contrario, da saggi con cui guardare l'altro. Si anima nel primato, se si vuole, della questione etica sull'estetica e in un faticoso ricominciamento continuo, consapevoli che ogni incontro con l'altro può nascondere un kairos, momento opportuno, da rinvenire o un appuntamento mancato. Si è lontani da metodologie inopportune, ma tuttavia attenti alla preparazione e alle motivazioni personali di ciascuno. La psicologia fenomenologica ed esistenziale è forse una proposta, sì, ma antica e si pone in una venatura storica di pensiero e di testimonianza assai particolare. Tuttavia in cammino. E ognuno può offrire il suo contributo. Si è come viandanti, molte volte soli, ma non con sandali alati, come quelli di Hermes, che consentivano lo spostamento in ogni direzione, ma con calzari poco efficaci a volte, poco protettivi in altri momenti,

assai spesso poco lucidi, molte volte impolverati, appesantiti dal tempo. In tale percorso è fondamentale incontrare le persone, capire le loro ragioni, i loro vissuti e ascoltare chiunque e con ciascuno dialogare e discutere anche animatamente. Non per convincere, tuttavia, ma per ritrovarsi assieme al fine di costruire un tipo di sapere valido, non fallimentare, anche se costituito da frammenti di verità. E insieme cercare l'uomo, anche con le nostre contraddizioni e in piccoli laboratori artigianali, ricolmi di sogni a volte coperti dalla caduta del tempo, dove si cerca di far convivere il sapere proposto da altri con la propria esperienza teorica e, soprattutto, di vita, dove si rimane in perenne ricerca del riscatto della dignità dell'uomo, nonostante tutto, e di una psicologia radicata sulle questioni centrali dell'uomo, soprattutto di quanti hanno sofferto o soffrono ancora. Non vi sono altre condizioni umane dove si richieda maggiore autenticità che in quella della sofferenza e dell'amore.

Note

* Psicologo - psicoterapeuta. Professore a Contratto di Psicologia Dinamica, Università della Calabria.

Bibliografia

- Ales Bello A., *L'universo nella coscienza. Introduzione alla fenomenologia di Edmund Husserl, Edith Stein, Hedwig Conrad-Martius*, Edizioni ETS, Pisa 2003.
- Ales Bello A., A. De Luca (a cura di), *Le fonti fenomenologiche della psicologia*, Edizioni ETS, Pisa 2005.
- Armezani M., *L'enigma dell'ovvio. La fenomenologia di Husserl come fondamento di un'altra psicologia*, Unipress, Padova 1998.
- Binswanger L. (1955), *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1984.
- Borgna E., *Noi siamo un colloquio*. Feltrinelli, Milano 1999.
- Buber M., *Il principio dialogico* (tr. it. di A. Poma), San Paolo, Cinisello B. (Mi) 1993.
- Callieri B., *Percorsi di uno psichiatra*, Ed. EUR, Roma 1993.
- Calvi L., *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*, Mimesis, Milano 2007.
- Cioran E.M., *La tentazione di esistere*, Adelphi, Milano 1999.
- De Luca A., *Dal naufragio alla solitudine. Riflessioni su fenomenologia e psicoanalisi*, Teda E., Castrovillari 1998.
- De Luca A., *Frammenti di esistenza. Per una psicologia*

- fenomenologica ed esistenziale*, Bastogi, Foggia 2003.
- De Luca A. (a cura di), *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, Edizioni ETS, Pisa 2009.
- De Luca A., *Tra le rovine dell'esistenza. Sofferenza Psicoterapia Ripresa*, in corso di stampa.
- De Luca A., *Toward a Phenomenological and Existential Psychology*, relazione al congresso: "The Fourth World Congress of Phenomenology: The Phenomenology and Existentialism of the Twentieth Century", Jagiellonian University of Krakow, 17/20.08.2008, organizzato da "The World Institute for Advanced Phenomenological Research and Learning" - U.S.A.. La relazione è stata pubblicata in "Phenomenology and existentialism in the Twentieth Century", Analecta Husserliana, Vol. CV, Book 3, Springer Verlag, 2010.
- Dentone A., Bracco M. (a cura di), *Dialogo Silenzio Empatia*, Bastogi, Foggia 2000.
- Dentone A., A. De Luca (a cura di), *Le fonti esistenziali della psicologia*, Edizioni ETS, Pisa 2006.
- Dentone A., Contini A. (a cura di), *La crisi dell'io, oggi*, Le Mani Editore, Genova 2008.
- Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (tr. di E. Filippini), Il Saggiatore, Milano 1961.
- Jaspers K. (1919), *Psicologia delle visioni del mondo* (tr. it. di V. Loriga), Astrolabio, Roma, 1950.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Fenomenologia della percezione* (a c. di A. Bonomi), Il Saggiatore, Milano 1965.
- Minkowski E. (1933), *Le temps vécu*, Parigi. Tr. it.: *Il tempo vissuto*, Einaudi, Torino, 1971.
- Rizzacasa A. (a cura di), *L'esistenza nelle filosofie esistenziali*, Città Nuova, Roma 1976.
- Rodighiero S. (a cura di), *Clinica e psicoterapia. Dai modelli alla prassi*, Edizioni ETS, Pisa 2005.
- Rossi Monti M., *Psichiatria e fenomenologia*, Loescher Editore, Firenze 1978.
- Stein E. (1922), *Psicologia e scienze dello spirito* (tr. di A.M. Pezzella, pres. A. Ales Bello), Città Nuova, Roma 1996.
- Stein E. (1919-1932), *Introduzione alla filosofia* (tr. di A.M. Pezzella, pref. di A. Ales Bello), Città Nuova, Roma 1998.
- Stein E. (1932-1933), *La struttura della persona umana* (tr. di M. D'Ambra, pres. di A. Ales Bello), Città N., Roma 2000.
- Tymieniecka A. T., Truth, the onto-poietic vortex of life, *Phenomenological Inquiry*, vol. 25, 2001, 7-16.
- Weil S., *Quaderni I, II, III, IV*, Adelphi, Milano 1982-1993, tr. it.
- Zambrano M., *Dell'aurora*, Marietti 1820, Genova 2000, tr. it.
- Zambrano M., *Verso un sapere dell'anima* (Intr. R. Prezzo), R. Cortina, Milano 1996, tr. it.
- Zambrano M. (1955), *L'uomo e il divino* (Intr. di V. Vitiello), Ed. Lavoro, Roma, 2001, tr. it.

Fiducia e Downsizing

Piccole storie e contesto organizzativo attuale

Seconda Parte

di RICCARDO GIORGIO ZUFFO*

Continua dal numero precedente

3. Contratto psicologico e teorie dell'equità, tradimento e giustizia

Siamo così arrivati al passaggio successivo: se è faticoso costruire rapporti fiduciosi è invece molto più facile bruciarli rapidamente sull'altare delle nuove dinamiche organizzative, veloci, inumane, governate da ratio superiori, dove tutto quanto si era detto e promesso viene messo in discussione e ...non vale più. In letteratura la caduta della fiducia, il crescere della sfiducia, il senso del tradimento vengono spiegati con il costrutto del contratto psicologico e attraverso le cosiddette teorie della giustizia o dell'equità. Nel processo di identificazione di cui si è parlato le persone tenderanno a stabilire un contratto psicologico tendenzialmente meno *transazionale* – cioè che mi spetta per esempio per contratto o per negoziazione – e più *relazionale*, cioè quanto mi aspetto dall'azienda e nello specifico da qualcuno che ha garantito qualcosa su un piano ritenuto più profondo e fiduciario. Se queste attese o queste promesse non sono mantenute il contratto psicologico va incontro ad un vissuto ed ad una percezione di rottura. Ed infine se questa rottura è sentita come ingiusta o opportunistica o peggio (tradimento) allora le persone sentono il contratto violato. Se le violazioni diventano continue e sono sentite come gravi e pervasive della propria identità a tutti i livelli aziendali il danno è fatto.

L'impatto di un'azione di downsizing (Pugh et al., 2003) produce la percezione di una violazione del contratto psicologico da parte dell'organizzazione che non adempie, o non può più adempiere, ai suoi doveri e che, quindi, non incontra più le aspettative che erano state alimentate.

Le violazioni innescano reazioni affettive negative, che possono includere amarezza, rabbia, risentimento e oltraggio (Morrison, Robinson, 1997) ed implicano sia una diminuzione della fiducia nei confronti dell'organizzazione nel suo complesso, sia una riluttanza ad investire in altre relazioni che saranno così caratterizzate da un aumento del cinismo: "non ci credo più" (Andersson, 1997). Le caratteristiche del nuovo contratto psicologico che si andranno a delineare saranno continuamente rimodellate verso la formazione di un nuovo schema che tenderà ad essere più transazionale (cosa mi dai se io ti do...; io ti do questo se tu mi dai prima quello...). Un'interessante ricerca (Pugh et al., 2003) sulla formazione iniziale della fiducia in un nuovo ambiente lavorativo da parte di coloro che sono stati oggetto di downsizing o di layoff ha dimostrato che le esperienze passate di violazione sono importanti per determinare le intenzioni degli individui a fidarsi nelle nuove organizzazioni dove andranno a lavorare. La perdita della fiducia – come ha dimostrato la storia del cucciolo di cane - in altri termini dura a lungo ed incide profondamente nei vissuti individuali e nei comportamenti futuri.

Un secondo filone di studi, connesso alla perdita

della fiducia, è quello relativo alla percezione della giustizia organizzativa. Se il contratto psicologico riguarda direttamente il soggetto che si è “sentito violato” le teorie della equità sono interessanti perché non sono necessariamente relative a colui che ha subito l’ingiustizia. Nei momenti di crisi o di fatica organizzativa le equità percepite, fondanti le relazioni tra le persone ed il sistema organizzativo, possono essere pregiudicate o mal interpretate: i processi di identificazione, in un evento generalmente lungo e complesso di downsizing, con coloro che sono inclusi nella sfera conoscitiva, relazionale o affettiva dei soggetti sono usuali e profondi (Brockner et al., 1986, 1995, 1996). Non bisogna quindi avere subito direttamente una ingiustizia ma semplicemente vederla condotta su altri o sentirla ormai come un fattore diffuso nell’organizzazione. Non solo, i piani sui quali questa ingiustizia può avvenire sono diversi e possono riguardare: sia la dimensione distributiva (Adams, 1965; Deutsch, 1960) quando a qualcuno viene dato di più che non ad un altro o la ripartizione dei premi e/o dei disagi non è percepita come equa; sia quella cosiddetta procedurale che riguarda le procedure utilizzate che sono o diverse o percepite come migliori o peggiori di quelle applicate ad altri nel corso del processo di ristrutturazione (Brockner et al., 2000); oppure, infine, qualcuno si sente trattato meglio o peggio sul piano cosiddetto “interazionale”, cioè ancora una volta sul piano della relazione. Il senso di giustizia è correlato ai processi di comunicazione, si manifesta con evidenza nel comportamento interpersonale agito dal management ed induce verso di esso conseguenti reazioni cognitive, affettive e comportamentali. Così, quando una situazione è percepita come ingiusta le conseguenze soggettive si manifestano: a livello emotivo attraverso sentimenti di rabbia o di colpa e di ritiro affettivo, a livello cognitivo con delle distorsioni sulle interpretazioni degli eventi e con una crescita del cinismo, e a livello comportamentale con una diminuzione delle performance, un aumento delle rinunce e degli abbandoni (tasso di turnover). Infine inizieranno ad essere elaborate risposte – in psicologia definibili come “strategie di coping”- più sofisticate e dannose per l’organizzazione di tipo opportunistico, conformistiche e di neomercenarismo (Zuffo, 2006).

4. Può il management recuperare la fiducia perduta: a volte sì a volte no ma sempre con tanta fatica

Questa sezione meriterebbe preliminarmente un’analisi specifica sull’attuale ruolo che la leadership gioca nei diversi contesti organizzativi (Kramer, 1996) quando si devono affrontare dei processi di downsizing. Implicitamente nel corso dell’articolo la definizione di leadership è stata associata al ruolo di un manager di buon livello con autorevolezze e potere organizzativo reale, visibile e presente nella quotidianità organizzativa. La fiducia viene pertanto costruita nel corso del tempo ed attraverso relazioni interpersonali. Altre volte si intende, anche e soprattutto, il top aziendale ai suoi massimi livelli: i pochissimi, che governano tutto il sistema, rispondono al CdA o alla proprietà, sono gli ideatori/realizzatori delle soluzioni strategiche, sono quelli che la gente non vede quasi o ne coglie segni discontinui al parcheggio perché di solito sono in un altro posto o in giro per il mondo; più delle maschere che delle persone.

I due livelli che abbiamo così volutamente polarizzato si trovano ad avere ruoli molto divaricati nel corso delle situazioni di downsizing o di altre operazioni straordinarie. Se i secondi ne sono i decisori o i registi i primi ne sono semplicemente gli attori che subiscono una sceneggiatura non sempre condivisa o a lieto fine. Sui primi vedremo se sono stati capaci di fare un buon film, per i secondi, invece si può parlare di crisi della leadership.... Nelle ristrutturazioni infatti il potere è fluido e si modifica rapidamente. Chi aveva potere non lo detiene più (o di meno) e chi era gestore di situazioni e contesti – il manager – ora ne è gestito. Così, i capi, si trovano spesso in una condizione esistenziale di esecutori di mandati aziendali, ma anche di testimoni impotenti di una ristrutturazione che li trascende, essi stessi vittime finali di eventi più grandi di loro. Sono così esposti all’angoscia del doppio legame asimmetrico che li lega da una parte al proprio gruppo di lavoro e alle persone concrete e dall’altra al commitment verso i propri vertici organizzativi (Zuffo, 1997). In mezzo, loro, tra sensi di colpa, opportunismi, bisogno di sopravvivere... spesso traditori, ambigui, incerti, contraddittori, deboli, fragili... Le persone, invece, hanno bisogno di credere che

i loro capi abbiano le competenze e le abilità per guidarle ed aiutarle a raggiungere ciò a cui essi aspirano o, almeno, per tutelarle; nel momento della crisi si fortifica il bisogno di aggrapparsi alle persone nelle quali era stata riposta la fiducia e a di fare riferimento per fronteggiare gli eventi organizzativi negativi e quanto ancora succederà. La contraddizione è in parte insolubile. Per recuperare la fiducia, allora, sembra poco utile rimarcare qui la necessità di definire nuove strategie di comunicazione, di far vedere rosei futuri ai survivors delineando nuove strategie di successo ed anche di dire che “la crisi è finita”. La strategia manageriale, quella del top management per intenderci, per recuperare la fiducia dovrà essere caratterizzata da un’analisi, da una processualità complessa e duratura nel tempo e da una forte consapevolezza personale e soggettiva. La consapevolezza potrà indurre azioni e comportamenti che attenuino gli effetti “di profondità”, o di lungo periodo, che le ristrutturazioni inducono sulle persone e sulle relative dimensioni correlate (performance, commitment, turn-over, lealtà...). L’elevato livello della posta in gioco in termini di successo aziendale futuro lo richiederebbero ma è ormai assodato come molte delle ristrutturazioni non generino alcun valore per gli azionisti... Più in generale, allora, ci limitiamo qui ad alcune rapide e finali suggestioni che ripartono proprio dalle qualità personali (sia del top che del middle-management) prioritarie ed irrinunciabili per recuperare e mantenere un alto livello di fiducia nelle organizzazioni: l’affidabilità, la competenza, l’onestà e la disponibilità soggettiva. L’affidabilità e la competenza sono relative alle persone ma soprattutto rimandano a *dimensioni contestuali* che possono pregiudicare e non garantire queste caratteristiche in quello specifico momento ed in quella specifica situazione indotta dalla evoluzione dei processi e dai cambiamenti in atto. Al contrario l’onestà e la disponibilità soggettiva rimandano, invece ed esclusivamente, ad una dimensione personale che può essere salvaguardata il più possibile perché essa consentirà ai capi (o al top management) di essere ancora e rapidamente riconosciuti come degni di fiducia nel futuro. Ad un primo livello questa è la risposta, potrebbe apparire riduttiva e banale o moralistica ma non lo è, anzi, è rigorosamente

scientifico. Non è neppure facile da applicare perché essere onesti e disponibili soggettivamente ha un elevato costo personale e non tutti sono disposti a pagarlo. Quindi per dare maggiore dignità letteraria all’assunto appena enunciato ricordo la proposta al figlio Gilanshah del padre Kai ka’ us, sovrano di un piccolo regno nella Persia islamica dell’anno 1000... “*non cessare dunque mai di agire rettamente e fatti esempio di condotta munifica e caritatevole. Fa però che le tue azioni non contraddicono i tuoi propositi; non dire cioè una cosa con la lingua mentre la tua mente ne sta pensando una contraria o ti rileverai persona che esibisce grano e vende orzo, segui la giustizia secondo coscienza, che un uomo siffatto non ha bisogno di un giudice che lo diriga*” (Kai ka’ us ibn Iskandar, 1981). Facile a dirsi... lui era nell’anno mille ed era un re. Risposta senza dignità letteraria: ...non essere bastardo dentro.

Note

* Professore di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni all’Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti. Fondatore e partner di Telema e Telema International.

Bibliografia

- Adams J.S. (1965), "Inequity in social exchange". In Berkovitz L. "Advances in experimental social psychology", Academic Stress, (2), pp.267-299, New York.
- Andersson, L.M., & Bateman, T.S., (1997) "Cynism in the workplace: some causes and effects". Journal of Organizational Behaviour, 18, 449-469.
- Boon, S.D., & Holmes, J.G. (1991). "The Dynamics of Interpersonal Trust: Resolving uncertainty in the face of risk". In R.A. Hinde, & J. Groebel, (eds.) Co-operation and Prosocial Behaviour pp. 190-211. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brockner J., Greenberg J., Brockner A., Bortz J., Davy J., Carter C., (1986). "Layoffs, Equity Theory, and Work Performance: Further Evidence of the Impact of Survivor Guilt". Academy of Management Journal, 29, 2, 373-384.
- Brockner, J., Wiesenfeld, B. M., & Martin, C. L., (1995). "Decision frame, procedural justice, and survivors' reactions to job layoffs". Organizational Behavior and Human Decision Processes, 63, 59-68.
- Brockner, J., Siegel, P., (1996) "Understanding the Interaction Between Procedural and Distributive Justice: The Role of Trust" in Kramer; R. M., Tyler; T.R., "Trust in Organizations" Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1996; pp. 390-413.
- Brockner J., Chen Y.R., Mannix E.A., Leung K., Skarlicki D. P. (2000), "Culture and procedural fairness: when the effects of what you do depend on how you do it", Administrative Science Quarterly, 45, pp. 138
- Currall, S. C., Epstein, M.J., (2003). "The Fragility of Organizational Trust: Lessons from the Rise and Fall of Enron". Organizational Dynamics, 32, 193-206.
- Daley, D.M., (1991). "Management practices and the uninvolved manager: the effect of supervisory attitudes on perception of organization trust and change orientation". Public Personnel Management, 20 (1), 101-113.
- Deutsch, M., (1960) "The effect of motivational orientation upon trust and suspicion". Human Relations, 12, 123-139.
- Drucker, P. (2003). "Una società che funziona". Milano, Franco Angeli.
- Gambetta, D., (1998), "Trust: making and breaking cooperative relations". Oxford, UK: Basil Blackwell
- Gray, A., & Alphonso, G., (1996). "New rules, new games: Jobs, corporate America, and the information age". New York, Garland Publishing.- Kai ka' us ibn Iskandar, (1981) Il libro dei consigli Milano, Adelphi.
- Kerry e Young, (2003). "Affectual trust in the workplace". International Journal of Human Resource Management, February, 139-155.
- Kramer, R. M. (1996), "Divergent Realities and Convergent Disappointments in the Hierarchic Relation: Trust and the Intuitive Auditor at Work" in Kramer; R. M., Tyler; T.R., "Trust in Organizations" Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1996; pp. 216-245.
- Lagerspetz, O., (1998). "Trust. The Tacit Demand". Kluwer.
- Lewicki, R.J., & Bunker, B.B. (1995). "Trust in relationships: A model of development and decline". In B.B. Bunker; & J.Z. Rubin (Eds.), Conflict, Cooperation and Justice. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lewis, J.D., & Weigert, A. (1985). "Trust as a Social Reality". Social Forces, pag. 970.
- Mishra, A., (1992). "Organizational responses to crisis: The role of mutual trust and top management team". The University of Michigan School of Business Administration.
- Mishra, A., (1997). "Survivor responses to Downsizing: The mitigating effects of Trust and Empowerment". The Academy of Management Review, 23, 3.
- Morrison, E.W., Robinson, S.L., (1997) "When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops". Academy of Management Review, 22, 226-256.
- Pugh, Skarlicki & Passel, (2003). "After the fall: Layoff victims' trust and cynism in re-employment". Journal of Occupation and Organizational Psychology, 76, 201-212.
- Rotter J.B., (1980). "Interpersonal trust, trustworthiness and gullibility". American Psychologist, 35, 1-7.
- Rousseau, D.M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., e Carmerer, C., "Not so different after all: A cross-discipline view of trust". Academy of Management Review, 23, 393-404, 1998.
- Tyler, T.R., Kramer R. M. (1996), "Whither Trust?" in Kramer; R. M., Tyler; T.R., "Trust in Organizations" Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1996; pp. 1-15.
- Webb, E.J. (1996), "Trust and Crisis" in Kramer; R. M., Tyler; T.R., "Trust in Organizations" Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1996; pp. 1-15.
- Zuffo, R.G., (1997) "Apprendimento manageriale ed evoluzione organizzativa. La qualità della relazione tra crisi e sviluppo aziendale" in "Immagini emergenti della leadership nelle organizzazioni" a cura di Kaneklin, C., Isolabella, M. C., Vita e Pensiero, Milano, 1997.
- Zuffo, R.G., (2006) "Spunti su Job Insecurity, crisi della leadership e neomercenarismo professionale". In Balduzzi S. (a cura) L'individualismo emergente. Il nuovo volto del lavoro in azienda, Guerini ed Associati Editore, Milano.
- Zuffo R.G., Kaneklin C. (2006) "Alle origini dello studio sulla Job Insecurity e sui Survivors: i modelli di Greenhalgh e Brockner". (Pp 137-172). In Ferrari L e Veglio O. (A cura di) Donne e uomini nel mercato del lavoro atipico, Franco Angeli Editore, Milano..

