

GLI ABSTRACTS
DEI SEMINARI DEL SABATO
DEDICATI
ALLE BUONE PRATICHE

PRACTICES & RESEARCH

Sabato 10 marzo 2007

L'applicazione dell'intervento Cognitivo-Comportamentale nella Terapia Interattiva Genitore-Bambino

Valeria Giamundo, *Psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva; docente presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma (SPC); Responsabile del Servizio di Diagnosi e Trattamento del Centro Provinciale "Giorgio Fregasi-Tetto Azzurro" di Roma*

E-mail: vgiamundo@yahoo.it

L'interesse della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma (SPC) per la teoria dell'attaccamento e per le sue implicazioni nel lavoro clinico in età evolutiva; ha portato negli ultimi anni alla realizzazione di una terapia breve, ad orientamento cognitivo-comportamentale, rivolta alla coppia genitore-bambino. L'intervento, indicato nelle situazioni in cui è evidenziabile una significativa alterazione o disturbo della relazione primaria genitore/bambino, è volto al recupero della genitorialità o al miglioramento della qualità della relazione interpersonale.

Le teorie che sono alla base del trattamento e che hanno orientato la strutturazione della terapia genitore-bambino in fasi ed obiettivi specifici, sono: La Teoria dell'Attaccamento (1969), la Teoria della Mente (Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron-Cohen 1985) si basa sull'assunto che esista nella mente umana un modulo) e la Teoria dei Cicli Disfunzionali (Safran e Segal, 1990).

La formulazione di Bowlby enfatizza quanto i comportamenti specie-specifici del bambino siano diretti alla ricerca della vicinanza e della protezione, inducendo comportamenti respon-

sivi specie-specifici nel caregiver. Da tale costrutto deriva che lo sviluppo dell'attaccamento può essere alterato da una distorsione, incapacità o limitazione del comportamento infantile, ma anche da condizioni che interferiscono con la responsabilità genitoriale. Alcuni studi hanno dimostrato che se il problema è all'origine materno, perché la madre soffre di un disturbo psichiatrico o perché ingaggia il bambino in una situazione di maltrattamento, il bambino ha difficoltà a compensare la mancanza di responsabilità materna ed è più vulnerabile a fallimenti evolutivi. Al contrario se il disturbo parte dal bambino le madri (sane e/o con attaccamento sicuro), sono generalmente capaci di attivare strategie di compenso nella relazione diadica e i bambini mantengono modalità sicure nell'attaccamento. La mia esperienza clinica e di ricerca condotta su bambini con Disturbi dello Sviluppo (Disturbi della Regolazione, Ritardi Mentali, Disturbi Pervasivi, Disturbi del linguaggio ed altri disturbi dello sviluppo) ha evidenziato, contrariamente a quanto detto, che i comportamenti di relazione sono molto più ricchi e articolati e tanto più complessi in relazione al disturbo e all'accrescimento delle competenze cognitive sociali e comunicative del bambino (vedi anche Fabrizi et al. 1992; 1993; 2000). D'altro canto molti studi hanno evidenziato già da tempo che le interazioni tra genitori, bambino e ambiente contribuiscono allo sviluppo del bambino in modo dinamico e reciproco (Sameroff e Chandler, 1975) e si riflettono sulle sue capacità di adattamento precoce.

La prima applicazione del trattamento breve genitore-bambino è stata appunto realizzata allo scopo di favorire il recupero del rapporto tra genitori e

figli con disturbi di Sviluppo; l'esperienza in tale ambito evidenziava quasi sempre una crisi significativa nella relazione interpersonale genitore-figlio, caratterizzante peraltro la tipologia del disturbo.

In seguito l'intervento è stato esteso a tutte le condizioni di patologia relazionale non solo di tipo secondario ma anche di carattere primario, ovvero ai Disturbi della relazione propriamente detti; ed oggi un importante campo d'applicazione è rappresentato dalle patologie relazionali in situazioni di abuso e maltrattamento infantile. Da circa un anno di fatto il trattamento di coppia genitore-bambino ad orientamento cognitivo-comportamentale è applicato negli interventi di recupero della genitorialità presso il Centro Provinciale Giorgio Fregasi "Tetto Azzurro" di Roma nelle situazioni di abuso e maltrattamento.

Attualmente numerosi sono i riscontri clinici che sostengono la validità dell'intervento, ma la limitata numerosità del campione non consente ancora di generalizzare i risultati delle prime applicazioni e sono ancora in corso programmi di ricerca sulla valutazione dell'efficacia dell'intervento.

La terapia, ad orientamento cognitivo-comportamentale, è breve ed è sostanzialmente articolata in 10 fasi che si contraddistinguono per obiettivi e strumenti d'intervento (Giamundo 2007).

Più specificamente la metodologia si articola in: 1) da 2 a 3 colloqui di assessment con intervista semistrutturata sulle rappresentazioni genitoriali, 2) da 2 a 3 sedute di gioco g-b videoregistrate, 3) la valutazione dell'interazione mediante la "griglia di valutazione dell'interazione genitore-bambino" (Fabrizi 1999), 4) la sommi-

nistrazione dell'AAI, 5) la procedura dell'autocaratterizzazione (Kelly 1955), 6) i colloqui mediante la tecnica dell'ABC, 7) la visione congiunta delle videoregistrazioni, 8) colloqui clinici, 9) videoregistrazione di chiusura, 10) chiusura e restituzione.

La sperimentazione clinica del trattamento evidenzia l'importanza della relazione tra processi cognitivi e processi interpersonali nello sviluppo e nel mantenimento delle patologie relazionali. L'interazione patologica tra genitore e bambino, è caratterizzata da un set di schemi disadattivi che regolano in modo patogeno l'elaborazione dell'informazione e l'andamento stesso dello scambio interpersonale. La terapia è focalizzata pertanto sull'individuazione dei meccanismi disfunzionali che caratterizzano la relazione dinamica tra genitore e figlio, a partire dagli schemi interpersonali ("rappresentazioni generiche di interazioni tra Sé e dell'altro ricavate dall'esperienza diretta", secondo la definizione di Safran e Segal del 1990) e dai bias di ragionamento; responsabili, i primi, del disfunzionamento, i secondi, del mantenimento del disagio o del disturbo relazionale.

Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S., Behar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969) *Attaccamento e perdita*: Vol. 1. L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino.
- Fabrizi A., D. Knauer, Levi G. (1996): *Modelli di attaccamento nei Disturbi dello Sviluppo. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Vol 63:29-39.
- Fabrizi, A., Giamundo, V., Setaro S. (2002). *Responsività materna e modalità di attaccamento infantile nei toddlers con disturbi dello sviluppo: un confronto tra disturbi pervasivi dello sviluppo e disturbi specifici del linguaggio*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Vol 69 n. 1. gen.-mar.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Ed Cortina
- Giamundo V., Isola L., Fabrizio A. (2007). *La tecnica video nel trattamento breve genitore-bambino: un modello cognitivo-relazionale*. In *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Ed. Franco Angeli.
- Mancini F., (2003). *I meccanismi ricorsivi di mantenimento ed aggravamento delle disfunzioni cognitive*. In *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. L. Isola, F. Mancini. Ed Franco Angeli
- Safran, J. D., Segal, Z. (1990). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Ed. Feltrinelli.

mento delle disfunzioni cognitive. In *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. L. Isola, F. Mancini. Ed Franco Angeli

Safran, J. D., Segal, Z. (1990). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Ed. Feltrinelli.

Venerdì 16 marzo 2007

Le tecnologie del sé: il coaching per migliorare l'efficacia di performance e l'empowerment

Silvana Dini, *Management Consultant su progetti di start up e change management nell'area Risorse Umane, Organizzazione e Comunicazione interna; progetta, coordina e realizza progetti di Executive, Corporate Coaching e di Development Center*. Mail to: sil@uni.net

Il precetto di "prendersi cura di se stessi" era, per i greci, uno dei principi basilari della vita nelle città, una delle regole fondamentali della condotta sociale e personale e dell'arte del vivere... nei testi greci e romani il precetto di conoscere te stesso è sempre associato a quello della cura di sé ed era proprio questo bisogno di prendersi cura di sé che rendeva operativa la massima delfica.

M. Foucault, Tecnologie del sé, 1982

I percorsi di Corporate Coaching sono veri e propri programmi individuali di allenamento finalizzati a migliorare l'efficacia di performance.

Più frequentemente sono percorsi destinati ai manager delle nostre organizzazioni e a coloro i quali ricoprono ruoli chiave per i risultati dell'impresa.

La filosofia di fondo di tali percorsi è quella di potenziare il singolo, di favorire una sua spinta in sicurezza di sé (*confidence boost*) e di autoconsapevolezza affinché la persona possa essere concretamente driver del proprio processo di sviluppo competenze (autoresponsabilizzazione) e della propria *employability*.

Nelle nostre organizzazioni, l'attesa nei confronti dei manager è che assicurino i risultati di business in contesti di alta variabilità, bassa prevedibilità, spesso in presenza di vincoli di budget, tempo e risorse. Ciò che serve oggi alle organizzazioni per vincere le sfide e ottenere il successo è che il management, gli uomini e le donne in ruoli chiave creino commitment, ispirino le persone per motivarle, costruiscano e consolidino nel tempo una rete di rapporti fondati sulla fiducia.

In questo quadro si sviluppa la domanda crescente di *coaching*.

Nell'elaborazione delle esperienze legate a progetti realizzati nelle orga-

nizzazioni, prende forma la distinzione tra *Executive e Corporate Coaching* in relazione alla fascia di popolazione coinvolta e dunque all'articolazione dell'intervento.

Tra le foucaultiane tecnologie del sé (*τεχνή*: arte, opera, lavoro) oggi utilizzate nel mondo occidentale, ossia "le tecnologie che permettono agli individui di eseguire coi propri mezzi o con l'aiuto degli altri un certo numero di operazioni sul proprio corpo e sulla propria anima - dai pensieri, al comportamento, al modo di essere - e di realizzare in tal modo una trasformazione di se stessi allo scopo di raggiungere uno stato caratterizzato da felicità, purezza, saggezza, perfezione", possiamo distinguere tra *coaching, counseling, mentoring, tutoring e psicoterapia*. Le differenze riguardano gli obiettivi e i bisogni, il ruolo degli attori, il *setting*.

CONTRIBUTO DISTINTIVO DEL COACHING

Il processo di coaching è un percorso con e per il singolo nell'organizzazione.

Il *perché* e le *motivazioni* sono guidati dall'organizzazione che decide di investire in modo mirato sui suoi uomini e sulle sue donne, il cosa è guidato dal *coach*; muove da ciò che la persona percepisce come esigenze, desideri, obiettivi nel contesto e nel ruolo in cui opera; valorizza i diversi modi di apprendere, "sentire", provare, rischiare; valorizza l'unicità e le differenze di ciascuno.

Nel processo di *coaching* cade il tabù secondo il quale prendersi cura di sé (*επιμελεσται εαυτον*), occuparsi delle proprie scelte, linee di azione, paure sia da confinare nella solitudine della sfera privata, peraltro continuamente deprivata di tempo e di energie da dedicarvi.

Il metodo è strutturato di conseguenza: la relazione è 1to1, vige la confidenzialità, è centrale l'uso delle domande, ect.

Il processo di *coaching* supporta e facilita il *coach*

- ✓ nell'esplorare differenti letture delle situazioni e delle proprie risorse e bisogni
- ✓ nell'attivare, mobilitare, valorizzare l'uso delle risorse migliori, riconoscendo le emozioni alleate da quelle nemiche

- ✓ nel progettare e realizzare le sue soluzioni
- ✓ nel consentirne un uso più consapevole.

Il processo di coaching usa e valorizza come palestra le sfide e gli "accidenti" di ogni giorno e nel quotidiano facilita l'esplorazione di prospettive diverse, il potenziamento della personale fiducia in sé, le possibilità di imparare dagli errori e di percepire che il contesto può essere fonte di benessere e non subito.

Nell'attività di *coaching* si realizza un rapporto di partnership con il coachee per:

- ✓ concentrare l'attenzione e non disperdere energie
- ✓ rendere chiari, consistenti ed allineati (alla situazione e alle possibilità del coachee) gli obiettivi
- ✓ definire le strategie, trovare o inventare con consapevole creatività le soluzioni, le azioni da intraprendere e i comportamenti da adottare
- ✓ aiutare a riconoscere le strategie da cambiare e modificare flessibilmente le azioni in corsa se la situazione lo richiede, valorizzando, capitalizzando i successi ma anche gli errori
- ✓ prendere decisioni, pianificare le azioni coerenti a realizzare i cambiamenti voluti

Il processo di coaching è un percorso di allenamento (ad lena), il successo è una maratona, non uno sprint, un processo non un evento; nel linguaggio degli ingegneri, è la "gestione di un progetto" di sviluppo di se stessi; anche su questo aspetto il metodo è articolato di conseguenza: scansione, durata degli incontri, il meccanismo delle review dei piani di azione ect.

Nell'attività di *coaching* il rapporto di partnership con il coachee promuove:

- ✓ l'utilizzazione dei feedback dei pari, dei collaboratori e dei capi
- ✓ l'esperienza di "mettersi in gioco", di uscire dalla comfort zone
- ✓ l'identificazione di continui nuovi fronti di miglioramento
- ✓ l'atteggiamento di alzare progressivamente lo standard della performance

VALORE AGGIUNTO DEI PROGRAMMI DI EXECUTIVE E CORPORATE COACHING

... a breve termine

- ✓ maggiore consapevolezza dei propri comportamenti, abilità, competenze e compiti
- ✓ comprensione dell'impatto del proprio comportamento sui pari, collaboratori, superiori
- ✓ ampliamento della gamma di comportamenti utili

... a medio termine

- ✓ maggiore comprensione e fiducia in sé come persona e nel ruolo
- ✓ costruzione di un piano di sviluppo individuale, come strumento per miglioramento continuo
- ✓ crescente consapevolezza dell'importanza dei feedback regolari

*Fasi del processo di coaching**

I programmi di *Executive e Corporate Coaching* sono strutturati progettando ad hoc un percorso che si articola in tre fasi

I Fase - Definizione del Piano di Autosviluppo e del Piano di azione

L'obiettivo di questa prima fase è favorire e consolidare la personale consapevolezza mobilitando le energie del coachee nella definizione di specifici obiettivi di miglioramento e nella costruzione di un adeguato piano di azione per realizzarli.

Gli *output* di fase sono:

- il Piano di Autosviluppo (PAS) che consente al coachee di descrivere i propri obiettivi di miglioramento, i motivi che ne hanno determinato la scelta, le abilità da sviluppare ad essi collegati, i criteri di valutazione ed infine l'individuazione, da parte del coachee dei supporti interni/esterni all'unità di appartenenza;
- il Piano di Azione (PAZ), che facilita il coachee nell'individuazione delle azioni da intraprendere, nella messa a fuoco degli effetti attesi a fronte di esse e, per confronto, consente una riflessione sui comportamenti abituali messi in atto e sugli effetti che essi generano.

Le *attività* sviluppate in questa fase sono:

- Incontro di start up di progetto
- Incontro HR e consulente coach con il manager del coachee per racco-

gliere il suo punto di vista sulle competenze chiave del ruolo e sulle attese di sviluppo del coachee

- Due incontri individuali tra coachee e consulente coach (pianificati a distanza di 15 giorni l'uno dall'altro, della durata di circa 1 ora e mezza ciascuno)

II Fase - Revisione Piano di Azione e Monitoraggio

L'obiettivo di questa seconda fase è favorire e supportare il coachee nel processo di implementazione del Piano di Azione e dunque nel processo di modifica dei comportamenti, di sviluppo di competenze e relativo rafforzamento dell'efficacia di performance. Questa fase è centrale nel programma di coaching, il coachee si allena attraverso la auto valutazione e la rielaborazione dei successi raggiunti e degli ostacoli incontrati.

L'output di questa fase sono le sistematiche revisioni del Piano di Azione, diretta conseguenza dei feedback e delle rielaborazioni rispetto alle azioni intraprese e alle soluzioni sperimentate.

Le attività sviluppate in questa fase sono:

- Quattro incontri individuali tra coachee e consulente coach (pianificati a cadenza mensile, della durata di circa 1 ora e mezza ciascuno)

III Fase - Bilancio e valutazione dei risultati

Gli obiettivi di questa terza fase sono:

- favorire e esplicitare il processo di consolidamento del cambiamento
- assicurare l'innescò di un processo di miglioramento continuo
in una parola mantenere il processo di auto miglioramento innescato e attivo.

L'output di questa fase è il bilancio e la valutazione dei risultati dal punto di vista del coachee, del line management, di HR.

Le attività sviluppate in questa fase sono:

- Incontro di HR e consulente coach con manager di riferimento per bilancio e analisi del gap tra attese e risultati
- Due incontri individuali di follow up (pianificati a distanza di tre mesi, a cadenza mensile, di circa 1 ora e

mezza)

- Incontro di bilancio e valutazione con la committenza di progetto.

Sabato 17 marzo 2007

L'Infant Research e la sua applicazione nei progetti scolastici

Dott.ssa Girolama Curreri. Socio fondatore della Società Italiana di Videomicroanalisi e di Psicoterapia (SIVIP). Psicoterapeuta.

Dott. Homero Vigevani. Psicologo, psicoterapeuta. Socio fondatore e coordinatore della SIVIP.

“L'Infant Research” è quella branca della psicologia che si occupa dello studio e della ricerca sullo sviluppo infantile. Le ricerche degli ultimi anni hanno rivoluzionato il modo di vedere il bambino e stanno provocando un gran riassetto all'interno dei modelli psicologici (vedi Stern 1985, Lichtenberg 1989, Stolorow e Atwood 1992, Fivaz 2000, Beebe 2002). Infatti, ogni modello metapsicologico ha bisogno di una sua teoria dello sviluppo e le nuove conoscenze sullo sviluppo infantile hanno messo in discussione buona parte delle credenze che noi psicologi avevamo fino a poco tempo fa.

Dalle ricerche è emerso un bambino attivo ed impegnato, sin dai suoi primi istanti di vita, in uno scambio reciproco con il suo caregiver, un neonato che può avviare o interrompere l'interazione con le sue figure di accudimento principali. Ciò ha messo in crisi concetti tradizionali come quelli di simbiosi o di indifferenziazione primaria. È emerso un bambino che sin dal secondo mese di vita ha una relazione significativa e differenziata (triangolare) con il padre e la madre. È emerso che molte capacità cognitive si sviluppano molto più precocemente rispetto a quanto era teorizzato. Insomma sta cambiando qualcosa nel mondo della Psicologia, molti modelli che erano lontani tra loro si sono avvicinati, molti modelli pieni di certezze si sono ammorbiditi, il mondo della ricerca sperimentale e dell'attività clinica si sono avvicinati.

È in questo quadro che, soprattutto negli ultimi quindici anni, le nuove conoscenze accademiche e sperimentali hanno cominciato a varcare le soglie universitarie per entrare nel mondo della clinica (persone come Beebe, Downing e Fivaz ne sono stati tra i principali promotori), cambiando il nostro modo di vedere lo sviluppo del

* da Coaching alle nuove sfide, S. Di-
ni A. Cei, Guerini, Milano, 2004

bambino e dandoci strumenti nuovi per sostenere le interazioni tra genitori e figli.

In Italia, da otto anni, un gruppo, che fa riferimento a G. Downing, ha cominciato ad incontrarsi e a sviluppare attività clinica con il metodo della videomicroanalisi terapia trasportando questa metodologia dalle interazioni familiari ad altri contesti quali le relazioni di coppia, la supervisione degli staff di psicologi e d'altri operatori coinvolti nelle relazioni d'aiuto e soprattutto, per ciò che ci riguarda, l'osservazione delle interazioni tra insegnanti e alunni. È di quest'ultimo ambito che ci occuperemo, illustreremo in questa sede i temi che abbiamo elaborato presso le istituzioni scolastiche al fine di migliorare la qualità della relazione educatore-bambino.

I nostri progetti si sono basati sulle ricerche dell'Infant Research. Da circa trent'anni questa branca della psicologia utilizza la Videomicroanalisi, che consiste nella realizzazione di filmati d'interazioni genitore-bambino, dove tutto ciò che accade, sia sul piano corporeo sia su quello verbale, è analizzato ad un livello "micro" (fotogramma per fotogramma). Ciò che è emerso dalle ricerche è davvero straordinario, non solo per la maggiore conoscenza che abbiamo sullo sviluppo psicologico dell'essere umano, ma soprattutto perché possiamo intervenire per migliorare, ampliare gli schemi positivi e modificare quelli negativi, favorendo così il benessere psicofisico del bambino.

Oggi quindi abbiamo importanti informazioni su come potenziare l'interazione tra adulto e bambino, sia al fine di prevenire future patologie, sia dal punto di vista della promozione alla salute in aree fondamentali per lo sviluppo del bambino quali: l'alimentazione, la cura personale, l'immagine di sé e la relazione con i coetanei.

Certi della fondamentale importanza della prevenzione e dell'educazione alla salute abbiamo elaborato dei progetti d'aggiornamento e formazione per le scuole. L'obiettivo era sia di esplorare ed intervenire in aree fondamentali dell'educazione e della formazione dei bambini, quali: il sostegno all'affettività e all'autonomia, il rispetto dei limiti e delle regole, la strutturazione del tempo e dello spazio scolastico, e sia di dare agli insegnanti maggiori e

più attuali informazioni sullo sviluppo del bambino.

Il nostro intento è di fornire un ampio spazio d'ascolto per le difficoltà che le maestre/i incontrano nel complesso compito di educare ed aiutare a crescere i bambini e i ragazzi. Per raggiungere tale scopo non siamo partiti da un modello astratto e ideale al quale conformarci, riteniamo viceversa molto più utile e produttivo partire dalle reali condizioni nelle quali si trovano ad operare gli insegnanti, sostenerli e stimolarli ad attivare le proprie risorse e competenze affinché siano loro a trovare le soluzioni ai problemi che quotidianamente incontrano in classe quali: la gestione del gruppo classe, il bambino difficile, il bambino portatore di handicap, il bambino con difficoltà d'apprendimento, i bambini con disturbo dell'attenzione, ed altri aspetti fondamentali delle loro interazioni quotidiane.

Per raggiungere questi risultati ci avvaliamo sia dello sfondo teorico dell'Infant Research, sia dell'intervento con i video che ci permettono di entrare in una dimensione più concreta dell'esperienza dei docenti. Ci permettono di lavorare, oltre che con la dimensione cognitiva, anche con quell'esperienziale, immaginativa, visuale, corporea, emotiva, temporale e spaziale.

Dalla nostra esperienza nelle scuole sono emerse delle domande e delle richieste tipiche da parte degli insegnanti che possono pressapoco essere raggruppate in quattro aree: la prima è di capire, migliorare ed intervenire in un modo più efficace nella relazione con il bambino; la seconda è di migliorare l'interazione tra i bambini ed i rapporti all'interno del gruppo classe; la terza riguarda il modo in cui proporre le regole ed i confini; l'ultima area riguarda i problemi specifici quali i bambini iperattivi, i "leader negativi", i portatori di handicap ed altri.

Altre difficoltà rilevate dagli insegnanti riguardano sia le relazioni all'interno dello staff dei docenti, sia le loro relazioni con i genitori. Di queste ultime due aree non ci occupiamo nel presente progetto, avendo elaborato dei corsi specifici ad esse dedicati, da attuare però in momenti diversi rispetto all'intervento che stiamo descrivendo.

Al fine di rispondere alle esigenze

del corpo docente sopra riportate, durante i corsi ci soffermiamo su alcuni aspetti fondamentali della comunicazione adulto-bambino, quali: riconoscere e saper rispondere ai bisogni affettivi e relazionali del bambino, riconoscere e sostenere i suoi bisogni d'autonomia, offrirgli un adeguato sostegno psicofisico e avere una comunicazione chiara (verbale e non).

Inoltre nei nostri progetti abbiamo lavorato con il fine d'ampliare le seguenti capacità dell'insegnante: la capacità di creare un'atmosfera calda e accogliente in classe, la capacità di mantenere alta l'attenzione del singolo bambino e del gruppo, la capacità d'attenzione che si riesce a dare al bambino, la capacità di dare attenzione al bambino con difficoltà senza perdere di vista il gruppo, la capacità di sviluppare transizioni chiare, la capacità di creare un'interazione positiva fra i bambini, la capacità di strutturare le attività, la capacità di stabilire regole e confini, la capacità di dare conferme e la capacità di cogliere messaggi non verbali e di prestare una maggiore attenzione alla consapevolezza corporea.

Bibliografia

- Downing, G.: *Discussion: Emotion, body, and parent-Infant interaction*. (in Nadel J., Muir D.: *Emotional Development*. Oxford, Oxford University Press, 2005.)
- Fivaz Depeursinge E., Corboz Warnery A.: *Il Triangolo Primario*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Vigevani, H., Waldekranz, C.: "La videomicroanalisi come strumento terapeutico". In *Arti Terapie*, Anno X, n°9/10, pag.7-8, 2004.

Venerdì 23 marzo 2007

Esperienze nello sviluppo di alcuni strumenti di analisi organizzativa (dalla cassetta degli attrezzi dello psicologo del lavoro)

Guglielmo Danzi, *Analista di Organizzazione*

Si è scritto e detto molto sulla relazione consulente (psicologo) - committente - cliente, sulla gestione delle aspettative, di strategie comunicative e condivisione di traguardi.

In questo caso l'intervento ha inteso proporre la particolare esperienza di relazione dello psicologo del lavoro con i propri committenti e clienti interni nelle diverse fasi del ciclo di vita di un'impresa di telecomunicazioni, nel contesto professionale dello sviluppo organizzativo (descrizione e progettazione dei processi, dimensionamento degli organici, valutazione dei ruoli, etc.).

Per far questo, è stata però utilizzata una prospettiva altra: non tanto l'esposizione di teorie sull'organizzazione, né il rendiconto esaustivo di singoli episodi (casi aziendali), quanto piuttosto il proporre alcune tappe nel costruire ed adattare strumenti di diagnosi/apprendimento della realtà aziendale insieme agli altri due attori istituzionali - sino alla condivisione dei risultati - con l'ottica, in ogni caso, di realizzare soluzioni organizzative di supporto al cambiamento.

L'intervento ha inteso quindi raggiungere un duplice scopo: da un verso, presentare alcune di quelle che sono le "expertises" altre che lo psicologo del lavoro deve sviluppare per essere in grado di operare nei confronti dell'ambiente organizzativo (qualunque esso sia); dall'altro, condividere la complessità delle relazioni professionali e istituzionali, in ogni caso sempre orientate a fornire una capacità progettuale di supporto del cambiamento.

Gli strumenti presentati hanno fatto quindi riferimento a metodologie oggettivamente distanti dalla prassi dello psicologo, in quanto di diretta derivazione dalla sociologia, dall'economia, dall'ingegneria gestionale, dall'informatica: l'ottica non è così rivolta unicamente verso l'oggetto in sé, quanto piuttosto al relativo processo d'implementazione e condivisione dei risultati.

Gli strumenti che sono stati proposti fanno quindi riferimento a:

- L'analisi Prodotti/ Servizi
- L'analisi strutturata dei Processi (SADT)
- Il disegno dei processi attraverso il Flow Chart
- L'analisi dei Ruoli (Hay)
- La definizione dei Profili Professionali
- La Mappatura delle Professioni
- La metodologia per il Dimensionamento delle risorse attraverso un'analisi di Bench Marking Internazionale

L'analisi prodotti/servizi - primo e fondamentale tra gli strumenti proposti - rappresenta un esempio di come una tecnica per definire e valutare la produttività (pratica di diretta derivazione dell'approccio tempi & metodi di tayloriana memoria) venga ad essere trasformata in un modello di comunicazione tra attori diversi (il Personale e la Rete, tra i tecnici e non tecnici, tra l'oggetto del cambiamento e chi ne garantisce le coerenze organizzative per la sua attuazione).

L'analisi strutturata dei processi (SADT) è stata proposta non tanto quanto metodologia per lo sviluppo informatico per la gestione di processi organizzativi, quanto piuttosto come la patrimonializzazione di contenuti di un linguaggio comune tra culture aziendali diverse, in una forma condivisa e progettuale fruibile;

Il Flow Chart, strumento fondamentale di disegno e di diagnosi dei processi, è stato presentato come la base più adatta per razionalizzare le fasi/attività di un processo, associare a queste i risultati attesi, tempi e responsabilità definite (il *PERT*), e per articolare lo sviluppo di un progetto in impegni condivisi in un orizzonte temporale concordato (il *GANNT*);

Il metodo Hay per l'analisi e la valutazione dei ruoli, ha introdotto il tema della costruzione degli strumenti per la gestione e lo sviluppo delle persone all'interno di un'organizzazione.

Il metodo rappresenta forse il tema più critico, in quanto - da un verso - tira in gioco le aspettative delle persone nei confronti dell'azienda e - dall'altro - mostra i criteri attraverso i quali l'azienda esprime la valutazione dell'importanza dei ruoli (e delle risorse

che li ricoprono) sui quali essa è articolata, nonché - non da ultimo - mette in luce il riverbero di tale criticità sull'azione dell'analista di organizzazione che ne gestisca il processo di valutazione;

Il *Profilo Professionale* costituisce l'elemento di base per il sistema di gestione del personale.

È stata così proposta la metodologia (di diretta derivazione Hay e dell'analisi dei processi) per la sua definizione, in termini di:

- Collocazione organizzativa della persona;
- Suo spazio di azione;
- Know how posseduto;
- Attese dell'organizzazione nei suoi confronti;
- Abilità che deve mettere in campo per l'efficacie/efficiente copertura della posizione.

La Mappatura delle Professioni (e tutte le loro derivazioni metodologiche) costituisce lo strumento fondamentale per lo sviluppo delle risorse umane. In quanto raccordo di tutti i profili professionali, questa trova la sua validità nella coerenza con i processi organizzativi e di conseguenza con la fase di business dell'azienda.

Tale strumento consente quindi di individuare:

- I sentieri di mobilità orizzontale e di sviluppo di carriera;
- I sentieri formativi e i relativi macro contenuti;
- Le posizioni professionali chiave.

È stata proposta sia la metodologia per la sua corretta elaborazione, che la rappresentazione sintetica di una possibile articolazione professionale di un'azienda di telecomunicazioni.

Infine il modello del *Bench Marking Internazionale* è stato ripercorso attraverso l'esposizione delle fasi preliminari di un progetto di dimensionamento delle risorse.

L'approccio sistemico che fu alla base della metodologia a suo tempo adottata, ha consentito di dare un assetto a temi organizzativi (quali l'efficienza, il posizionamento competitivo, le best practices) come elementi di confronto per una valutazione critica dei risultati dell'azienda in termini di performance rispetto ai "best in class".

Nello specifico, è stata presentata la metodologia per la costruzione di un modello di interfaccia con le organiz-

zazioni partecipanti al “forum” e i primi risultati in termini di parametri di dimensionamento delle risorse.

L'intervento nelle sue intenzioni non si rivolgeva quindi unicamente agli “addetti ai lavori” (gli psicologi del lavoro e/ o dell'organizzazione), quanto piuttosto a tutti coloro che, sotto varia forma o natura, operassero in contesti istituzionali (ASL, imprese, amministrazione dello Stato...) e che dalle esperienze trattate potessero sviluppare spunti di riflessione. Era rivolto altresì a tutti quelli che si stanno avvicinando alla psicologia del lavoro come una prima immersione nelle tematiche aziendali.

Sabato 24 marzo 2007

La Ricerca psicologica in Antartide

Dott.ssa Denise Giuliana Ferravante, Psicologa del lavoro presso la Direzione Risorse Umane dell'ENEA

Professore a contratto presso la facoltà di Psicologia, Università “La Sapienza”

PREMESSA

La ricerca psicologica in Antartide nasce dall'esigenza di studiare l'essere umano in condizioni di vita e di lavoro particolari, per studiarne la modalità di adattamento e le strategie di coping, gli effetti sull'umore, le strategie di relazione, le dinamiche di gruppo, l'organizzazione del lavoro, la gestione della leadership.

Il continente antartico, infatti, rappresenta uno dei luoghi più ostili della terra perché è il continente più freddo, più alto, più ventoso, più arido, più inesplorato del pianeta.

È vasto 52 volte l'Italia, una volta e mezza l'Europa, ed è coperto per il 98% da una coltre di ghiaccio, la temperatura varia da 0° in estate (gennaio) sulla costa, fino a sfiorare i 90° sotto lo zero in inverno a 3000 metri di quota. I venti possono superare i 200 Km orari.

È stato calcolato che, in certe condizioni estreme, il tempo di sopravvivenza di un uomo, senza un abbigliamento adeguato, potrebbe non superare i 20 minuti.

In queste condizioni si trovano ad operare ricercatori di tutto il mondo che si occupano di tematiche che riguardano il passato e l'evoluzione del pianeta ma anche di aree di ricerca che avranno importanza per il futuro quali lo studio dell'assottigliamento dello strato di ozono, l'effetto serra, la contaminazione a livello planetario. Le aree di ricerca spaziano nei campi che vanno dall'astronomia al geomagnetismo, dalla sismologia alla glaciologia e molto altro ancora.

Durante il periodo di permanenza in Antartide i ricercatori vivono presso strutture, basi di ricerca, che rappresentano il trionfo della scienza e della tecnologia, costruite per resistere a tali condizioni atmosferiche, dotate, per quanto possibile, di tutti i comfort.

L'Italia è presente in Antartide con due basi, la base Mario Zucchelli, sulla costa a Baia Terra Nova e la base

Concordia, sul plateau antartico, a 3300 metri di altitudine.

Presso quest'ultima base alcuni ricercatori passano nove mesi completamente isolati dal resto del mondo, con la consapevolezza di non avere la possibilità di sottrarsi a questa situazione perché la base, in quel periodo, non è raggiungibile in nessun modo e con nessun mezzo. Infatti la temperatura scende anche a 80° sotto lo zero, nei lunghi mesi della notte antartica non c'è l'alternanza del giorno e della notte per cui il buio è totale, l'unico contatto con il resto del mondo è rappresentato dal telefono satellitare e dalla posta elettronica.

Queste condizioni di confinamento rendono l'Antartide il luogo più adatto per la ricerca psicologica in un ambiente estremo e isolato, per molti versi simile a quello spaziale.

A questo proposito rivestono un particolare interesse per l'Ente Spaziale Europeo, le attività di ricerca svolte presso la base Concordia, che è una base italo-francese, dove operano a stretto contatto ricercatori e personale di supporto italiani e francesi, e dove la permanenza presso la base si prolunga per un intero anno, in condizioni di totale isolamento.

SELEZIONE E ADDESTRAMENTO PER LA SPEDIZIONE

L'ambito della ricerca psicologica in Antartide è stato presidiato, dal suo nascere nel 1985, fino allo scorso anno dal Prof. Antonio Peri, autorevole psichiatra che ha partecipato a numerose spedizioni e che ha fatto parte, anche con il ruolo di Responsabile, del gruppo internazionale che si occupa della ricerca in Antartide per l'area medico-psicologica.

Dallo scorso anno sono subentrata al Prof. Peri nello svolgimento dell'attività di ricerca per il PNRA (Programma Nazionale di Ricerche in Antartide) con cui, già da qualche anno, collaboravo per la valutazione psicodiagnostica dei candidati.

Infatti i partecipanti alle spedizioni in Antartide vengono selezionati accuratamente e poi partecipano ad un corso di addestramento, anch'esso valutativo, di due settimane: una presso il Centro ENEA del Brasimone, sull'Appennino, focalizzata essenzialmente sulle misure di sicurezza e sulle reazioni da adottare in situazioni di emergen-

za, la seconda settimana, a cura della Scuola Militare Alpina di Aosta, si svolge in tenda sul ghiacciaio del Monte Bianco, a più di 2000 metri di quota.

L'obiettivo è quello di sperimentare le proprie capacità di adattamento in condizioni simili a quelle antartiche e di acquisire nozioni legate all'uso di dispositivi satellitari per l'orientamento, oltre che per abituarsi a camminare sul ghiaccio, a muoversi in cordata, a calarsi nei crepacci, e molto altro ancora.

Infatti, le condizioni in cui il personale si trova ad operare, durante la spedizione, sono particolari a partire dai mezzi di protezione che sono spesso poco confortevoli, ingombranti, poco pratici. I locali della base possono essere rumorosi a causa del funzionamento degli impianti, dove la temperatura e l'umidità possono essere difficilmente controllabili.

A questi fattori si aggiungono la mancanza di alternanza di luce e buio (durante le missioni estive è sempre giorno per 24 ore, durante il periodo invernale è sempre notte). Le basi sono confortevoli ma si ha sempre la consapevolezza che si vive una situazione dove l'emergenza è in agguato: c'è rischio di incendio (l'aria è molto secca e il materiale è per lo più sintetico a partire dall'abbigliamento), si può guastare qualche impianto (le basi sono dotate di complessi impianti che consentono di avere ambienti riscaldati e confortevoli, di avere l'acqua corrente, di utilizzare docce e bagni), si può alzare improvvisamente il vento catabatico che soffia a 200 km l'ora.

Oltre a queste limitazioni, legate a fattori ambientali, si aggiungono delle limitazioni di natura psicologica, dovute all'isolamento e al confinamento, ma anche di natura organizzativa dovute alla convivenza forzata per 24 ore al giorno, alla suddivisione dei compiti, all'organizzazione delle attività.

Inoltre in ambienti isolati e confinati, quali le stazioni di ricerca antartiche con personale permanente, può verificarsi una situazione di ridotta stimolazione ambientale (REST) che può essere causa di effetti psicologici consistenti nel peggioramento delle prestazioni, depressione, e ritiro dal gruppo, alterazioni della percezione dello spazio e del tempo.

PRINCIPALI RISULTATI DELLE RICERCHE: STRESS E FATTORI DI DISAGIO

Da ricerche effettuate che hanno misurato l'intensità e la frequenza con cui le cause di disagio o stress hanno interessato il personale delle spedizioni antartiche italiane, effettuate nel corso dell'estate australe, emerge che le fonti di disagio più rilevanti si riferiscono all'area affettivo-relazionale (la separazione dalle persone care, l'assenza o la restrizione all'intimità personale) più che a quella fisico-ambientale.

Il moderato livello di disagio prodotto dai fattori stressanti non produce effetti dannosi immediati, e ciò forse è dovuto alle notevoli risorse materiali disponibili nelle spedizioni ma anche alla rigorosa selezione e preparazione, anche sul piano psicologico, del personale.

Si riscontra un diverso grado di sensibilità verso gli agenti stressanti se si confronta la propria percezione dell'intensità e della frequenza delle cause di disagio, con quella degli altri compagni di spedizione. Questi vengono giudicati molto più sensibili al disagio di quanto ciascuno voglia ammettere per se stesso e le tematiche proposte sono sempre quelle dell'isolamento e del confinamento.

Risultano, invece, prive di effetti negativi le seguenti fonti di disagio: ripensamenti sulla decisione di partecipare alla spedizione, sensazione di discriminazione nell'assegnazione degli incarichi, trasferimenti da e per la base, adattamento al clima esterno, attività continua con lo stesso gruppo di persone.

Le strategie, a livello cognitivo comportamentale, più frequentemente impiegate per gestire il disagio sono l'accettazione della situazione e la sua riconsiderazione in termini positivi. Infatti si tratta di una situazione in cui l'ambiente è scarsamente modificabile perciò l'approccio utilizzato è quello centrato sulla persona piuttosto che sulla modificazione della situazione problematica.

PRINCIPALI RISULTATI DELLE RICERCHE: FATTORI PREDITTIVI E ADATTAMENTO

La ricerca psicosociale ha permesso di affinare i criteri di selezione e di preparazione psicologica del personale

delle spedizioni italiane, e di identificare gli elementi predittivi e le manifestazioni comportamentali dell'adattamento.

Dalle ricerche effettuate in questo senso emerge che, sebbene il concetto di adattamento sia differenziato su base individuale, le scelte confluiscono intorno a un numero limitato di manifestazioni comportamentali: solidarietà, affidabilità e competenza professionale, particolarmente funzionali in un ambiente ostile. Fra i comportamenti ritenuti importanti per il successo delle spedizioni un posto di rilievo spetta al rispetto delle misure di sicurezza che è nettamente superiore, per importanza, ad altri comportamenti. I comportamenti più frequentemente adottati implicano un atteggiamento di tolleranza e di rispetto interpersonale, di valorizzazione dell'ambiente sociale e dell'atmosfera socio-emotiva di gruppo accanto alla autorealizzazione lavorativa.

I comportamenti più frequentemente osservati nei responsabili sembrano caratterizzare una leadership efficace anche se più attenta ai problemi di produttività che a quelli interpersonali. Tutti i comportamenti rispecchiano molto i valori dei soggetti in particolare la competenza professionale, da ciò emerge la centralità del sistema valoriale nella costruzione del concetto di adattamento e nella sua attuazione concreta.

In sintesi il comportamento di un membro di spedizione ben adattato è quello di una persona che dimostra competenza nel proprio lavoro, si dimostra affidabile in caso di bisogno, si adatta alle condizioni di stress fisico e ambientale, sviluppa e mantiene buoni rapporti sociali, mostra tolleranza verso i cambiamenti e gli imprevisti, dimostra stabilità emotiva e senso di responsabilità, rispetta la privacy e si attiene alle norme di sicurezza.

PRINCIPALI RISULTATI DELLE RICERCHE: SPEDIZIONI INVERNALI

Per finire, un'area di ricerca interessante è quella che riguarda le spedizioni invernali cioè il personale che passa un anno in isolamento.

Al termine del periodo di isolamento viene effettuato un debriefing attraverso un'intervista semistrutturata e schede di self assessment finalizza-

te a valutare alcune dimensioni relative all'adattamento e al benessere psicofisico nel corso dei diversi mesi di permanenza presso la base, durante i quali viene chiesto loro di rispondere a questionari e test specifici, riferendosi sia al vissuto individuale che a quello di gruppo.

L'intervista semi-strutturata è focalizzata sull'elaborazione dell'esperienza vissuta durante l'inverno ed in particolare approfondisce quelle che sono state le sensazioni e le emozioni provate, le eventuali differenze rispetto alle aspettative, gli elementi piacevoli e quelli spiacevoli e le relative motivazioni.

Inoltre vengono approfonditi aspetti afferenti alla sfera relazionale, in particolare alla qualità delle relazioni all'interno del gruppo, all'eventuale presenza di sottogruppi, alla relazione con il responsabile di spedizione, all'evoluzione delle dinamiche intergruppo ed intragruppo, alle eventuali differenze fra ricercatori e logistici, fra italiani e francesi, fra uomini e donne.

Nel novembre 2006, ho partecipato alla XXII spedizione in Antartide per effettuare il debriefing con il personale italiano che aveva trascorso il secondo inverno a Concordia.

Il debriefing ha avuto, fra gli altri scopi, dal punto di vista dei partecipanti quello di riflettere sull'esperienza vissuta e di pervenire ad una prima elaborazione.

Dal punto di vista dell'organizzazione ha permesso di rilevare i problemi e le criticità per apportare cambiamenti nel corso delle prossime missioni invernali.

Tutti si sono dimostrati molto disponibili e collaborativi, lo stato emotivo e le condizioni psichiche generali degli intervistati sono apparse assolutamente soddisfacenti.

Dai risultati emersi finora è emerso che il gruppo degli invernanti si percepisce come un gruppo reale, che ha obiettivi comuni, che si adopera anche praticamente per rendere la base più confortevole.

Si è osservato che la strategia di adattamento è basata sulla riduzione della reattività nei confronti del disagio, una sorta di "economizzazione" delle risorse.

Si è evidenziato che, nel tempo, gli individui tendono a prendere le distanze dalla situazione, riducono gli sforzi mentali e comportamentali, tendono a

procrastinare e a rinviare l'analisi e la gestione di eventuali problemi.

Attualmente la ricerca è ancora in corso dal momento che si sta effettuando la terza campagna invernale per la stazione italo francese.

Sabato 31 marzo 2007

"L'utente tipo di un ambulatorio pubblico di psicologia"

S. Angeli, *Psicologo dirigente UOS DSM ASL RMB, didatta Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo, segretario scientifico Centro Ricerche Psicoanalitiche di Gruppo, Roma*
M.P. Favali, *Assistente sociale DSM ASL RMB, sociologa, docente Politica Sociale Corso di Laurea in Servizio Sociale Università "La Sapienza"*

F. De Luca, *Studente Corso di specializzazione di Psicologia dinamica e clinica*

Con l'apertura dei cancelli dell'Ospedale Psichiatrico, Franco Basaglia ha permesso un passaggio dal fuori al dentro e dal dentro al fuori. Da un lato molte pratiche cliniche, sociali e di vita sono entrate nell'ospedale integrandosi con la psichiatria per fornire un intervento multidisciplinare ai ricoverati, dall'altro la follia è uscita dal recinto e si è ricollocata nella società, dalla quale proveniva, attraverso la dimissione degli ex reclusi e l'impossibilità di praticare nuovi ricoveri.

Una riforma come quella introdotta dalla legge 180 ha promosso un cambiamento non solo organizzativo ma anche culturale e scientifico.

Chi lavora nel campo della salute mentale (sia nel pubblico che nel privato) da più di trenta anni sa del cambiamento profondo dell'utenza in questo periodo. Se all'apertura dei Centri di Igiene Mentale negli anni settanta, la totalità delle diagnosi erano nell'ambito della psicosi, oggi più della metà dei casi seguiti negli attuali Dipartimenti di Salute Mentale presentano diagnosi nel campo delle nevrosi.

Sono pochi gli studi su questo importante fenomeno, perché in Italia la ricerca non trova finanziamenti e perché non sempre i vertici delle ASL sono interessati a modificare la loro organizzazione (e quindi l'establishment stesso) in relazione al mutamento in corso nella società. Uno studio europeo¹, denominato ESEMeD WMH, che è stato condotto in 6 paesi europei tra cui l'Italia nel 2002-03, ha fornito interessanti dati sulla prevalenza dei cosiddetti disturbi mentali comuni, ossia i disturbi depressivi, d'ansia, e quelli

Bibliografia

- Ferravante D. G.: *Rapporto sulla campagna antartica*, Estate australe 2006-2007, XXII Spedizione, PNRA, 2007
AA.VV.: 1985-2005 *Venti anni di ricerche in Antartide*, PNRA, 2006
Peri A., Barbarito M., Ruffini M.C. (2002): *L'adattamento psicosociale nelle spedizioni Antartiche: studio degli indicatori comportamentali*, Estratto da "Il Polo"
Peri A., Barbarito M., Ciuffo A., Ruffini M.C. (2002): *Le cause di disagio nelle spedizioni antartiche italiane*, Estratto da "Giornale di Medicina Militare"

relativi all'abuso/dipendenza da alcool. Lo studio è stato effettuato sulla popolazione in generale, confermando le precedenti ricerche. In Italia è stato intervistato un campione rappresentativo della popolazione adulta pari a 6.508 persone. Le persone del campione sono state intervistate a domicilio da personale della DOXA appositamente addestrato, utilizzando un'intervista strutturata CIDI che consente di diagnosticare un disturbo mentale in tre diversi periodi, nell'ultimo mese, nell'ultimo anno e nel corso della vita. Da questo studio emerge che un soggetto su 5 ha sofferto di un disturbo mentale nel corso della vita. Inoltre viene confermato il sottoutilizzo dei servizi sanitari e in particolare dei servizi di salute mentale da parte di coloro che soffrono di disturbi mentali di tipo non psicotico.

È naturale che gli psicologi, siano tra i professionisti maggiormente interessati da questo nuovo gruppo di utenti, sia perché spesso le patologie presentate trovano una soluzione efficace nelle psicoterapie, sia perché la competenza dello psicologo nel campo è riconosciuta dall'opinione pubblica.

Nella ASL RM B è attivo da dieci anni un ambulatorio del Dipartimento di Salute Mentale (nel quale operano psicologi ed assistenti sociali) rivolto specificamente agli adulti che fanno richiesta di avere un incontro con lo psicologo. Si tratta di un ambulatorio che si qualifica semplicemente sulla richiesta degli utenti (che da una ricerca sul campo realizzata nel 1994 risultava congrua in più del 90% dei casi).

Dieci anni di attività sono un tempo sufficiente per rodare un modello di intervento e realizzare uno studio epidemiologico che possa dare alcune indicazioni su chi siano questi "nuovi utenti".

L'episteme che sottintende l'attività si fonda sul considerare con Freud che "la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale" e quindi nel puntare l'attenzione al gruppo sia nel senso di luogo di vita dell'utente che come strumento di lavoro per gli operatori.

L'ambulatorio è situato nel X municipio Cinecittà a Roma, il quartiere è nel quadrante sud-est della città, è servito per una certa quota dalla metropolitana, ma oltre questa parte centrale

esistono delle zone più periferiche, che una volta erano borgate.

In base ai dati dell'ufficio statistico del comune di Roma le persone residenti nel territorio al 31.12.05 sono circa 184.000, come una città di media grandezza quali Reggio Calabria o Biella; questo dato è pressoché stabile in tutto il periodo considerato 1996-2005 dalla nostra ricerca.

Il modello di lavoro che si svolge nell'ambulatorio è comprensibile attraverso la descrizione di una delle varie attività che vi si svolge: il percorso che fa l'utente dal momento in cui prenota un incontro a quando viene preso in carico.

Lo indichiamo con un disegno di un tronco di piramide rovesciato, un imbuto.

A fronte di 282 persone che chiedono un appuntamento, se ne presentano 234 (83%), concludono la consultazione 174 persone pari al 62%, a 106 (38%) viene proposto un trattamento nell'ambulatorio e 66 (24%) lo inizia effettivamente.

La grande attenzione alla fase della valutazione diagnostica, realizzata in quattro incontri con il paziente e una riunione clinica sul caso, permette di scremare, attraverso vari passaggi i pochi utenti che hanno necessità di un intervento specifico, protratto nel tempo.

È un procedimento lungo e apparentemente complesso, se lo immaginato applicato su tutti i casi che si presentano. Come per l'imbuto che conosciamo nella realtà, l'efficienza dipende dalla solidità delle superfici che devono sostenere la spinta di ciò che in esso viene immesso. Nel nostro lavoro queste superfici sono rappresentate dall'equipe di lavoro che per svolgere adeguatamente il suo compito deve avere un tempo e una modalità specifica di funzionamento e soprattutto deve poggiare su un modello democratico di gestione del potere.

Con questo modello di lavoro siamo stati in grado di mantenerci costantemente sotto il livello della saturazione del tempo lavoro ed accogliere in dieci anni 1876 utenti.

Oggi possiamo studiare questo gruppo di 1876 utenti con gli strumenti della epidemiologia e della statistica, così da poter dire nel linguaggio corrente "chi sono le persone che si rivolgo-

no ad uno psicologo in un servizio pubblico".

Il 68% del campione considerato è di sesso femminile, tale dato risulta essere in linea con quanto emerso dallo studio europeo sulla prevalenza dei disturbi mentali comuni. Oltre il 50% del campione è di età compresa tra i 25 e i 44 anni, va inoltre segnalato che circa il 20% ha meno di 25 anni. La metà degli utenti risultano essere coniugati ed occupati.

Pertanto attraverso la cluster analysis, considerando le variabili sesso, età, stato civile, titolo di studio, attività prevalente e orientamento diagnostico emergono alcuni cluster, siamo cioè nella condizione di individuare gli utenti tipo del servizio stesso.

Il concetto di tipo permette di precisare la forma esemplare cui si possono ricondurre i singoli, mettendo in relazione tra loro le varie caratteristiche del campione, in altre parole ci permette di definire quali sono gli utenti che si rivolgono al nostro servizio attraverso le caratteristiche più significative da un punto di vista statistico.

Per gli uomini ne emergono tre:

- ✓ i celibi di età compresa tra i 25 e i 34 anni, occupati, con un titolo di studio di licenza media superiore e disturbi dell'area nevrotica;
- ✓ i coniugati con età compresa tra i 35 e i 44 anni, anch'essi occupati con titolo di studio di licenza media superiore e disturbi dell'area nevrotica;
- ✓ i celibi di età compresa tra i 17 e i 34 anni, con un titolo di studio sia di licenza media superiore sia inferiore, che oltre ad avere come i precedenti disturbi dell'area nevrotica, risultano essere o studenti o disoccupati.

Per le donne invece ne emergono due:

- ✓ le nubili, di età compresa tra i 17 e i 34 anni, con titolo di studio di licenza media superiore, occupate o studentesse e con disturbi dell'area nevrotica;
- ✓ le coniugate con età tra i 25 e i 44 anni, occupate con titolo di studio di licenza media superiore e con disturbi dell'area nevrotica.

I dati forniscono indicazioni utili su un piano clinico e di organizzazione di servizi. La cosa certa è che con la chiu-

sura dei manicomi le difficoltà, i disturbi psicologici sono meno stigmatizzati.

Emergono, quindi, prima e in forme più affrontabili. Possiamo dire quindi che sono uno dei prodotti del vivere comune. I nostri utenti non vivono ai margini della nostra società, anzi ne sono una degna rappresentazione.

Venerdì 13 aprile

Peculiarità del lavoro con le famiglie nelle Comunità Terapeutiche: strategie per il coinvolgimento efficace dei parenti nei setting residenziali

Felice Damiano Torricelli, *Psicologo Psicoterapeuta Direttore di Programma Comunità Reverie - Capena (Roma)*

Gli interventi sulle famiglie sono oggi considerati una componente essenziale, se non irrinunciabile, nel trattamento delle psicosi.

Se già gli “alienisti” del XIX secolo avevano intuito l'importanza delle relazioni familiari nel condizionare il decorso della malattia mentale è però negli anni '50 e '60, con l'inizio della deistituzionalizzazione in molti Paesi occidentali, che la fine della segregazione manicomiale comporta un incremento dei contatti dei pazienti con il loro ambiente di appartenenza ed in particolare, ovviamente, con il nucleo familiare.

In quel periodo negli Stati Uniti guadagnavano rilievo e diffusione le psicoterapie, soprattutto la psicanalisi. Frieda Fromm-Reichmann aveva coniato il termine di “*madre schizofrenogena*”; Harold Searles scriveva, alla fine degli anni '50, un articolo dal titolo “*Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente dell'eziologia e della psicoterapia della schizofrenia*”, in cui delineava le modalità attraverso le quali uno o più familiari mettono il paziente in situazioni insostenibili, per uscire dalle quali l'unica strada di cui questi dispone è lo sviluppo di sintomi psicotici.

Assieme a questo clima culturale in ambito psichiatrico determinante per la nascita della psicoterapia familiare fu poi la diffusione della teoria cibernetica dei sistemi applicata alle scienze sociali e psicologiche, che portò una crescente attenzione verso il contesto in cui l'individuo è inserito. I pionieri della terapia familiare consideravano i sintomi, le difese, la struttura del carattere e la personalità come espressioni che descrivono le interazioni tipiche dell'individuo in risposta a un particolare contesto interpersonale, anziché come entità intrapsichiche. L'idea di aver scoperto nella famiglia la

causa delle patologie portò i primi terapeuti della famiglia a mostrare verso le famiglie un atteggiamento combattivo, sottilmente ostile. La premessa, comune a tutti, era che i pazienti dovevano essere salvati, riscattati, emancipati dalle famiglie.

All'inizio della deistituzionalizzazione in Inghilterra, poi, George Brown osservò che, contrariamente a quanto ci si poteva attendere, i pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico e tornati a vivere nella loro famiglia (anziché da soli o in altro tipo di convivenza) erano quelli che andavano incontro più frequentemente a ricadute. Questa maggiore frequenza delle ricadute si verificava, tipicamente, in famiglie caratterizzate da un particolare clima emotivo, in cui erano particolarmente frequenti, nei confronti del paziente, *l'ipercoinvolgimento emotivo, i commenti critici, l'ostilità*. Brown sviluppò la teoria delle emozioni espresse (Expressed Emotion, EE). Vennero quindi elaborati modelli di intervento, sulle famiglie che presentavano le caratteristiche descritte (ad Alta Emotività Espressa), che prevedevano fondamentalmente di fornire a gruppi di familiari informazioni sulla schizofrenia con lo scopo di ridurre la loro emotività espressa. Per definire questo tipo di interventi venne introdotto il termine “Psychoeducation” Psioeducazione.

Con la riforma psichiatrica in Italia, nel 1978, i familiari entrarono da protagonisti sullo scenario dei nuovi servizi. Pazienti con disturbi gravi che solo pochi anni prima avrebbero trovato risposte più o meno definitive nel manicomio vivevano ora nel loro ambiente naturale, con la propria famiglia nucleare. L'approccio farmacologico non era sufficiente ad aver ragione della complessità che si andava delineando. In questo contesto l'esigenza degli operatori di trovare altri sbocchi incontrò naturalmente il fermento che andava crescendo intorno alla terapia familiare, nata all'origine, proprio nel confronto con gravi casi di schizofrenia.

Negli anni '90, poi, è intervenuto nello scenario italiano un nuovo elemento: le strutture intermedie, che sin dall'inizio si sono proposte per la gestione intensiva dei casi gravi.

Nate nell'Inghilterra della seconda guerra mondiale dalla necessità di adattare i mezzi terapeutici della psichiatria alle ristrettezze e all'organiz-

¹ AA.VV., Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei Servizi sanitari: il progetto ESE-MED-WMH, Epidemiologia e psichiatria sociale, monograph supplement 8, Il Pensiero scientifico Editore.

zazione bellica, le comunità terapeutiche hanno costituito, assieme agli psicofarmaci, forse la più importante novità terapeutica in campo psichiatrico della seconda metà del XX secolo.

Fin dagli anni '50 le Comunità Terapeutiche (CT) sono state oggetto di studio e di riflessione teorica, oltre che campo sperimentale di terapia psichica. Per descriverne il funzionamento e la "quintessenza" terapeutica l'antropologo Rapoport, che per primo fu chiamato a studiarle, propose i termini di *Democraticità, Tolleranza, Comunalismo e Confronto con la Realtà*. Oggi sono state introdotte definizioni che, pur non differenziando sostanzialmente il loro contenuto concettuale da quelle di Rapoport, sono più orientate a tener conto del fondamentale contributo della teoria dell'attaccamento alla comprensione dello sviluppo dei processi psichici. I cinque principi sottostanti l'operato di una comunità terapeutica secondo il collega R. Haigh - *Attaccamento, Contenimento, Comunicazione, Partecipazione (Involvement) e Attività (Agency)* - possono altresì considerarsi come una sequenza semplificata del normale sviluppo del senso di sé in relazione agli altri: dalla vulnerabilità dell'*attaccamento*, agli aspetti di sostegno (holding) materna e paterna del contenimento, alla socializzazione tramite la *comunicazione* verbale, alla lotta adolescenziale della *partecipazione* per sentirsi parte di un tutto e trovare un posto tra gli altri individui, per giungere infine alla posizione adulta del percepirsi come *agente di cambiamento*. Mentre *attaccamento, contenimento e comunicazione* sono qualità che si trovano all'interno di tutti i setting psicoterapeutici, *partecipazione (involvement) e attività (agency)* sono specifici della Comunità Terapeutica e si riferiscono al senso di mutua dipendenza, responsabilità reciproca e consapevolezza profonda di sé come sede dell'autorità e del potere.

Ora, se in Inghilterra le CT si sviluppano come approccio elettivo per il trattamento dei disturbi di personalità, in Italia esse si propongono e si impongono come luogo di cura residenziale per le patologie dello spettro psicotico, che con la legge 180 non hanno più la sponda manicomiale. In Italia le Comunità Terapeutiche residenziali giungono, alla fine degli anni '90, ad essere oltre 1300 con circa 17.000 pazienti.

Il contesto terapeutico delle strutture residenziali si impone per alcune condizioni che ne caratterizzano fortemente la peculiarità e che sono potenzialmente collusive con la famiglia: *la convivenza prolungata, la condivisione della quotidianità e l'intensità degli affetti* che si strutturano nel rapporto tra utente e operatore nella CTR, spesso portano a strutturare dinamiche conflittuali tra Comunità e famiglie intorno all'appartenenza del paziente. L'allontanamento spaziale del paziente dalla sua famiglia e l'adesione all'istituzione comunitaria - che si propone, più o meno esplicitamente, come *famiglia alternativa*, buona, accogliente e sensibile - sembra sottolineare le manchevolezze della famiglia reale *ancorando alla realtà* fantasie di incapacità e colpa che rendono più complicato (a volte impossibile) il percorso di individuazione offerto al paziente. L'incapacità di leggere i comportamenti contraddittori dei familiari nei confronti della comunità come risultato di questo rimando implicito e la difficoltà a coinvolgerli attivamente nel percorso terapeutico-riabilitativo sono state spesso alla base di fallimenti.

Le famiglie, cioè, tendono ad assumere una posizione apparentemente delegante segnalando la richiesta di un rapporto CT-paziente totalizzante. Contemporaneamente attuano, però, comportamenti che indicano la loro non adesione alla delega e alle regole della CT proponendo un'ostilità di fondo e una perseverante tendenza a criticare negativamente a posteriori le strategie terapeutiche offerte dalla CT al loro congiunto.

Alla luce di queste osservazioni, quindi, l'attenzione dei colleghi impegnati nel lavoro con le famiglie all'interno delle CT viene posta non sul "rompere i circuiti disfunzionali di invischiamiento e appartenenze confuse" ma sull'"accettare" il tipo di legami che la famiglia presenta, per comprendere assieme ad essa il significato che tali legami hanno rispetto all'espressione dei bisogni dei suoi membri e al contenimento di paure legate alla perdita che accompagna ogni processo di crescita. La famiglia, allora, oltre ad essere coinvolta in ogni scelta importante riguardante il paziente, partecipa ad incontri periodici congiunti con l'operatore che segue il caso del loro parente, il paziente stesso e uno psico-

terapeuta. Si cerca così di prevenire l'evocarsi di *fantasmi di non sopravvivenza* collegati ad ansie di separazione, i cui aspetti più consapevoli vengono connotati come risultato del grande affetto che lega i membri della famiglia.

Particolare attenzione viene posta, più di recente, all'approccio di *gruppo multifamiliare*, proposto da J.G. Badaracco.

Il gruppo multifamiliare, che prevede la partecipazione di più nuclei familiari e degli operatori ad incontri pluri periodici, è il luogo in cui, secondo Badaracco, da un lato si manifesta nella forma più chiara la patologia mentale grave, dall'altro si vengono a costituire le condizioni migliori per la cura di questa patologia. Al suo interno i componenti dei diversi nuclei familiari possono permettersi di verificare che la situazione che vivono non è da nascondere, né a sé stessi né agli altri, ma che è condivisibile e confrontabile con quella di altre persone. Ciò consente di costituire un clima di collaborazione feconda tra tutti i presenti. Per gli operatori, poi, risulta possibile osservare all'opera le identificazioni patologiche e patogeniche che intercorrono tra un paziente e un genitore e viceversa, meccanismi che Badaracco identifica come le fondamentali entità patologiche che devono essere messe in discussione per permettere al paziente di iniziare a costruire una nuova identità.

Bibliografia essenziale in italiano

- Garcia Badaracco J.E. (2003): *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*, edizione italiana a cura di Andrea Narracci. Bollati Boringhieri, Torino, 2003;
- Garcia Badaracco J.E. (1997): *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Milano, Franco Angeli;
- Lombardo A. (2004): *La comunità psicoterapeutica: cultura, strumenti, tecnica*, Milano, Franco Angeli;
- Rapoport R.N. (1982): *L'ideologia dell'unità* in Lang M.: *Strutture intermedie in psichiatria*, Milano, Raffaello Cortina Editore;
- Torricelli F.D. (1997): *Lavorare con le famiglie nelle comunità terapeutiche in Psicobiattivo*, anno 15, n. 2.

Sabato 14 aprile**“Promuovere approcci innovativi alla gestione delle persone in azienda.****Il contributo dell'umorismo al management”**

Dr. Stefano Greco, *Psicologo, dal 1992 lavora sul campo come Consulente di Direzione aziendale nei processi di gestione e sviluppo delle Persone. Si occupa in particolare di Assessment, Selezione, Formazione manageriale e commerciale. Scrive saggi ed articoli di Management, Psicologia, Sociologia.*
stefano.greco@olympus.it

Qualcuno crede che il concetto di innovazione riguardi soltanto i settori dell'Information and Communication Technology e della Ricerca scientifica.

In realtà, ancora prima delle tecnologie, l'innovazione vera e propria riguarda il pensiero dell'uomo e la sua visione della vita.

Aristotele, Gesù, Siddharta, Galileo, Copernico, Freud, Gandhi, Gorbaciov, rappresentano solo alcuni esempi di personaggi la cui leadership ha rivoluzionato il modo di intendere ed interpretare gli eventi umani, cambiando di fatto la storia del mondo.

Crede che oggi, nella dimensione del quotidiano, la sfida del diventare innovativi riguardi molto coloro che gestiscono le persone sul lavoro, vale a dire il Management delle organizzazioni.

In questo momento storico di abuso degli strumenti normativi sulla flessibilità, di mobbing, di eserciti di free lance e post manager alla rabbiosa conquista del mercato, di pressioni sui risultati da conseguire in tempi sempre più brevi, di cambiamenti repentini e spesso radicali, sorridere e far sorridere non è impresa facile.

Il contributo dell'umorismo, in questa prospettiva, può essere notevole ma attenzione: non si tratta di somministrare con imprudenza e superficialità delle “pillole di buon umore” - come una forzata barzioletta nell'introdurre un'importante riunione o un volgare gossip durante la pausa caffè - ma di arricchire lo stile di leadership di risorse psicologiche ed emotive in grado di tirar fuori le persone e le organizzazioni dalle pericolose sabbie mobili del pessimismo e dell'inerzia, ancorandole ad una prospettiva di fi-

ducia, di benessere e di motivazione.

La “strana coppia” Uморismo e Management - questo ultimo termine inteso sia come gestione delle persone - leadership - sia come gestione di se stessi e delle crisi emozionali che possono verificarsi negli ambiti lavorativi ma anche personali - Self Management - si configura dunque come il nuovo paradigma di pensiero in grado di apportare un benefico ed auspicabile cambiamento delle culture organizzative, ancora troppo caratterizzate dalla convinzione che “ridere sul lavoro non è indice di serietà, professionalità e/o affidabilità...”.

Proprio a causa di tali impostazioni e forme mentali rigide, questo nuovo paradigma si trova ancora nella sua fase “eroica”, per dirla con Thomas Khun, vale a dire nella fase in cui il “cambio della metafora di riferimento” è appena iniziato.

In altre parole, diversi manager e politici vivono ancora nel vecchio paradigma/schema della seriosità, del formalismo burocratico e dell'esercizio del potere fine a se stesso che spesso favoriscono atteggiamenti di presunzione, arroganza e/o di finzione.

L'aspetto maggiormente evidente oggi è che un numero considerevole di manager dimostra grandi difficoltà nel riconoscere la propria inadeguatezza nel ricoprire il ruolo di comando soprattutto dal punto di vista della gestione delle persone.

Questo succede perché, a volte, non sanno come riconoscerlo - non hanno le chiavi di lettura appropriate - mentre in altri casi, fatto ancora più grave, perché non vogliono riconoscerlo e quindi ammetterlo.

Le conseguenze di tale situazione sono:

1. Il ruolo di capo viene esercitato come una mera espressione di autorità
2. Il clima psicologico all'interno dei team degenera progressivamente in uno stato di negatività.
3. I costi emotivi, sostenuti dalle persone in termini di stress e “sopportazione”, salgono a dismisura.

Tuttavia, “chi è innocente scagli la prima pietra” nel senso che è vero che le prime responsabilità di ogni organizzazione sono di chi le gestisce ma ogni lavoratore deve assumersi la sua quota parte di responsabilità nel vivere il proprio contesto di lavoro in modo co-

struttivo.

Tale considerazione pratica richiama l'attuale necessità di “sentirsi cittadino dell'impresa”, dove ognuno è chiamato a dare il suo contributo in base a precisi diritti e doveri, trasformando il lagnoso lamento in una critica costruttiva o, ancora meglio, in una soluzione efficace di cambiamento.

Molte persone vivono ancora oggi nello schema, ormai stantio, del lavoro inteso come sofferenza, rottura di scatole o, nella “migliore” delle ipotesi, come mezzo per “arrivare alla fine del mese”. Ce ne accorgiamo dal linguaggio che rivela sempre, alla persona attente ed intuitiva, schemi di pensiero, atteggiamenti e convinzioni più o meno radicate che poi danno vita a comportamenti tutt'altro che umoristici.

Un campanello d'allarme sta dunque già suonando da tempo ed è quello della sofferenza attualmente diffusa all'interno delle organizzazioni e anche all'esterno - per chi non trova lavoro, chi l'ha perso, chi ogni giorno deve vendere sul mercato la propria competenza come libero professionista.

Crede che sia urgente porsi delle domande, prima che fornire risposte.

Perché questo accade? Perché oggi sempre più persone sono “disorientate” non solo rispetto al mercato del lavoro ma anche e soprattutto rispetto a se stesse? Perché sul lavoro sempre più persone scaricano materiale pornografico da Internet, chattano, giocano con i solitari al pc e diventano ogni giorno che passa sempre più ingrignate nell'animo?

Molto probabilmente, perché non c'è nessuno che le gestisca in modo “divergente dal solito”, che si preoccupi di “animare” l'ambiente di lavoro con uno stile di leadership in grado di porsi come antidoto efficace alla noia, alla ripetizione, alla “freddezza” di alcune attività lavorative.

La maggior parte dei problemi e delle insoddisfazioni sul lavoro, infatti, non nascono tanto dalla natura dei compiti da svolgere, quanto dalla natura... della natura umana!

Quello che molti libri di management “dimenticano” di scrivere è che le persone sono esseri umani continuamente bisognosi, vulnerabili ed “umoralmente”, pronti ad entusiasinarsi o a deprimerarsi, esattamente così come lo sono a casa od in altri contesti privati.

L'umorismo - la cui radice del termine la dice lunga riguardo i suoi signifi-

cati psicologici ed emotivi - è una risorsa che stempera e trasforma gli umori negativi, contribuendo a riequilibrare persone e sistemi.

Tuttavia, nello stesso tempo, bisogna fare attenzione a non cadere nell'estremo opposto del cosiddetto "Effetto Circo Barnum".

Un clima costantemente ridanciano e/o culture del lavoro troppo informali e disinvolte possono mettere in difficoltà il capo nell'esercitare quella necessaria disciplina che serve per svolgere le attività e qualche collaboratore poco responsabile, di conseguenza, può approfittarsi della situazione.

È importante sottolineare che questo nuovo paradigma di pensiero definisce il concetto di umorismo come una "risorsa-competenza manageriale complessa" impiegata su un triplice livello: comunicativo-relazionale-gestionale.

Possiamo dunque definire il manager dotato di umorismo un "Company Energizer", un "personaggio" che stimola costruttivamente le persone senza stressarle, che sa bilanciare efficacemente il momento dell'operatività con quello della distensione ed è consapevole del fatto che una sana risata rappresenta una momentanea vacanza per tutti.

Se è vero che l'umorismo costituisce un efficace antidoto ai veleni della mosceria, dell'abulia, e della rassegnazione, è altrettanto vero che l'abuso lo trasforma in un pericoloso "umorismo di fondo" che va ad inquinare l'ambiente di lavoro. Barzellette che non fanno ridere o percepite come fuori luogo, pettegolezzi irrispettosi, l'esprimersi attraverso un uso eccessivo di metafore e/o citazioni, il pubblicizzare vignette più o meno "sataniche", sortiscono esattamente l'effetto contrario a quello sperato, generando forte perplessità, stress ed anche situazioni di conflittualità.

L'umorismo deve essere sempre "safe", sicuro, e riconosciuto come parte integrante - e non sostitutiva! - di uno stile di leadership brillante ed orientato a valorizzare le persone con i fatti e non con le chiacchiere.

Le persone, infatti, accettano e vivono "positivamente" solo l'umorismo proveniente da capi che stimano e che hanno provveduto prima a soddisfare esigenze di riconoscimento ed efficienza sul lavoro, se non addirittura bisogni primari di sicurezza economica.

La naturale conseguenza di un ambiente di lavoro gestito "ad arte" è che la motivazione delle persone a raggiungere i risultati richiesti diventa ancora più forte ed incisiva.

Un principio manageriale ci ricorda infatti che: "Diamo il meglio di noi stessi quando ci divertiamo nel fare quella cosa, vale a dire troviamo stimoli importanti ed in un certo senso unici".

In questa prospettiva, l'umorismo agisce da "catalizzatore di creatività", favorendo nelle persone la capacità di "giocare" con le idee ed i pensieri per sviluppare nuove connessioni ed associazioni mentali. Tuttavia, l'umorismo è una risorsa necessaria ma non sufficiente. Bisogna ricordarsi, infatti, che il terreno dove nascono e crescono le soluzioni va prima arato con un atteggiamento fortemente orientato ai risultati, poi fertilizzato con umorismo e creatività, infine inaffiato di competenze tecniche e manageriali.

E quando l'umorismo manca?

Allora ci troviamo al triste cospetto di "Ininspiring Leader" e "Ininspiring Organizations", leader e organizzazioni senza ispirazione, con tutto quello che tale situazione comporta in termini di costi emotivi e psicologici.

Cosa fare, in sintesi, per sviluppare una leadership innovativa attraverso l'umorismo?

Prima di tutto, somministrarsi una buona dose di autoironia perché, come sostiene Roberto Gervaso, "Nessun uomo è più serio di chi sa ridere di se stesso".

In secondo luogo, bisogna lavorare concretamente su se stessi ponendosi alcune domande "scomode" del tipo:

- Come vivono la mia presenza o la mia assenza (!) in ufficio i miei collaboratori?
- Quando tengo una riunione, qual è il bilancio, tra sbadigli, sorrisi e sguardi in cagnesco?
- In che modo sarò ricordato in futuro dai miei collaboratori?
- Li considero "risorse umane" o Persone?
- Da 1 (poco) a 10 (molto), quanto umorismo metto nel mio lavoro?

Le risposte, che naturalmente devono essere sincere, indirizzano il manager verso una nuova consapevolezza del suo modo di esprimere la leadership nei contesti organizzativi.

E chi non crede nell'importanza o nella necessità di rinnovarsi?

Rischia che dietro le sue spalle i collaboratori sussurrino:

"È portatore sano di umorismo, ce l'ha ma non gli fa niente!".

Riferimenti bibliografici

Greco Stefano, "Umorismo & Management. Una leadership a colpi di sorriso. Come sviluppare un approccio innovativo nella gestione delle persone in azienda" Franco Angeli, Milano, 2006

Venerdì 27 aprile 2007

**Un protocollo sistemico
nella psicologia dello sport
Come migliorare la Performance
di uno psicologo sportivo**

Prof. Vincent Kenny, *Psicologo, Psicoterapeuta, già Professore presso l'University College Dublin - Professorial Unit, Dept. of Psychiatry, University College Dublin, Ireland. Direttore del programma di formazione in psicoterapia (il 'Masters in Medical Science in Psychotherapy'), Direttore dell'Accademia Costruttivista di Terapia Sistemica a Roma*
E-mail: kenny@acts-psicologia.it
kenny@oikos.org

Dott. Simone Forni, *Psicologo dell'età evolutiva, Psicoterapeuta individuale e di gruppo, Psicologo dello Sport*
E-mail: simone.forni@fastwebnet.it
psicosport@rugbyroma.com

Da almeno 30 anni la preparazione psicologica è entrata a far parte dell'allenamento svolto dagli atleti che si preparano a gareggiare nelle competizioni più importanti. La psicologia dello sport, che nasce da una specializzazione della psicologia applicata e delle scienze motorie, ha avuto negli ultimi anni un sempre più ampio spazio applicativo. È dentro a questo nuovo scenario che lo psicologo diventa figura indispensabile e fonte di risorse. Ciò che sappiamo da tempo è che l'attività dello psicologo deve necessariamente rispettare alcune importanti tappe della formazione ora più che mai specifica e qualificata. Se è vero questo, è altrettanto vero che debba conoscere la disciplina sportiva in cui è chiamato ad operare, affinché il suo lavoro possa avere la possibilità di trasformare positivamente, attraverso il suo intervento, l'esperienza dell'atleta o del gruppo squadra. La questione, quindi, non si riferisce alle conoscenze relative alle regole di quello sport e alle modalità di svolgimento della competizione, quanto piuttosto alle implicazioni psicologiche che ne derivano. Per rendere operativo e *performante* il suo lavoro, lo psicologo deve saper dialogare con le diverse figure dell'ambiente sportivo. L'allenatore, l'atleta o il gruppo squadra, così come i dirigenti della società sportiva rappresentano passaggi obbligati all'interno dei quali è possibile apportare il proprio contribu-

to. Un programma di allenamento psicologico non può non nascere dall'interazione tra queste figure e da una attenta osservazione dell'ambiente in cui queste si trovano ad agire. Se è vero, e lo è, che per un atleta il limite è una possibilità è altrettanto vero considerare la nostra formazione come un percorso, una continua implementazione. I limiti non sono confini o trincee ma occasioni per orientare la nostra conoscenza.

Conoscere la motivazione, lo stress, l'ansia da prestazione o le diverse tecniche di concentrazione, senza legarle all'atleta, alla sua disciplina sportiva e all'ambiente sportivo nel quale queste hanno luogo, non ci aiuta di certo a capire dove siamo e cosa possiamo fare. Lo psicologo deve conoscere quali sono i programmi dell'allenatore, deve sapere in quali ambiti l'atleta intende migliorare o potenziare le proprie abilità fisiche e mentali; così come quando si ha a che fare con un gruppo squadra si deve sapere come orientare il gruppo perché questo diventi sempre più consapevole delle sue risorse e delle sue potenzialità interne. Insomma, se crediamo fermamente che una prestazione sportiva di alto livello possa essere raggiunta solo attraverso un lento e sistematico lavoro fisico e tecnico dobbiamo credere che uno stato mentale debba necessariamente avere il suo spazio sistematico nel quale sia possibile *allenare i pensieri*. L'intervento dello psicologo sarà quello di portare l'atleta, o il gruppo squadra, a lavorare sul sé - sul sé emotivo, corporeo e grupppale - all'interno dello spazio creato dalla relazione. È all'interno di questa dimensione che sarà possibile scambiare pensieri e soprattutto emozioni. Un rapporto così costituito permetterà all'atleta di completare il suo allenamento.

La psicologia dello sport sta diventando uno strumento visibile e necessario ad atleti e società. Le ricerche in ambito sportivo ci aiutano a migliorare sempre di più il nostro lavoro sul *mental training*. Ma cosa fa uno psicologo di fronte al suo obiettivo? Quali risultati deve perseguire? Come può migliorare la sua prestazione? Se una prestazione eccezionale dell'atleta nasce da una capacità di concentrazione su ciò che in quel momento è in suo potere fare, qual è l'atteggiamento dello psicologo rispetto al suo intervento?

Sempre più spesso siamo chiamati a interventi sul giocatore, sulla squadra che non vince nonostante le sue potenzialità. Siamo chiamati spesso a rispondere a quelle situazioni di *empasse* che si vengono a creare tra l'allenatore e l'atleta, o tra l'atleta e la sua prestazione. Sempre più spesso la richiesta è di pozioni magiche e risoluzioni immediate. Richieste così fatte "nascondono" al loro all'interno l'origine del problema, la concausa della non-performance. È in queste situazioni che lo psicologo deve saper osservare per poi poter valutare il suo intervento all'interno della relazione.

Nasce allora l'esigenza di una formazione adeguata che sappia rispondere adeguatamente alle diverse situazioni problematiche alle quali dobbiamo saper rispondere con sensibilità ma soprattutto con una opportuna professionalità. Leadership, coesione, motivazione, visualizzazione, self-talk, peak-performance, goal-setting, la fasi del gruppo e le sue peculiari dinamiche, lo sviluppo cognitivo ed emotivo dell'atleta nelle diverse fasi della sua crescita, la capacità di far rientrare le diverse attività sportive nelle giuste proporzioni ad ogni stato di sviluppo sono solo alcuni dei temi che lo psicologo deve saper trasferire all'interno del suo ambito lavorativo; deve offrire quello spazio nel quale è possibile ripensare e trasformare le proprie ed altrui conoscenze.

Bibliografia

- Vincent Kenny & Corrado Barazzutti (1997). *The Inner Force in Tennis and in Living: The Competitive Edge of Top Tennis Players*. [La Forza Interiore nel Tennis e nella Vita] Società Stampa Sportiva: Roma.
- Managing Performance Stress: *Models and Methods* (2006) by David Pargman
- Rethinking Aggression and Violence in Sport* (2004) by John H. Kerr
- Critical Moments During Competition: *A Mind-Body Model of Sport Performance When It Counts the Most* (2004) By Roland A. Carlstedt
- The Inner Game of Tennis: *The Classic Guide to the Mental Side of Peak Performance* (Paperback) by W.Timothy Gallwey (Author)
- Winning Ugly: *Mental Warfare in Tennis - Lessons from a Master* (Paperback) by Brad Gilbert (Author), Steve Jaminson (Author)

Sabato 28 aprile**La strategia della Riduzione del danno come intervento terapeutico nelle tossicodipendenze**

Dott. Vincenzo Palmieri, Psicologo e psicoterapeuta, Coordinatore dei Progetti Terapeutici della Fondazione Villa Maraini, già Coordinatore dell'Unità di strada.

L'incontro ha cercato di analizzare una strategia d'intervento nelle tossicodipendenze che, anche se praticata da oltre quindici anni nel nostro paese, è fonte di discussione e dibattito all'interno dei servizi e delle Comunità per i tossicodipendenti.

Per molti anni l'interpretazione minimalista e di antagonismo ai trattamenti residenziali non ha favorito una pratica di integrazione con le altre strategie; dopo molti anni è importante considerare il fenomeno con animo sereno e soprattutto con un'osservazione scientifica e metodologica che riprende gli schemi degli interventi propriamente terapeutici.

Tale strategia ha coinvolto direttamente o indirettamente gli psicologi impegnati nei vari servizi per le tossicodipendenze, in questa occasione sarà dato uno spazio per la discussione di queste esperienze e riflessioni a tal proposito.

La terza via dunque è quella della riduzione del danno, a torto ritenuta dai proibizionisti vicina ad ipotesi di liberalizzazione o di legalizzazione delle droghe oppure vissuta da chi pensa che sia vitale disintossicare il "drogato" costi quel che costi e con ogni mezzo, come un mezzo di ripiego, di resa e di ridimensionamento delle ambizioni professionali salvifiche degli operatori del settore.

Questa scelta di strategia terapeutica, per quello che ha riguardato il lavoro svolto a Villa Maraini, proviene invece dalla nostra esperienza clinica di questi anni che ci ha insegnato che il passare del tempo è un alleato e non un nemico della terapia, non fosse altro perché col tempo il fascino delle sostanze nel singolo assunto tende inevitabilmente a diminuire per assuefazione, nel mentre crescono le probabilità di riscoperta di alternativa alla droga.

Chi abbia un minimo di confidenza con i td sa che è ben diverso rapportar-

si con chi è preso dalla totalizzante esauritività dell'eroina, che ama alla follia in una luna di miele che non tollera incomodi o disturbi dal proporre invece stili di vita meno autodistruttivi a chi è giunto a maledire la sua condizione di tossico ed il momento in cui ha cominciato a drogarsi. Se la motivazione a smettere cresce spontaneamente ed inevitabilmente col passare del tempo, accompagnandosi in modo proporzionale allo charme calante della droga, la terapia deve tenere conto di questa realtà, assecondandola senza tentare di forzare oltremodo la mano alla natura delle cose un po' come l'antica tecnica dello judo che utilizza l'energia dell'altro come spunto per un ribaltamento.

È vero che la motivazione a smettere può essere essa stessa oggetto di una strategia terapeutica, ma non fino al punto di pretendere l'impossibile, perché il prezzo che si paga può essere molto elevato fino a mettere in discussione la sopravvivenza stesa del td.

Anche pretendere sempre e comunque la disintossicazione come punto di partenza di ogni intervento, vuol dire negare l'esistenza stessa della tossicomania, della malattia, della sua manifestazione sintomatica, cioè, di chi è incapace di sopravvivere senza droga ponendo così le basi dell'insuccesso e della successiva cosiddetta ricaduta.

Quanti genitori e quanti terapeuti si sono (a fin di bene?!) comportati come aguzzini? Quanti hanno avuto chiaro il concetto che il td non è chi si droga, ma chi è incapace di sopravvivere senza droga in una fase della sua esistenza?

Gli interventi di RDD inseriti nel contesto generale della lotta alla droga

La tossicodipendenza è stata definita dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come malattia cronica recidivante, questa patologia però non è sempre uguale, si differenzia a seconda delle fasi di sviluppo della sua storia.

È importante capire che un processo patologico ha un prima, una situazione che ha favorito la maturazione di comportamenti, atteggiamenti dinamici sfociate poi nel quadro clinico che conosciamo, iniziando con una fase detta luna di miele con l'innamoramento della sostanza e la conseguente refrattarietà ad ogni tipo di tentativo di cambiamento.

Questo stadio può durare anche al-

cuni anni, qui nella visione di questo modello pragmatico entra prepotentemente il fattore individuale e certe predisposizioni o familiarità a fenomeni di dipendenza.

Il secondo stadio è denominato della refrattarietà o precontemplazione è caratterizzato da una resistenza parziale in quanto il td comincia a rendersi conto che l'uso di droghe può diventare un problema ed a percepire la necessità o l'opportunità di un cambiamento non strutturando basi motivazionali a questo. In questa riflessione viene sicuramente aiutato dalla pressione sociale e familiare. La terza fase quella della contemplazione è caratterizzata dalla comparsa di intenti con sviluppo di una base motivazionale anche se non si pone come una vera e propria richiesta di aiuto.

In questa fase troviamo vari tentativi messi in atto in maniera autonoma dal td destinati puntualmente a fallire provando frustrazione della propria capacità nell'intento della risoluzione del problema. Tali situazione permettono un processo di "preparazione" del cambiamento (quarta fase) attraverso passaggi cognitivi e infine comportamentali (quinta fase "l'azione") con esplicita richiesta di aiuto ed adesione a progetti di intervento.

Non possiamo trascurare che dopo un positivo programma terapeutico la fase del reinserimento, sia sociale che familiare, abbia una valenza notevole per scongiurare la recidiva che caratterizza maledettamente tale patologia.

Ora ho descritto questo percorso per chiarire che ogni fase di tale cammino necessita un intervento che difficilmente può essere lo stesso se non in sinergia con gli altri. Per esempio la prevenzione delle tossicodipendenze agisce o dovrebbe agire nella fase che anticipa la manifestazione del disagio, i SERT servizi pubblici che hanno risposto e continuano nella maggior parte dei casi a rispondere con modalità prettamente farmacologiche vengono utilizzati in massima parte da chi sta nella seconda e terza fase della sua carriera tossicomania, le comunità terapeutiche residenziali sono state da sempre e per molto tempo l'unica risposta a chi era giunto nelle ultime fasi di questo cammino, anche se molti venivano costretti ad andarci quando erano in luna di miele con la sostanza compromettendo il tentativo loro ed anche influenzando negativamente altri com-

pagni di comunità.

Per molti, troppi anni non c'è stata una risposta adeguata a chi era in una fase iniziale e/o non riusciva a trovare energie e forze per programmare azioni di cambiamento. Parliamo poi di una fase che comporta forse i maggiori rischi per la persona perché il suo assatanamento verso la sostanza gli fa mettere in secondo piano tutto il resto, compromettendo così molte volte in modo irrimediabile la sua vita familiare (di origine o acquisita), sociale (lavorativa e giuridica) e soprattutto fisica con rischi di infezioni ed overdose.

Per troppo tempo in Italia si è discusso di legge sulla droga e non di interventi mentre la gente moriva per le strade o negli ospedali per l'Aids.

Non c'è dubbio che gli interventi di riduzione del danno (RDD) trovino un terreno adatto proprio in questa fase sopra descritta dove l'intervento o non c'è stato o addirittura si tendeva a non darlo per compromettere maggiormente la situazione del td per "renderlo arrendevole" e portarlo alla "ragione", purtroppo tale strategia ha invece portato troppi giovani alla follia emarginante, alla morte sociale e alla morte fisica.

Bibliografia

- AA.VV. *La riduzione del danno*. A cura di Pat O'Hare et al., Ed. Gruppo Abele, 1994
- AA.VV. *Hiv/Aids e droga. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento in strada*. A cura di Serpelloni G. e Rossi A. Ed. Leonard 1996.
- AA.VV. *Aids, il prezzo e il valore*, a cura di M. L. Albera, Comunità Ed. Capodarco di Fermo, 2000
- M. Barra, V. Lelli, *Droghe e drogati - Iannua*, Roma 1990; V. Castaldi, *Ombre - Fondazione Villa Maraini* 1995;
- Barra M., Palmieri V., Cataldi V., Villa Maraini, *L'esperienza degli operatori di strada in Roma, in Hiv/Aids e droga. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento in strada*. A cura di Serpelloni G. e Rossi A. Ed. Leonard 1996
- C. Perucci for the Roman Harm Reduction Group. "Harm Reduction in Rome". In Atti della "VIII International Conference on the Reduction of Drug Related Harm". Paris, France, March 23-27, 1997.
- V. Palmieri, *La strategia della Riduzione del danno nell'intervento sulle tossicodipendenze*. Pagg. 41-54 in "I labirinti delle dipendenze" a cura di Maddalena Cialdella. Edizioni Kappa -2006

Sabato 28 aprile 2007

Comunità Terapeutiche per adolescenti: mission, peculiarità e aspetti di complessità

Claudio Bencivenga, *Università degli Studi di Parma; indirizzo terapeutico C.T. per adolescenti Eimè di Roma*

L'adolescenza si caratterizza com'è noto come un periodo di crisi più o meno prolungata per le pulsioni, trasformazioni, gli alti e i bassi tipici della metamorfosi puberale; ciò del resto è da considerarsi sostanzialmente fisiologico. Tuttavia esistono situazioni in cui gli aspetti critici assumono una rilevanza ed una ripetitività tali da farli fuoriuscire dal normale, se pur turbolento, percorso di sviluppo, assumendo così forme marcatamente patologiche. Infatti, se la gran parte delle difficoltà che man mano s'incontrano nella transizione adolescenziale possono essere superate in modo costruttivo, quelle che invece restano non adeguatamente affrontate e risolte lasciano aperti problemi di tipo intrapsichico, interpersonale e d'inserimento sociale talvolta particolarmente gravi. È necessaria in questi casi la presenza di una rete di servizi diversamente modulata in grado di rispondere in maniera specifica e flessibile alle necessità variegata e proteiformi di questa fascia d'utenza che presenterà o non presenterà in età adulta forme psicopatologiche più evidenti e conclamate a seconda di quanto, come e quando sarà stata ben seguita. Di fatto, la carenza di strutture specifiche e adeguate per la consultazione e la cura dell'adolescente con psicopatologia grave, anche a causa di una certa "esasperazione" dell'ideologia anti-istituzionale, ha spesso ritardato o reso impossibile un intervento terapeutico mirato.

L'intento primario di questa relazione, è quello di trattare in maniera specifica alcuni nodi cruciali dell'intervento comunitario: quando esso è indicato, quali variabili entrano in gioco e che possano avere valenza terapeutica, quali fattori fungano da spinta propulsiva o, al contrario, provochino una stagnazione del processo terapeutico.

Le Istituzioni per adolescenti quali le Comunità Terapeutiche sono carat-

terizzate infatti da molteplici fattori di complessità che, se non vengono di volta in volta individuati, rischiano di mettere in forse la loro esistenza ed evoluzione.

Gli elementi che entrano nella vita di un Istituzione e che contribuiscono a renderne complessa la lettura, possono essere "esterni", legati e dipendenti dal contesto normativo e sociale, oppure "interni", connessi e generati dal gruppo staff. Entrambi gli elementi finiscono per autopotenziarsi e per colludere con le peculiari caratteristiche dei quadri clinici che presentano gli adolescenti ospiti di queste Comunità.

Le capacità dell'équipe vengono messe a dura prova anche dalla specifica età dell'utenza. La non identità dell'adolescente, le gestalt incompiute di questa fascia di età, la confusione dettata dall'irruenza e dalle tempeste emozionali - biochimiche - psichiche, entrano in risonanza con aspetti sopiti profondi degli operatori che si trovano sollecitati a rivedere e ripercorrere i propri nodi adolescenziali, così come le proprie "soluzioni" ed equilibri rispetto a tematiche personali quali l'autonomia e la dipendenza, la sessualità, l'illusione e la disillusione, l'individuazione, la responsabilità, i confini, il rapporto con l'autorità, ecc.

Pertanto nelle C.T. per adolescenti *fattori esterni, elementi interni legati al gruppo staff* (fantasie di cura onnipotenti, crollo improvviso e repentino di aspetti illusori, nodi evolutivi sopiti), *elementi interni connessi alla tipologia degli utenti ospitati*, entrano in risonanza e confluenza reciproca creando collusioni, confusione, arresti regressivi e comunque fenomeni tali che la terapeuticità dell'intervento consiste proprio nel poterli individuare, contattare, pensare, per poterli trasformare ed incanalare in un processo evolutivo trasformativo. Compito dell'équipe è difatti preservare quella "cultura dell'indagine" necessaria per conoscere ed imparare a riconoscere all'interno del gruppo di lavoro quali flussi difensivi, quali processi isomorfici permeano i canali di comunicazione di tutto il sistema comunitario.

La comunità terapeutica, proprio per la possibilità di effettuare interventi di una certa durata, ha quello *spazio* e quel *tempo* necessario - *conditio sine qua non* - per riflettere e "ferma-

re” la repentinità degli agiti tipici della turbolenza adolescenziale potendo assumere la funzione di “messa in latenza” di quei vissuti puberali troppo persecutori, troppo distruttivi e troppo traumatizzanti per essere in maniera immediata integrati psichicamente dagli utenti e dagli operatori stessi.

Venerdì 4 maggio 2007

Psicoanalisi ed esperienza cinematografica

Alberto Angelini, *Psicoanalista (SPI), direttore della rivista Eidos: Cinema e Psiche. Ha insegnato nell'università “La Sapienza” e al Centro Sperimentale di Cinematografia; è docente presso l'United Nation Interregional Crime and Research Institute (UNICRI) e in alcune scuole di specializzazione.*

È spesso nel buio delle sale cinematografiche che l'ideale schieramento di quelle forze della psiche chiamate affetti muta radicalmente il suo profilo.

Gli attori e le loro gesta evocano in noi potenti emozioni; ma è la situazione cinematografica, in sé, che rende così influenti queste vicende immaginarie. Psicologicamente, lo schermo cinematografico, più del palcoscenico teatrale, offre allo spettatore uno spazio fittizio che ha tutte le caratteristiche della realtà. Il cinema *presenta*, il teatro *rappresenta*. Si tratta di un sentimento di realtà affettiva, non tangibile, che rammenta quella sperimentata nei sogni.

Gli studi sulla percezione cinematografica si sviluppano per tutto il Novecento, intrecciandosi con diverse discipline della psicologia. Le radici affondano nella scuola della Gestalt e nella psicoanalisi, per poi evolversi a tutto campo. Viene studiato il problema percettivo del movimento, le rappresentazioni cinematografiche del tempo e dello spazio, gli effetti delle inquadrature e dei movimenti di macchina, i possibili significati delle tecniche di montaggio, la psicodinamica dello spettatore, le implicazioni nell'ambito della psicologia sociale e così via (Angelini 1992). La psicologia fisiologica della percezione cinematografica svolge attualmente ricerche che vanno dallo studio dei neuroni specializzati nell'analisi delle singole caratteristiche di movimento degli stimoli visivi, fino alla registrazione dei movimenti oculari dello spettatore. Per i ricercatori il film è divenuto uno strumento scientifico per studiare la mente umana; come fecero numerosi grandi psicologi del passato (Lorenz, Von Fritsch, Spitz, Pavlov, Kohler, ecc.) che ricorsero al cinema sia per illustrare le loro scoperte, sia per individuare i “dati” delle ricerche. La percezione cinematografica,

per molti aspetti, è un campo che promette ancora interessanti contributi alla ricerca. Le rappresentazioni cinematografiche del tempo e dello spazio collocano lo spettatore in un mondo immaginario, fuori dalla realtà e dalla vita umana. Gli sviluppi storici del linguaggio cinematografico (ritmo, tipo di inquadrature, montaggio, colore, sonorizzazione, elettronica, ecc.) modificano, nel tempo, le abilità percettive dello spettatore. Il cervello di uno spettatore odierno è anatomicamente identico a quello di chi guardava, alla fine dell'ottocento, le prime pellicole di Méliès; ma il contesto storico e tecnologico è diverso, quindi è diverso il cinema. Anche le funzioni cerebrali preposte alla percezione cinematografica si *storificano*; gli spettatori contemporanei possiedono delle abilità percettive, alimentate anche dalla televisione e dalle nuove reti mediatiche, differenti dai loro predecessori e sono costretti a frequenti e faticosi adattamenti; mentre, per i nuovi nati, proprio in virtù della storificazione delle funzioni cerebrali, il contesto percettivo, cinematografico e non, diventa un dato accettato e consueto. È uno dei modi in cui il cinema *modifica* la storia umana. Sono stati soprattutto gli studi di Alexander Luria e Lev Vygotskij ad alimentare questo tipo di prospettiva teorica (Angelini 1988; 2002). Vygotskij, in particolare, fu amico del grande regista Sergej Ejzenstejn, che ne fu influenzato sul piano concettuale e realizzativo.

Il cinema, nel corso della sua storia e del suo sviluppo tecnologico e linguistico, ha mantenuto la straordinaria capacità di collocarci emotivamente fuori dal quotidiano e dal familiare. Volendo, a tal proposito, suggerire una elementare periodizzazione, individuiamo: il *Cinema delle origini*, quello dei Lumière e dei Méliès; era una macchina delle meraviglie che *emozionava* senza dover proporre vicende con un vero e proprio sviluppo narrativo. Il *Cinema classico*, dagli anni Venti ai Cinquanta, anche con l'avvento del sonoro maturo, soprattutto Hollywoodianamente, il potere della *narrazione*. In questo periodo il cinema si svincola da una immagine sociale di tipo ludico, per qualificarsi come vera e propria arte (Arnheim 1933-1938).

Il *Cinema moderno* dal dopoguerra agli anni Ottanta, propone, tramite molteplici tendenze, il primato della *consapevolezza*. È il trionfo del film d'au-

Bibliografia

- A. Correale, *Il Campo Istituzionale*, Borla, 1991, Roma.
- A. Novelletto, *Psichiatria Psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla, 1986, Roma.
- C. Neri, A. Correale, P. Fadda, *Lecture biografiche*, Borla, 1987, Roma.
- C. Neri, *Il gruppo*, Borla, 1993, Roma.
- K. Lewin, *Principi di psicologia topologica*, OS, 1970, Firenze.
- Rapoport, R.N., *Community as Doctor. New perspectives on a therapeutic community*, Londra, Tavistock, 1960; trad. it. Cap. 3 in Lang M. (a cura di), *Strutture intermedie in psichiatria*. Milano, Raffaello Cortina, 1982. pag 129-154.
- Tönnies Ferdinand (1979), *Comunità e società*, Milano.
- W. R. Bion, *Attenzione e interpretazione*, Armando, 1973, Roma.

tore e il pozzo senza fondo da cui, essenzialmente la psicoanalisi amante del cinema, continua a estrarre tesori. Alfred Hitchcock e Orson Wells come padrini; poi il Neorealismo, la Nouvelle Vague e tutti i “Nuovi Cinema” degli anni Sessanta e Settanta. Troppi i grandi autori, per citarli tutti; ma, dal versante psicoanalitico, ricordiamo almeno personaggi come Truffaut, Bergman, Antonioni, Fellini, Tarkovskij, Allen, Bertolucci e così via. Il *Cinema moderno*, chiama lo spettatore ad assumere un impegno mentale se non un atteggiamento critico nei confronti del film.

Il *Cinema contemporaneo*, ovvero il primato delle sensazioni. Originatosi negli anni Ottanta, è un fenomeno ancora in atto. È il cinema degli effetti speciali, delle grandi multisale, della tecnologia che non ha bisogno di una realtà da filmare per produrre un mondo di immagini completamente autosufficiente. Trionfa la *spettacolarità*; il film mira a colpire, ad impressionare; potremmo definirlo uno stile *Neo-Barocco*.

Appartiene alla psicoanalisi l'iniziativa storica di studiare gli aspetti emozionali del cinema. Cesare Musatti (1963) arrivò a descrivere il fenomeno degli “Attacchi di angoscia cinematografica”. Nella psicoanalisi è noto che l'angoscia può essere determinata, anche in forma improvvisa, da conflitti inconsci. L'individuo, colpito da questa paura apparentemente immotivata, teme addirittura di morire, o di impazzire. Fra coloro che soffrono di questi disturbi, c'è chi li avverte con maggior frequenza durante le proiezioni cinematografiche. Qualcuno sviluppa una vera e propria fobia del cinema.

Sia nei casi limite, sia in tutti gli spettatori, la vicenda cinematografica realizza la sua influenza psichica attraverso due meccanismi fondamentali. Da una parte la *proiezione*, ovvero quel processo per cui si attribuiscono agli attori idee e aspirazioni che sono nostre, anche se non realizzate. D'altra parte la *identificazione*, con cui lo spettatore assimila l'aspetto e i sentimenti dei protagonisti dello schermo. L'identificazione può essere così intensa da indurre gli spettatori, soprattutto se in età evolutiva, a imitare, anche nella vita, gli atteggiamenti e l'abbigliamento dei loro idoli.

Gli effetti sul pubblico di questi meccanismi psicodinamici sono essenzialmente due: la *catarsi* e la *suggestio-*

ne. Il termine *catarsi* è una parola greca che significa “purificazione”. In psicoterapia, il metodo catartico persegue, appunto, l'effetto di una “purificazione” attraverso una adeguata scarica, o abreazione, degli affetti patogeni. Per *suggestione* si intende, invece, il processo mediante cui una persona viene influenzata al punto da accettare altrui idee, credenze o modi di pensiero. È stato osservato come l'elemento suggestivo sia una componente essenziale del fenomeno ipnotico. La forza suggestiva del film viene esaltata dalla situazione della sala; al buio, come durante il sonno, quando il contatto fisico con l'ambiente è limitato e la persona si trova in una situazione comoda e confortevole. Con l'attenzione concentrata sullo schermo, in virtù di molteplici processi fisici e mentali, lo spettatore si trova in una situazione di “rilassamento paraonirico”; qualcosa di analogo, sia pur lontanamente, a quello che sperimentiamo nel sogno.

Il grande regista, Sergej M. Ejsenstejn (1949), fu tra i primi ad accostare la situazione cinematografica ad uno stato di leggera ipnosi, quando la mente è più ricettiva ai messaggi provenienti dall'esterno. Egli, molto influenzato da Vygotskij (1925), giunse anche a paragonare il linguaggio cinematografico al pensiero infantile e primitivo, che tende ad esprimersi per immagini. In ciò non allontanandosi dalla prospettiva psicoanalitica. Per essa infatti il pensiero per immagini si differenzia dal pensiero realistico o concettuale, collocandosi più vicino alle sorgenti pulsionali dell'individuo. Tale pensiero, conseguentemente, è meno coerente con il principio di realtà preposto all'attività dell'io cosciente e, paradossalmente, più reale sul piano emotivo. Nell'ambito dei fenomeni psicodinamici l'aspetto suggestivo induce lo spettatore ad accettare, più facilmente, gli elementi violenti ed erotici proposti dallo schermo. Essi inducono l'effetto definito “catartico”; ovvero, una sorta di appagamento psichico. Sia il sogno, sia il cinema rappresentano, infatti, delle forme di evasione dal mondo reale. Entrambe le situazioni, quella cinematografica e quella onirica, consentono, almeno parzialmente, di allentare la sorveglianza che esercitiamo su noi stessi. Avviene, in sostanza che, per l'effetto catartico, lo spettatore sperimenta un appagamento psichico volto a ristabilire quell'equilibrio che le inconse-

pulsioni insoddisfatte tendono ad alterare. D'altra parte, per l'effetto suggestivo, lo spettatore è anche indotto ad accettare più facilmente quegli elementi violenti ed erotici proposti dallo schermo, la cui ricerca potrebbe conseguentemente ritornare, in forme più o meno accentuate, anche nella vita reale. Queste mobilitazioni affettive, evocate dal cinema, costituiscono, fin dai suoi esordi, un problema a cui la società ha tentato di far fronte con l'istituto della censura. Va osservato che buona parte degli effetti che consentono la *catarsi*, possono promuovere contemporaneamente la suggestione. Non c'è azione catartica senza una profonda identificazione; ma l'identificazione è anche alla base dell'azione suggestiva. La valenza delle due diverse azioni va messa in relazione alle differenti personalità degli spettatori.

I film che attirano più pubblico sono, generalmente, quelli in cui compaiono quei fattori nascosti che agiscono negli strati profondi della nostra mente. Fattori che non possiamo o non vogliamo soddisfare nella vita reale, ma a cui non riusciamo a rinunciare completamente.

Il film, entro certi limiti, consente di appagare, in forma innocua, quegli impulsi che la coscienza considera proibiti. Sono soprattutto gli elementi propri della vita istintuale ad essere mobilitati dal film. Ciò spiega perché, nella produzione cinematografica, l'eroticismo e la violenza abbiano un così gran spazio. Anche se non sempre siamo disposti a riconoscerlo, i temi erotici, quelli aggressivi e, in genere, le passioni ci interessano in modo particolare.

Bibliografia

- Angelini A. (1988), *La psicoanalisi in Russia*, Napoli, Liguori.
- Angelini A. (1992, rist. 2005), *Psicologia del Cinema*, Napoli, Liguori.
- Angelini A. (2002) *Pionieri dell'inconscio in Russia* (antologia), Napoli, Liguori.
- Arnheim R. (1933-1938), *Film come arte*, Il Saggiatore, Milano, 1960.
- Ejsenstejn S. (1949), *Forma e tecnica del film e lezioni di regia*, Einaudi, Torino, 1964.
- Musatti C. (1963), “*Problemi psicologici del cinema*”, Cinestudio, n° 9.
- Vygotskij L. (1925), *Psicologia dell'arte*, Editori Riuniti, Roma, 1972.

Venerdì 11 maggio 2007

**Complementarietà
tra diverse funzioni
della personalità:
alfa dell'individuo
e gamma del gruppo**

Giorgio Corrente, *Psicologo/Psicoterapeuta, Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana/IPA, Didatta e Presidente dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo*

In questo lavoro vengono proposte possibili interrelazioni e complementarietà tra alcune delle più importanti funzioni mentali dell'individuo e dei gruppi. Mi occuperò pertanto di problemi e questioni che riguardano le origini e lo sviluppo del pensiero, degli apparati e strutture individuali e gruppalmente che sono la base di questi processi che dall'indifferenziato-con-fusionale, attraverso trasformazioni varie, possono evolvere verso forme di rappresentazioni e simbolizzazioni. Tenendo presente che quando questi processi si invertono o quando la costruzione di queste strutture è deficitaria si può dar luogo a diverse forme psicopatologiche: nevrotiche, psicotiche, di fanatismo ecc...

...La funzione alfa (Bion 1962) è una funzione relazionale, nasce dal rapporto madre-bambino. La madre elabora e trasforma le angosce e il terrore del suo bambino attraverso un processo di reverie, questo potrà poi reintroiettare l'esperienza trasformata da sua madre e in questo modo la funzione alfa stessa. La madre a sua volta, in questo processo, acquisisce una capacità trasformativa di Alfa-reverie.

La funzione alfa diventa la capacità dell'individuo per operare trasformazioni di elementi sensoriali in pensieri, in sogni, siano questi prodotti durante lo stato di veglia (lavoro del sogno alfa, Bion 1959-1962), che durante il dormire. In questo modo le elaborazioni alfa e i sogni creano ed alimentano costantemente l'inconscio e di conseguenza anche la coscienza (Bion 1962, Riolo 1983).

La funzione alfa crea una barriera Alfa, chiamata anche barriera di contatto, con la finalità tra altre di differenziare il conscio dall'inconscio.

Le disfunzioni ed inversioni della funzione Alfa possono portare ad alterazioni e disturbi del pensiero e di conseguenza a diverse e gravi patologie.

F. Corrao (1981), propone una funzione gamma, che sarebbe per il gruppo l'analogo simmetrico della funzione alfa dell'individuo.

La funzione gamma del gruppo potrà elaborare gli elementi sensoriali ed emotivi immessi nel gruppo, generando in questo modo elementi gamma necessari alla produzione di sogni e miti di gruppo, allucinazioni di gruppo, memoria di gruppo ecc..."

"...Dal vertice del gruppo la funzione gamma opera trasformazioni che alimentano costantemente la funzione alfa individuale, seppure questo processo si attivi mediante la sospensione o meglio direi l'addormentamento momentaneo della funzione Alfa.

Immaginiamo nel gruppo una gestalt nella quale le funzioni Alfa e Gamma si alternano in un intergioco figurafondo, la possibilità di passaggi di primo piano di una o dell'altra funzione, nei quali "l'addormentamento momentaneo" di Alfa permette l'emergenza di elaborazioni gamma in grado poi di potenziare la funzione alfa nei suoi membri.

Un'adeguata oscillazione Gamma ↔ Alfa permette lo strutturarsi di un campo dove potranno essere accolti gli eventi e svilupparsi le trasformazioni analitiche attraverso le quali approdare alla costruzione di un contenitore gruppalmente adatto a ri-significare le esperienze vissute: quella storia unica e particolare che ogni gruppo genera. Lo stesso vale, a mio avviso, per quanto riguarda il setting individuale, ovviamente tenendo conto di tutte le differenze, ci dovremmo in questo caso domandare in quale modo la funzione Gamma collabora nel processo di alfizzazione della coppia al lavoro. Le risposte sono da cercarsi non solo nell'equipaggiamento mentale individuale, senz'altro anche in quello ambientale: all'interno, nel setting predisposto dall'analista per accogliere il paziente ossia quelle caratteristiche peculiari dell'analista nel creare un ambiente significativamente buono ed adeguato allo sviluppo della relazione analitica. All'esterno invece nelle famiglie e nei gruppi di appartenenza che circondano entrambi i partecipanti all'analisi, il paziente e l'analista. Le famiglie, come ben sappiamo, soprattutto nei casi in cui il paziente è un bambino o un adolescente, sono fondamentali nel determinare la continuità stessa dell'esperienza analitica e cer-

tamente dal punto di vista qualitativo nel sostenere con discrezione un processo così impegnativo e a volte "terremotante" che ovviamente finisce per coinvolgere anche l'intero gruppo familiare in questione.

Penso che questo valga anche per l'analista che con il suo training e la sua esperienza, conoscenza e padroneggiamento dei processi transferali e controtransferali, è di solito in grado di fronteggiare e trasformare i "tumulti emotivi" legati al lavoro, ovviamente ci può essere sempre qualcosa che sfugge, che non si è in grado di trasformare, che non si "vede" per lunghi periodi, questo porta ad "accumuli" ed altro ancora che l'analista porta con sé, a casa, nella famiglia e nei diversi gruppi sociali di appartenenza. In questi casi ben sappiamo quanto siano importanti i gruppi istituzionali, le nostre istituzioni, nell'accompagnare, sostenere scientificamente e umanamente i colleghi. Un sano equilibrio mentale e un'identità che si evolve e si trasforma nell'analista dipende in gran parte dal gruppo istituzionale che dovrebbe creare e garantire le condizioni perché ciò accada.

Alcuni esempi negativi si sono verificati in quelle istituzioni in cui domina una burocratizzazione ed una logica piramidale che tende a perpetuare il potere più che a sviluppare la psicoanalisi ed il pensiero creativo. In questi casi si possono creare sotto gruppi che si combattono con la scusa di preservare il sapere ma che in realtà non fanno altro che spogliare di vitalità le teorie che diventano "lettera morta".

Alcune situazioni gruppalmente richiedono un'elaborazione alfa, mentre alcune situazioni individuali necessitano di una elaborazione gamma.

Sono molte le situazioni dove possiamo vedere l'importanza della complementarietà tra le funzioni alfa e gamma: i casi di supervisione di gruppo, sia su casi individuali che di gruppo, i gruppi di studio tra colleghi: veri e propri contenitori necessari alla bonifica delle troppe identificazioni proiettive violente ed eccessive accumulate durante il lavoro quotidiano. Questi gruppi funzionano come camere di decompressione ed a loro volta come luoghi dove rigenerarsi. Oggi giorno sono sempre di più i pazienti gravi che vediamo in analisi, questo comporta una necessità di "metterci in gruppo", perché sono convinto sempre di più che

le coppie paziente-analista hanno bisogno di un gruppo circostante che possa sostenere ed aiutare il processo di alfatizzazione in gioco soprattutto in quelle situazioni a rischio, quelle più gravi, più difficili. Le Trasformazioni Gamma (Corrente, 1997), promuovono l'Alfatizzazione dei colleghi psicoanalisti che partecipano a questi gruppi di lavoro.

È nel gruppo terapeutico dove più frequentemente l'analista-conduttore viene sollecitato ad una immersione gamma, ed a dover emergere in alfa attraverso una interpretazione o una adeguata elaborazione di quelle singolari fenomenologie che le dinamiche dei gruppi ci propongono. In questi casi possiamo dire che Gamma prepara e sollecita Alfa. Il caso contrario è già stato definito nella concezione stessa della funzione Gamma, dove il processo grupale in parte consiste nell'attenuare, sospendere o come vi ho proposto prima, addormentare la funzione Alfa individuale con il fine di promuovere operazioni e trasformazioni proprie delle situazioni di gruppo attivando la funzione Gamma grupale..."

Bibliografia essenziale

- BION W.R., (1962) "Apprendere dall'esperienza" Armando 1979
- CORRAO F. (1981), "Struttura proliadica e funzione gamma", in Gruppo e Funzione Analitica, Centro Ricerche di Gruppo "Il Pollaiuolo", n° II - 2.
- CORRENTE G. (1996) *Percorsi del sogno nel piccolo gruppo*, Koinos - Gruppo e funzione analitica, Anno XVII, n° 1, Borla, Roma.

Venerdì 18 maggio 2007

L'esperienza del Sé nella relazione analitico-corporea

D.ssa Maria Rita Borrello *Psicologa Psicoterapeuta Analista Bioenergetica Libera professionista in Roma e Didatta della Scuola nei Corsi di Formazione per psicoterapeuti (riconosciuta dal M.I.U.R. con D.M. 20.3.1998) tenuti dall'I.I.F.A.B. (Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica) affiliato all'I.I.B.A. (International Institute of Bioenergetic Analysis di New York fondatore Alexander Lowen).*

D.ssa Laura Salvi, *Psicologa Psicoterapeuta Analista Bioenergetica Dirigente Psicologo della ASL RMB e Didatta nella Scuola di Formazione per Psicoterapeuti (di cui sopra)*

Scopo del seminario è quello di introdurre alcuni dei principi che sono alla base del modello teorico-clinico dell'Analisi Bioenergetica, approccio psicoterapeutico di matrice psico-corporea ideato da Alexander Lowen negli anni 50'. In particolare si vuole evidenziare come questo metodo psicoterapeutico, essendo fondato su una tradizione teorica, clinica e metodologica in cui la dimensione mente-corpo, intesa come inscindibile unità, ha da sempre rappresentato il focus centrale, fornisca, tra l'altro, un contributo quanto mai attuale e significativo nella comprensione di alcune fondamentali variabili, di cui molte ascrivibili alla sfera della comunicazione "implicita", variabili fondamentali che operano all'interno della relazione terapeutica, e questo a prescindere dal modello di riferimento.

Parliamo infatti di esperienza del Sé nella relazione analitico-corporea proprio per porre l'accento sul fatto che in psicoterapia è il Sé, inteso come visione unitaria e complessiva della persona, o, in altri termini, come insieme funzionale risultante dalla co-integrazione di diverse funzioni dell'individuo (energetica, sensoriale, motoria, emozionale, percettivo/rappresentazionale - Tonella, prof. Guy, *Congr. Internazionale di Analisi Bioenergetica - Siviglia 2007*, ad essere al centro dell'osservazione, dell'analisi e dell'intervento.

Lavorare sul Sé a livello delle sue differenti funzioni significa, allorché si deve ad esempio intervenire su pro-

blematiche che hanno avuto origine nel passato pre-verbale dell'individuo, poter lavorare non solo sul piano rappresentazionale (prevalentemente verbale e simbolico) ma anche su livelli funzionali del Sé che si sviluppano in epoche precedenti e in cui la "corporeità" gioca un ruolo fondamentale. Il bambino infatti, così come l'esperienza clinica evidenzia e come le ricerche condotte nell'area dell'*Infant Research* confermano, può cominciare ad utilizzare un registro rappresentazionale intorno ai due anni. Prima che sia accessibile alla rappresentazione il mondo viene perciò incontrato attraverso modalità sensoriali ed emozionali e la memoria di questi scambi è una memoria "corporea", di tipo procedurale ed episodico: ne consegue che la relazione è sostanzialmente modulata e attuata attraverso sguardi, posture, intonazioni e ritmo della voce, contatto fisico.

Noi riteniamo da sempre che siano soprattutto queste le modalità relazionali fondamentali che fanno la terapia, ma questo è ancor più vero secondo noi quando lavoriamo su problematiche con origini arcaiche. Bisogna comunque sottolineare che anche quando ci si trova di fronte a problematiche in cui riconosciamo origini più recenti con questo metodo si cerca sempre di "connettere" le parole con il corpo, in un continuo sforzo di integrazione tra cognizioni, rappresentazioni, immagini, emozioni, sensazioni.

Particolarmente interessanti sono a nostro avviso le implicazioni che da questa impostazione ne conseguono, non solo dal punto di vista della metodologia e delle specifiche tecniche utilizzate in ambito clinico, ma anche dal punto di vista del come deve essere intesa la relazione terapeutica stessa e, in particolare, il ruolo del terapeuta. Se è infatti vero che le modalità relazionali rappresentano gli elementi fondamentali che "fanno la terapia", allora la terapia stessa non può più essere intesa come intervento *sul paziente*, ma diviene lavoro *con il paziente*, in uno spazio che viene continuamente *co-creato*. D'altro canto vogliamo ricordare come le problematiche psichiche attuali si inseriscono con sempre maggiore frequenza in quelle patologie che riguardano l'identità e i deficit del Sé, e che possono quindi essere fatte risalire a deficit nel *legame*

di attaccamento primario, e molto meno ai “conflitti” di un Io strutturato, tipici dei primordi della psicoanalisi.

In questo senso la figura del terapeuta subisce una profonda evoluzione, anche confortata, vogliamo ricordare, da recenti scoperte scientifiche (si vedano ad esempio gli studi sui *neuroni specchio*, sulle *zone di eccitazione cerebrale*, ecc.) e sostenuta da significativi contributi provenienti anche dal mondo psicoanalitico.

In altri termini possiamo dire che è la *dimensione intersoggettiva* nel campo terapeutico ad essere posta al centro dell'attenzione e ad assumere un valore operativo: “È il Sé del terapeuta che contiene, sente, pensa, esprime soggettivamente, che è terapeutico e che il paziente interiorizza... Incontrandosi con l'altro il paziente sviluppa le sue capacità a provare, contenere ed elaborare i suoi propri stati soggettivi. Ciascuno si sente *provato* e *pensato* dall'altro, prova e pensa per se stesso” (G. Tonella, 2007 *ibid.*).

Bibliografia

- Lowen A. *Il linguaggio del corpo* - Feltrinelli
 Lowen A. *Bioenergetica* - Feltrinelli

Sabato 9 giugno 2007

Istituzione di un servizio di consulenza psicologica per giovani adulti

Vito Mirizio e Maria Antonietta Fenu

Il periodo fra i 18 ed i 25 anni è un passaggio importante del ciclo vitale: i giovani si confrontano con il compito dello svincolo dalla famiglia, della conclusione della prima parte degli studi o dell'inserimento nel mondo del lavoro. Sono possibili momenti di interruzione di tale percorso verso l'autonomia, o vere e proprie rotture del processo evolutivo con conseguenze più o meno importanti sul funzionamento psichico. Non a caso le maggiori psicopatologie hanno in questo periodo la fase di insorgenza.

I servizi sanitari sono organizzati in modo da rendere poco agevole l'accesso ai giovani, perché propongono una divisione che cade proprio intorno al 18° anno di età. Da una parte i servizi per i minori e dall'altra quelli per adulti, troppo connotati simbolicamente agli occhi di un giovane. Inoltre i CSM sono organizzati per rispondere in modo indifferenziato ad ogni fascia di età ed i giovani sono perciò sottorappresentati rispetto alla distribuzione dei tassi per età della popolazione che usufruisce dei servizi. Infine una consistente letteratura scientifica supporta la considerazione intuitiva che l'intervento precoce in salute mentale è in grado di influenzare il decorso delle malattie e lo stato di salute di una popolazione. In particolare l'individuazione tempestiva di stati mentali a rischio - una condizione che precede in giovanissima età la psicosi - ed un intervento precoce riducono sensibilmente la gravità sintomatologica e le recidive.

Al fine di favorire l'intervento precoce appare perciò necessario facilitare la segnalazione dei primi stati di disagio giovanile, sia come autoriferimento che come segnalazione degli adulti, genitori o insegnanti, prima che esso si strutturi in disturbo vero e proprio.

Un servizio che si è rivelato utile per questo scopo ha la forma di un centro di facile accesso, non troppo caratterizzato come struttura sanitaria, competente e specialistico nell'approccio ai problemi giovanili.

Nel seminario vengono presentate le premesse, gli obiettivi, le modalità ope-

rativa manualizzate, ed i risultati di un servizio gestito da psicologi del DSM della ASL RM A.

Viene illustrato un modello di servizio rivolto al disagio giovanile attraverso un “manuale” costruito consensualmente dagli operatori e testato nella esperienza dei primi anni di lavoro. Eccone i punti salienti:

- ✓ Un gruppo di lavoro formato da psicologi psicoterapeuti, un consulente psichiatra, alcuni tirocinanti.
- ✓ Stile relazionale caratterizzato da attenzione partecipe ma neutrale e massima trasparenza. Si cerca di introdurre in maniera esplicita la priorità, nei colloqui, di valutare il mondo degli affetti e della rappresentazione interna di essi. L'accento non si concentra tanto sulla ricerca di quanto “non funziona”, aspetto che è valutato a fini diagnostici, ma piuttosto sulla evidenziazione delle difficoltà e delle risorse. L'esperienza e la dimensione del “pensare insieme” sulla vita e sui sentimenti del giovane, funzionano come stimolo a riflettere su di sé e a raggiungere una migliore rappresentazione delle proprie paure, dei propri desideri e dei propri obiettivi (soggettivazione). Altrettanto vale per il lavoro con i genitori nei quali spesso è più presente la preoccupazione per i comportamenti dei figli piuttosto che l'attitudine a pensare in termini di identità, di coesione del sé e di mondo emotivo (riflessione sulle personali esperienze adolescenziali).
- ✓ Sede logisticamente separata dai servizi tradizionali, meno caratterizzata in senso medico-psichiatrico e quindi con immagine più neutra, e atmosfera più riservata.
- ✓ Accesso facilitato il più possibile, anche per la scelta di sedi facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici, con apertura dodici ore al giorno, sei il sabato. Non è prevista nessuna pratica e nessun ticket, per la consultazione. Nella sede di Via Salaria è in funzione l'accesso diretto senza appuntamento in due giorni della settimana.
- ✓ Il “manuale” esplicita anche le modalità di conduzione dei primi contatti distinguendo le varie possibilità, per esempio se il giovane si presenta da solo o la richiesta è fatta dai genitori, oppure consideran-

do il modo utilizzato, p.e. per telefono o via e-mail. Indipendentemente da come la richiesta viene effettuata, cioè di persona o per telefono, se si profila come richiesta di consulenza questa è offerta a tutti, chiarendo che in caso si evidenzi la prospettiva di un trattamento a lungo termine, se non c'è competenza territoriale, saranno fornite le informazioni e l'assistenza per l'invio ad altre agenzie. Oppure se la richiesta si configura come mirata a un trattamento specifico si cerca di chiarire se la richiesta esplicitata corrisponde a quanto ha veramente in mente l'interessato. Ad esempio alcuni chiedono una "Psicoterapia", intendendo in realtà soltanto qualche colloquio di definizione del problema, perché non sanno esattamente in cosa consiste un trattamento, mentre altri possono chiedere formalmente un colloquio dando per scontato che possa seguire automaticamente un trattamento. Per queste caratteristiche del pubblico sono chiarite le ragioni professionali che prediligono un percorso preliminare di valutazione, per poi decidere insieme l'ipotesi più rispondente ai bisogni emersi e al livello di trattabilità verificato. In caso di richiesta consapevole e chiara da parte di un soggetto residente in altra circoscrizione si forniscono le informazioni utili sul servizio territoriale di appartenenza.

- ✓ Riunione di servizio con frequenza settimanale. In funzione della nascita relativamente recente il Servizio riesamina costantemente le procedure per verificare le vie più utili agli obiettivi e al pubblico, in funzione di un miglioramento costante della qualità del funzionamento. Sono anche valutati progetti nuovi, funzionali alla mission e alla creazione di una rete di relazioni con altre agenzie che possano arricchire il ventaglio delle attività. La discussione clinica riguarda le nuove richieste e le eventuali modalità atipiche che richiedono un'elaborazione da parte del gruppo per arricchire l'esperienza e predisporre ad una maggiore disinvoltura di fronte ad eventuali imprevisti (richieste disgiunte che riguardano persone legate da vincoli tra loro, ambiguità sul territorio di apparte-

nenza, domande particolarmente complesse ecc.).

- ✓ L'organizzazione prevede la presenza di un supervisore esterno con cui verificare, ridiscutere, affinare e aggiornare gli strumenti organizzativi, operativi e scientifici. In questo senso il supervisore assume anche la funzione di Consulente del Centro come figura esterna ed esperta, indispensabile per reimpostare attraverso la discussione di casi clinici in trattamento o di argomenti monografici scelti di comune accordo. Il consulente può aiutare il gruppo ad entrare nel merito di una verifica permanente del percorso, in modo da mantenere creativo il pensiero del gruppo.

Nella relazione sono poi illustrati i risultati dei primi anni di lavoro che confermano soprattutto l'aspettativa iniziale che aprire un servizio rivolto al disagio giovanile facesse aumentare la domanda di giovani "first ever" (cioè persone che non si erano mai rivolte ad alcun servizio) nel territorio. Di questi, una considerevole quota appartiene a contesti familiari a rischio, cioè con forte conflittualità presente nel ciclo vitale della famiglia e/o presenza di membri portatori di disturbo mentale. La domanda cresce negli anni, composta quasi totalmente dai "first ever". Nello stesso modo la domanda di genitori si mantiene intorno ad un quinto di tutte le domande. Si tratta di richieste di consulenza sulle proprie competenze genitoriali o segnalazioni di situazioni di gravità che, vista la denominazione del nostro servizio che contrasta l'effetto frenante del timore dello stigma, viene effettuata più precocemente rispetto ad un iter tradizionale.

Il gruppo di lavoro è impegnato anche in una ricerca sulla correlazione fra disturbo della regolazione affettiva e disagio/disturbo psicologico per migliorare la valutazione e comprendere meglio gli esiti del proprio intervento.

Sabato 16 giugno 2007

Utilizzo del Focus Group: un intervento strutturato in ambito psicosociale e sanitario

Maria Gabriella Manno

Premessa:

- nell'ambito della collaborazione tra l'Unità Operativa Screening dell'ASP - Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio - e ANDOS - Associazione Nazionale Donne Operate al seno - è stato convenuto di compiere una valutazione della comunicazione attuata nei programmi di screening mammografico
- Motivazioni: al momento dell'attivazione dei Programmi di Screening nel Lazio non esistevano modelli comuni di comunicazioni Ogni Asl ha elaborato propri processi, modelli di comunicazione e modulistica.
- Ipotesi di studio: verificare se una comunicazione corretta, sia sul piano dei contenuti che su quello formale, può aumentare l'efficacia dei Programmi di Screening, aumentando l'adesione.

Obiettivi principali:

- Analisi e valutazione della situazione attuale
- Definizione di eventuali interventi migliorativi

Fasi del progetto

- I fase: *Analisi di forma e contenuto delle comunicazioni scritte di primo livello* Obiettivo: Valutare la qualità delle lettere di I invito, degli opuscoli e delle comunicazioni di esito negativo - *Strumento: Analisi del Contenuto*
- II fase: *Analisi dei "desiderata", delle aspettative e dei bisogni della popolazione bersaglio in merito alla comunicazione - Strumento: Focus Group*

Metodo:

- Raccolta di tutto il materiale scritto (lettere di I invito, lettere di esito negativo ed opuscoli)
- Catalogazione secondo una griglia validata (progetto europeo)
- Costituzione di un gruppo di esperti
- Analisi: attribuzione per ogni item della griglia un punteggio da 1 (= totale assenza dell'informazione ricercata) a 5 (= chiara espressione del-

- la stessa) prima individualmente e poi in gruppo,
- Realizzazione di 6 Focus Group

OBIETTIVO: FAR EMERGERE I REALI BISOGNI E L'IMPATTO DELLA COMUNICAZIONE

Focus Group:

lo studio della domanda inespressa

- Il *focus group* è una tecnica di ricerca che nasce negli Stati Uniti ad opera di due sociologi degli anni '40 del Novecento, K. Levin e R. Merton, al fine di focalizzare un argomento e far emergere le relazioni tra i partecipanti.

Focus Group: metodologia

- *Durata*: non meno di 90 minuti e non oltre i 120 minuti.
- *Condizione*: due persone, un animatore che conduce la discussione e un osservatore che esamina le dinamiche di relazione del gruppo.
- *Partecipanti*: almeno 6/7 e non più di 12/13 persone, poiché un numero inferiore potrebbe inficiare le dinamiche di gruppo, mentre un numero superiore tende spesso a censurare l'intervento delle opinioni contrarie o deboli, non permettendo a tutti i partecipanti di esprimere al meglio le proprie idee.

IL FOCUS GROUP SI COMPONE DI QUATTRO FASI PRINCIPALI:

Fasi di attuazione del Focus Group

- 1. RISCALDAMENTO:** è la fase più delicata in cui si determina l'esito del focus group, poiché spesso conduttore e osservatore sono percepiti con diffidenza, come intrusi e indagatori. Si inizia a strutturare la comunicazione sul contenuto, stimolando i partecipanti con un giro di tavolo o mediante la tecnica del *metaplan*, invitandoli a riflettere su un tema generico che deve essere sempre più specificato e indagato nella direzione utile rispetto ai fini preposti, seguendo i ragionamenti e le parole dei partecipanti stessi e facendone un'analisi semantica e del contenuto per farne emergere le criticità.
- 2. RELAZIONE:** in questa fase si indaga il clima del gruppo; è perciò opportuno fare domande su tematiche di interesse comune e condiviso. È

possibile utilizzare diverse tecniche, anche quelle proiettive per stimolare le libere associazioni e favorire l'esposizione di tutti i partecipanti

- 3. CONSOLIDAMENTO:** in questo momento, di norma, emergono le problematiche più sentite; è perciò importante, lasciare che il gruppo metta in evidenza le proprie criticità, in questo modo si focalizzeranno gli aspetti più importanti e utili alla raccolta di informazioni e alla mappatura dei bisogni.
- 4. DISTACCO:** la quarta fase è quella dell'allontanamento: per evitare di deludere le aspettative dei partecipanti, che, a questo punto, se la tecnica di ricerca è stata condotta ed utilizzata nel modo appropriato, sono in piena sintonia con il conduttore, in cui ripongono fiducia, è bene attuare un distacco graduale, lasciando che il gruppo si sfaldi da sé, in modo naturale

CHE COS'È UNO SCREENING ONCOLOGICO

Il termine *screening*, è un anglicismo utilizzato in medicina, per indicare una strategia (protocollo) *di indagini diagnostiche generalizzate*, utilizzate per identificare una malattia in una popolazione standard, con un rischio medio di malattia, che si reputa sufficientemente elevato da giustificare la spesa e lo stress di cercarla. A differenza dei test medici eseguiti nella pratica diagnostico-clinica generale, le procedure dello screening, prevedono che gli esami medici siano eseguiti a tappeto su tutta la popolazione, anche quelli senza alcun sintomo, indicazione clinica di malattia o familiarità per malattia.

Lo scopo dello screening è quello di *identificare le malattie presenti in una comunità in una fase precoce*, permettendo così di giungere ad interventi terapeutici tempestivi ed alla gestione standardizzata della terapia in modo di ridurre sistematicamente la mortalità e le sofferenze derivate dalle malattie più diffuse e facilmente diagnosticabili.

La Qualità di un Servizio si rende visibile al cliente/utente attraverso diversi Canali:

- ♦ Le Comunicazioni Scritte
- ♦ Le Comunicazioni Telefoniche
- ♦ Le Comunicazioni Istituzionali

- ♦ Le Comunicazioni e/o comportamenti vis a vis
- ♦ Le Comunicazioni di Marketing

La Qualità delle Comunicazioni di un Servizio realizza una **MAGGIORE O MINORE SENSIBILITÀ** delle donne ai Programmi di Screening

La Qualità Percepita è tanto più elevata quanto più si riesce a garantire la soddisfazione dell'utente/cliente

BISOGNI CONCRETI

Percezione di:

- competenza tecnica
- consigli
- soluzioni
- indicazioni
- informazioni

BISOGNI PSICOLOGICI

Percezione di:

- competenza relazionale
- cortesia
- attenzione
- empatia

LA COMUNICAZIONE IN EPOCA "POST-MODERNA"

- ✓ Riconosce un ruolo attivo, responsabile e consapevole all'utente del servizio - adesione partecipata
- ✓ Offre una informazione esaustiva e attendibile sui rischi e sui benefici
- ✓ Accetta un rifiuto consapevole

CONCLUSIONI

- Al termine dei 6 Focus Group (3 con donne operate e tre con donne non operate) sono state create delle linee guida contenenti indicazioni e suggerimenti per le Asl affinché possano realizzare il materiale informativo e di invito per lo screening mammografico tenendo conto delle risultanze della ricerca/intervento - questa attività si sta conducendo in molte regioni italiane. (Si tenga comunque conto che le Asl non sono obbligate a utilizzare le indicazioni date)
- È emersa la necessità di coinvolgere di più i medici di famiglia nei processi di screening - con formazione specifica e con strumenti di informazione dedicati
- Parte del lavoro è ancora in via di sviluppo poiché ora c'è la necessità di confrontarsi con quanto emergerà dall'applicazione, dalla messa in opera delle nuove comunicazioni.

Sabato 23 giugno 2007**Un'esperienza/proposta di un lavoro congiunto tra psicologo e medico di base**

Luigi Solano, *Docente di Psicosomatica, Facoltà di Psicologia 1 e Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università di Roma "La Sapienza". Membro Società Psicoanalitica Italiana.*

La proposta di uno Psicologo di Base, da inserire nell'assistenza sanitaria primaria accanto al Medico di Base, nasce da una riflessione in aree diverse:

a) Differenziazione e necessità di integrazione tra medicina e psicologia

Le competenze di medici e psicologi appaiono sempre più specializzate e differenziate, oltre che sempre più vaste e articolate. Anche i modelli di riferimento appaiono sempre più diversificati, tra una Medicina sempre più concentrata sugli aspetti biologici e genetici della patologia e una Psicologia volta ad esplorare il rapporto tra l'individuo e il suo contesto, in un'ottica che valorizza soprattutto la spinta evolutiva e le risorse. Appare quindi sempre più anacronistico e inadeguato un rapporto tra le due figure all'interno dei sistemi sanitari pubblici e privati che ricalchi quello tra un medico generico e uno specialista, che condividono competenze e modelli teorici, mentre si presenta come necessaria una collaborazione di tipo orizzontale che preveda la possibilità di un presa in carico congiunta del disagio.

b) Le notazioni della psicologia clinica sul ruolo dello psicologo nel contesto sanitario

In estrema sintesi, la psicologia clinica (es. Carli e Paniccia, 1989) riconosce come l'intervento dello psicologo venga richiesto quando si verifica tra paziente e medico un "fallimento della collusione", cioè il venir meno di uno dei presupposti "istituzionali" che fondano la relazione medico-paziente (come delineati ad esempio da Parsons). Esempi comuni di queste situazioni sono le patologie difficilmente trattabili (laddove fallisce la fantasia del "curare" nel senso di Fornari) e difficoltà nel rapporto medico/paziente, per venir meno (il paziente non è disponibile ad affidarsi interamente al medico, a seguirne le indicazioni; non

mostra "volontà di guarire" ecc.). In genere non viene richiesto un intervento sulla relazione (che avrebbe un senso) ma sul paziente che spesso non è né motivato né in condizioni di utilizzare questo tipo di aiuto.

Lo psicologo è invece quasi sempre escluso (perché non viene consultato) dalle situazioni in cui potrebbe dare un contributo ben maggiore, come nelle fasi iniziali del disagio, quale quello che viene proposto ad esempio ad un medico di base o nel caso di patologie organiche anche gravi ma ben definite, riconoscibili, per cui sono disponibili trattamenti di una qualche efficacia, nel momento cioè che i presupposti del rapporto collusivo medico/paziente sono ben presenti.

C'è inoltre da rilevare, anche in situazioni in cui l'indicazione per un intervento psicologico può apparire adeguata, la discrepanza tra il modo di intendere un invio, che in Medicina viene "prescritto", mentre per uno psicologo può essere solo una proposta, cui il paziente deve aderire con una propria motivazione. *Ne deriva che le modalità di invio ad uno Psicologo, anche in situazioni idonee, non risultano sempre adeguate.*

c) Le acquisizioni della Psicosomatica contemporanea e della Psicologia della salute

I più recenti sviluppi in questo ambito vedono qualunque tipo di disagio, somatico o psichico, come derivante dall'interazione tra fattori biologici, psicologici, sociali; *ogni patologia merita quindi di essere affrontata sotto diversi versanti.*

Gli studi che hanno utilizzato il costrutto dell'alessitimia (Taylor et al., 1997) hanno evidenziato come i pazienti con disturbi somatici mostrano spesso uno stile di comunicazione incolore, di scarsa pregnanza emotiva. Per tali motivi raramente appaiono al medico meritevoli di invio ad uno psicologo. *Rischiano quindi di non essere inviate proprio le persone che per le loro caratteristiche sono più portate ad esprimere attraverso il corpo le proprie difficoltà nel rapporto con il mondo.*

d) Il lavoro pionieristico di Michael Balint (1957)

Il percorso clinico successivo alla prima richiesta ("offerta") del paziente

viene visto una co-costruzione tra paziente e medico. È quindi necessario seguire questa co-costruzione, cogliendo quanto un disagio che si presenta come somatico sia connesso con la situazione relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita del paziente. È inoltre necessario tenere le fila del rapporto con i diversi specialisti, per evitare scissioni. La proposta di Balint di una formazione dei medici a questo tipo di ascolto e di operatività appare oggi meno attuabile, per i motivi esposti al punto a). Può apparire più realistico *affidare due tipi diversi di ascolto della domanda di tutti i pazienti a due figure professionali distinte.*

e) La diversa posizione sociale della Medicina e della Psicologia, e dei loro utenti

Mentre la malattia fisica è considerata come qualcosa di oggettivo e inevitabile per tutti, tanto che maggior parte dei paesi occidentali è prevista l'assegnazione gratuita di un medico curante fin dalla nascita, l'accesso al quale è considerato auspicabile per tutti, il disagio psichico è considerato tuttora come qualcosa che riguarda soltanto alcune persone, confinato in servizi specifici, cui si accede su richiesta degli interessati o di chi per loro. Questa situazione rende di fatto tuttora ben presente un forte stigma nei confronti di chi si rivolga ad un operatore della salute mentale, e fa sì che questo tipo di richiesta venga formulato in genere come "ultima spiaggia", quando cioè il disagio, dopo anni di sofferenza, ha prodotto modificazioni intrapsichiche strutturate, croniche, relativamente indipendenti dalla situazione relazionale che le ha generate.

PERCHÉ LO PSICOLOGO DI BASE

La presenza di uno Psicologo di Base, che operi congiuntamente al Medico di Base nel suo studio nell'accogliere la domanda di tutti i pazienti, può permettere quindi un accesso diretto da parte di tutta la popolazione, in una fase iniziale del disagio senza il rischio di essere etichettati come "malati di mente"; di offrire un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita del paziente. Un risultato importante di questo intervento può essere quello di limitare la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche, nella misura in cui

queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

L'ESPERIENZA DI ORVIETO

A partire da questi presupposti è stata proposta e realizzata dal 2000, a seguito di un accordo tra la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma "La Sapienza", sede di Orvieto, e il Distretto Socio-Sanitario di Orvieto, la presenza di alcuni Psicologi specializzandi presso lo studio di alcuni Medici di Base, in alcuni orari di visita, allo scopo di raccogliere congiuntamente al medico la domanda dei pazienti (l'esperienza è riportata estesamente in Tomassoni e Solano, 2003).

Il confronto tra medico e psicologo sui casi esaminati ha permesso di inquadrare il disagio anche somatico nell'ambito più ampio della situazione relazionale e del ciclo di vita dei diversi soggetti, e di attuare un intervento più globale. Si è giunti inoltre a definire una casistica in cui proporre un colloquio più formale con lo psicologo, al di fuori dell'orario abituale di visita, utilizzando criteri concordati, tra cui: evidente inserimento del disagio somatico nell'equilibrio individuale e nella rete relazionale dell'individuo; inefficacia dell'intervento effettuato sul piano somatico; comparsa di sintomi sempre nuovi, nonostante l'efficacia di interventi effettuati sul piano somatico.

A 5 anni dall'avvio dell'iniziativa si può affermare che l'iniziativa è fattibile (pur richiedendo un periodo di "rodaggio" di diversi mesi), che ha incontrato il favore dei pazienti, che non ha portato ad un incremento di carico di lavoro per i servizi specialistici di Salute Mentale della zona. Tutti i partecipanti all'iniziativa sono convinti che la presenza e l'intervento dello Psicologo abbia comportato una riduzione della prescrizione di analisi, esami radiologici, farmaci; purtroppo non è stato ancora possibile effettuare una verifica puntuale. Si auspica che l'iniziativa possa costituire l'avvio di una sperimentazione in misura più intensiva ed ufficiale presso il S.S.N.

Un caso clinico

Fabrizio, studente universitario, si è rivolto al medico perché preoccupato per delle extrasistoli che ha avuto per

la prima volta due/tre mesi fa. Ha fatto tutti gli accertamenti diagnostici del caso e sono state escluse "cause organiche". Il medico ha prescritto Xanax (benzodiazepina) e Inderal (beta bloccante). Dopo un contatto iniziale si decide che Fabrizio venga visto separatamente dalla psicologa fuori dall'orario di ambulatorio. Una volta attivato un ascolto di tipo diverso, emerge un fatto importante, recente nella storia di Fabrizio: alcuni suoi amici sono stati arrestati perché coinvolti in un piccolo giro di spaccio di compresse di ecstasy, in cui era coinvolto anche lui, per finanziare il proprio consumo: è sfuggito all'arresto per puro caso. Fortemente spaventato, ha immediatamente interrotto anche qualunque assunzione di droghe.

Fabrizio ricorda che usava le droghe per sentirsi più forte, più sicuro con le ragazze; per lui innamorarsi era una debolezza da nascondere. Ricorda che proprio in concomitanza con l'emergere del sintomo, una ragazza, della quale era profondamente innamorato da un anno senza "averlo mai tirato fuori", si era messa con un altro ragazzo; lui si era "tenuto tutto dentro" anche in questo caso. Emerge così l'effetto di copertura delle droghe verso tutta una serie di insicurezze, di debolezze che si presentano soprattutto nel vivere da parte di Fabrizio il tentativo di svincolo dalla famiglia. Parlare delle proprie emozioni, dei propri disagi, lo farebbe sentire debole; Fabrizio usa spesso l'espressione "debole di cuore" e il racconto dell'arresto degli amici evoca nella psicologa la sensazione di arresto cardiaco che caratterizza le extrasistoli.

La sospensione dell'uso delle droghe ha fatto emergere in Fabrizio delle insicurezze per lui inaccettabili: è per lui più semplice accettare un sintomo fisico, una debolezza cardiaca che non una debolezza di sé come persona. La debolezza intollerabile si è trasformata o si manifesta attraverso una debolezza somatica che richiede altre sostanze, questa volta legali, i farmaci. Un nuovo "coperchio" sulle vere debolezze di Fabrizio, quelle da non vedere.

È quindi necessario che Fabrizio trovi altri canali di espressione dei suoi stati emotivi di modo che così possano prendere sempre meno le vie del corpo. Per ora Fabrizio ha ancora bisogno di un sintomo per poter affronta-

re i temi del suo disagio ma poi, progressivamente nell'arco di sei mesi, Fabrizio elabora nei suoi 12 incontri con la psicologa alcune di queste tematiche: lo svincolo, l'accettazione delle proprie "debolezze" ed il riconoscimento delle proprie risorse, la possibilità di riconoscere e verbalizzare le emozioni, un maggiore rispetto per sé come persona e non solo per la sua immagine. Ora può proseguire il suo percorso di autonomia e quando ogni tanto i sintomi si riaffacciano, sono meno spaventosi e più "gestibili", fino a scomparire.

Ciò che desidero sottolineare è come in questo percorso l'obiettivo non sia stato tanto quello di "trattare" ovvero ottenere la scomparsa del sintomo somatico, quanto trovarne un senso, inserirlo nel contesto di vita del paziente, di modo che, anche il disturbo non fosse scomparso, acquisisse il significato non di "malattia" ma di reazione ad una situazione di vita problematica. L'eventuale scomparsa del sintomo dipenderà a questo punto dalla possibilità di trovare - ove possibile - modalità di reazione più adeguate, possibilmente cercando una soluzione ai problemi, sul piano interno alla persona e della realtà esterna.

Bibliografia

- BALINT M. (1957): *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London, trad. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.
- CARLI R, PANICCIA R.M. (1989): *Psicosociologia dell'Ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico*. Rivista di Psicologia Clinica, 148-160.
- TAYLOR G.J., BAGBY R.M., PARKER J.D.A. (1997): *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, Cambridge, trad. it. *Disturbi della regolazione affettiva*. Fioriti, Roma, 2000.
- TOMASSONI M., SOLANO L. (2003): *Una Base più Sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Franco Angeli, Milano, 2003.

Sabato 7 luglio 2007

**La RET
(Rational Emotive Therapy)
e il comportamento altruista
nei disastri:
un paragone
tra il Messico e l'Italia**

Dott.ssa Leticia Marin, Psicologa Clinica laureata nell'Università Nazionale Autonoma del Messico e nell'Università "La Sapienza di Roma". Partecipa come psicologa nel programma "Hola mi gente-Ciao amici" de Radio Vaticana ed è coordinatrice dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto del Centro Italiano Sviluppo Psicologia (CISP); ha ottenuto il titolo di Primary nel "Albert Ellis Institute" ed è collaboratrice nel Institute for Rational Emotive Behaviour Therapy (Italy).

INTRODUZIONE:

Il 30- 50 % della popolazione esposta ad un evento catastrofico presenta qualche forma di squilibrio o di disadattamento emotivo (Alvarez, 2006).

Quali sono le caratteristiche del sistema di pensiero e di convinzioni funzionali e disfunzionali in individui che, in situazioni di disastro, adottano un comportamento altruista? Secondo la teoria cognitiva "le emozioni e i comportamenti delle persone sono influenzati dalla percezione degli avvenimenti e dal modo in cui viene interpretata tale situazione" (Beck, 1964; Ellis, 1962).

Riguardo al comportamento altruista De Silvestri (1999) afferma che la simpatia e la compassione impiegate, credendo di consolare le vittime, "non fa altro che aggiungere la propria 'catastrofizzazione' della situazione a quella che già sta facendo la vittima, e può rinforzare la sua naturale auto-commiserazione".

Esistono alcuni studi teorici ed empirici sui Volontari Del Soccorso (SV), ma non esistono ricerche sui loro sistemi di convinzioni nella fase di "impatto" e "post-impatto" di fronte a un disastro.

Il nostro obiettivo è conoscere questo sistema di convinzioni ed osservarne la relazione col comportamento altruista.

METODO:

È stato realizzato un colloquio semi-strutturato con un gruppo messicano e due gruppi italiani di Volontari del Soccorso (SV) ed è stato applicato l'*Irrational Beliefs Test* di Jones (IBT) basato sulle convinzioni disfunzionali postulate da Ellis. Il campione messicano era formato da 21 volontari, per la maggior parte di sesso maschile, e dall'età media di 31 anni. Il primo gruppo italiano era costituito da 32 volontari, per la maggior parte donne, dall'età media di 30 anni. Il secondo gruppo italiano era costituito da 39 volontari, per la maggior parte uomini, dall'età media di 49 anni.

RISULTATI:

L'area emotiva si manifesta alterata di fronte alla situazione di disastro presentando ansia, tristezza, rabbia e impotenza - soprattutto nel campione messicano. Nell'IBT si osserva che in tutti i campioni predomina la convinzione disfunzionale: "La mia infelicità dipende da cause esterne e quindi io posso fare poco o niente per cercare di controllare le mie pene e i miei disturbi"; in secondo luogo si osserva la convinzione: "Se qualcuno ha qualche problema o disturbo o sofferenza, io mi devo tremendamente sconvolgere per questo motivo".

Nelle convinzioni meno frequenti tutti i campioni hanno manifestato la seguente: "Se qualcosa mi sembra difficile, allora mi conviene evitarla piuttosto che affrontarla". Nel campione messicano, diversamente dal campione italiano, si osserva con bassa frequenza la convinzione: "Si deve provare paura o angoscia di fronte a qualsiasi situazione sconosciuta, incerta o potenzialmente pericolosa".

CONCLUSIONE E DISCUSSIONE:

Quando gli SV sono turbati da circostanze sgradevoli non presentano alcun controllo su loro stessi né sulle loro emozioni. Un avvenimento esterno può diventare orribile soltanto perché è così che lo percepiscono. In realtà l'effetto su di loro è lieve o inesistente, ma la sensazione di impotenza e ansia, e l'empatia verso le vittime spiegano il perché del comportamento altruista anche in situazioni difficili.

Nel campione messicano la paura è stata una reazione nascosta o negata, e ha quindi avuto come conseguenza atti eroici. Nella discussione dei risultati si confrontano nei dettagli tutti i campioni.

Bibliografia e sitografia

- Alvarez, J. *Programma de Intervención en crisis*. UNAM, México, 2006.
De Silvestri, C. *Il mestiere dello psicoterapeuta*. Astrolabio, Roma 1999.
Marin, L. *Terapia Razionale Emotiva*. www.psicoterapie.org