

link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

01
DICEMBRE 2002



<i>Edit</i>	
Vito Tùmmino	6
<i>Noi e la morte</i>	
Sigmund Freud	8
<i>I disturbi post-traumatici da stress. Fattori di rischio, aspetti diagnostici e trattamento con l'EMDR</i>	
Isabel Fernandez	15
<i>Il bambino malato e il non rispetto dei suoi diritti</i>	
Gianni Biondi	25
<i>Violenza e Sport: una radice comune?</i>	
Giovanni Lodetti	36
<i>Gabriele Buccola (1854-1885)</i>	
Giovanni Cavadi	40
<i>Psiconcologia: l'esperienza del Servizio di Psicologia di un Istituto Oncologico a Carattere Scientifico (IRCCS)</i>	
Caruso A., Tramontana A., Condoleo M., Maggi G., Corlito A.	49
<i>Psicologia transculturale</i>	
a cura di Vito Tùmmino	58
<i>Etnopsicologia, etnopsichiatria, etnomedicina: un approccio antropologico per l'integrazione di sistemi socio-sanitari</i>	
Azzo Ghidinelli	62
<i>Tell me a story</i>	
Giuseppe Costantino, Robert G. Malgady	78
<i>Valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica</i>	
Fabio Buzzi, Mario Vanini	84
<i>Recensioni</i>	
a cura di Giovanni Cavadi	92
<i>Riflessioni</i>	
<i>Perché la solitudine? Argomenti per una psicologia della solitudine</i>	
Antonio Lo Iacono	96
La Società Italiana di Psicologia - SIPs	98
FORM-AUPI Una strategia di rete per la formazione degli psicologi nel Sistema Sanitario Nazionale	99

link

01

**Direttore responsabile**

Rinaldo Perini

Direttore editoriale

Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*)

Redazione

Sabina Barrichello, Isabella Cardani, Roberta Donzelli, Cinzia Favini, Giulia Fulghesu, Clara Iannucci, Paola Montanaro, Lisa Misesti, Ramona Necchi, Silvia Ostini, Paola Pigretti, Francesca Ravera, Odilia Rotunno, Erica Segat

Responsabile di Redazione

Giovanni Cavadi

Segretaria di Redazione

Sara Castiglioni

Comitato scientifico

Anita Caruso (*Vicepresidente Federazione Italiana Società Scientifiche di Psicologia*), Ada Cristillo (*Presidente ASIPA*), Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau (*Presidente Comitato Scientifico Internazionale dell'Associazione Mediterranea di Psicodramma, AMP*), Antonio Lo Iacono (*Presidente Società Italiana Psicologia, SIPS*), Gabriella Morasso (*Presidente Società Italiana di Psiconcologia, SIPO*), Pierangelo Sardi (*Presidente Società Italiana Psicologia della Sicurezza Viaria, SIPSIVI*), Mario Sellini (*Presidente Istituto di Formazione Associazione Unitaria Psicologi Italiani, FORM-AUPI*), Riccardo Telleschi (*Presidente Società Italiana di Psicologia Clinica e Psicoterapia, SPCP*)

Redazione Como

DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna
via Castelnuovo, 1 22100 Como
tel. 031.5855896

e-mail psico.como@hasacomo.org

Redazione Roma

Sede Centrale AUPI
via Arenula, 16 00186 Roma
tel. 06.6873819 fax 06.68803822

Amministrazione

via Arenula, 16 00186 00186 Roma
tel. 06/6873819 fax 06.68803822

Art director

Andrea Rosso

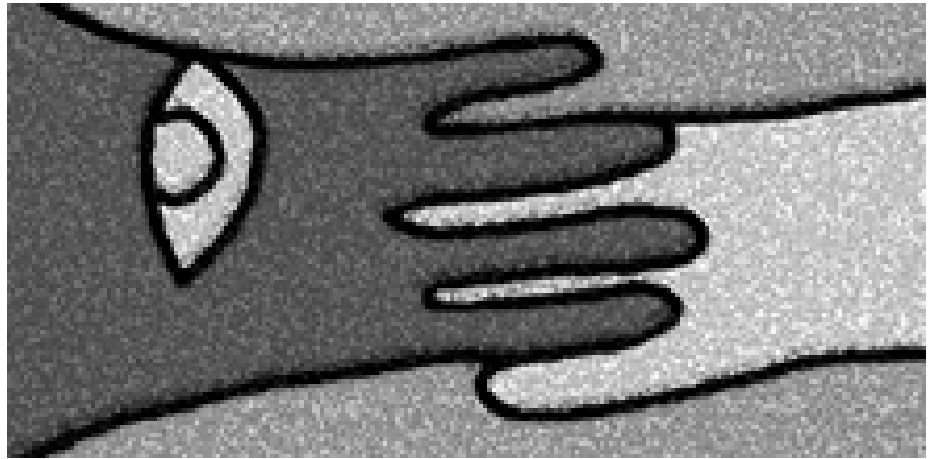
Grafica e impaginazione

Natura e comunicazione/ Como
[Si ringrazia Danilo Lillia per la foto di pag. 7]

Stampa

Edigraf Editoriale Grafica, Roma
via E. Morosini 17, tel. 06.5814154

Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/C Legge 662/96 - Filiale di Roma - Registrazione del Tribunale di Roma n. 278 del 7/6/2002



La psicologia si è affermata nella nostra società come disciplina scientifica con saperi e conoscenze articolati, che interviene ed opera nei più diversi contesti socio-culturali, dalla ricerca alla clinica, dalla famiglia al lavoro, dalla scuola alle istituzioni. Tecnica e tecnologia psicologiche sono sempre più attive nel ricercare applicazioni utili ai bisogni umani, in un intrecciarsi di domanda e di offerta di sapere psicologico. Il mondo universitario e la realtà professionale sono chiamati a rispondere a nuovi bisogni e nuove emergenze indotti dalla complessità delle trasformazioni che la vita quotidiana velocemente richiede.

Tenere separate la didattica dalla professione, la teoria dalla pratica, la ricerca sperimentale dalla clinica, equivale a far nascere un bambino e a non prendersi la responsabilità di crescerlo: la psicologia ha ormai abbondantemente superato più di un secolo di esperienza e presenza sulla scena scientifica e applicativa. L'esempio pionieristico di un collega italiano, Gabriele Buccola, che nel 1880 presentò ad un congresso di Freniatria a Reggio Emilia le sue ricerche sull'applicazione di nozioni psicologiche alla comprensione degli "alienati", fa scorgere una psicologia italiana orientata già agli albori a rendere scientifico e oggettivabile l'esame psichico. La memoria di un ricercatore italiano di livello europeo ci rammenta quindi che insieme ai citatissimi padri della psicologia europea e nordamericana noi annoveriamo anche una particolarità, che in Buccola è visibile nel suo coniugare la passione della ricerca sperimentale con la volontà del clinico di comprendere e intervenire sui fenomeni psicopatologici. Questa rivista vuole muoversi in questa direzione, presentando le ricerche della psicologia scientifica italiana in una prospettiva di integrazione con le altre scienze ed esplorando prevalentemente temi che riguardano il lavoro professionale di colleghi impegnati nei più diversi settori. Le società scientifiche che si sono federate nella FISSP vogliono impegnarsi per una maggiore interconnessione e comunicazione fra gli psicologi, e attraverso la rivista costruire legami tra ricerca, sperimentazione e clinica. Le sfide che la società ci pone richiedono competenze complesse, in grado di inquadrare i problemi psicologici individuali nella rete di contesti familiari, di gruppo, dell'organizzazione sociale.

Il primo numero di *Link* si apre con un articolo-conferenza di Feud che ci invita a riflettere sui valori e sui bisogni individuali emersi durante l'indagine psicologica

con la scoperta dell'inconscio: una scatola nera che influenza comportamenti fino a quel momento inintelligibili e che invece rappresentano dei "determinanti" della natura umana che accomunano culture, generi, religioni differenti.

Il razzismo e il fondamentalismo, risorti nel contesto di una rassicurante globalizzazione dalle ceneri delle ideologie totalitarie del secolo scorso e la sostanziale negazione del limite e della morte ci fanno riflettere sulla nuova espressione del Male rappresentato dall'altro da sé. Carlo Viganò ci suggerisce una suggestione psicoanalitica: «L'aggressione dell'11 settembre questa volta non è venuta da un Altro esotico, da una civiltà diametralmente opposta alla nostra (...), il nemico condivide la nostra idea di progresso (...) il nostro uso della tecnologia: ciò che ci divide radicalmente è il dare forma alla differenza sessuale. La donna è un altro nome di Dio, ricorda Lacan, e quando viene messa ai margini della società la sua assenza fa aumentare la pulsione di morte degli uomini». Il risultato è il terrorismo: un incubo senza senso e che solo una grande alleanza della ragione e dell'amore per la vita può ricacciare nei meandri infernali della distruttività inconscia, creata dall'impotenza e dalla paura.

I bambini e i diritti, tema emerso nel secolo di affermazione della psicologia e delle scoperte scientifiche, degli effetti devastanti di una cattiva educazione e delle ripercussioni dei traumi infantili nella vita adulta, sono analizzati alla luce della carta dei diritti in un articolo di Gianni Biondi.

L'evidenza dell'efficacia dell'intervento psicologico è da anni una questione trattata fra i programmi della politica sanitaria e sociale, quando si tratta di stabilire scelte prioritarie da perseguire sul tema della salute nei suoi aspetti preventivi, terapeutici e riabilitativi. Non sempre la psicologia ne è uscita bene in termini di risorse e di proposte. La psicologia dell'emergenza è un esempio di efficacia di modelli di trattamento psicologico breve nelle situazioni acute di PTSD.

Tra gli altri argomenti affrontati in questo numero: il rapporto tra sport e violenza, quello tra medicina popolare e ufficiale, il danno biologico di natura psichica. Ci auguriamo che siano utili spunti di riflessione e strumenti di analisi per la nostra professione.

*Il direttore editoriale
Vito Tummino*

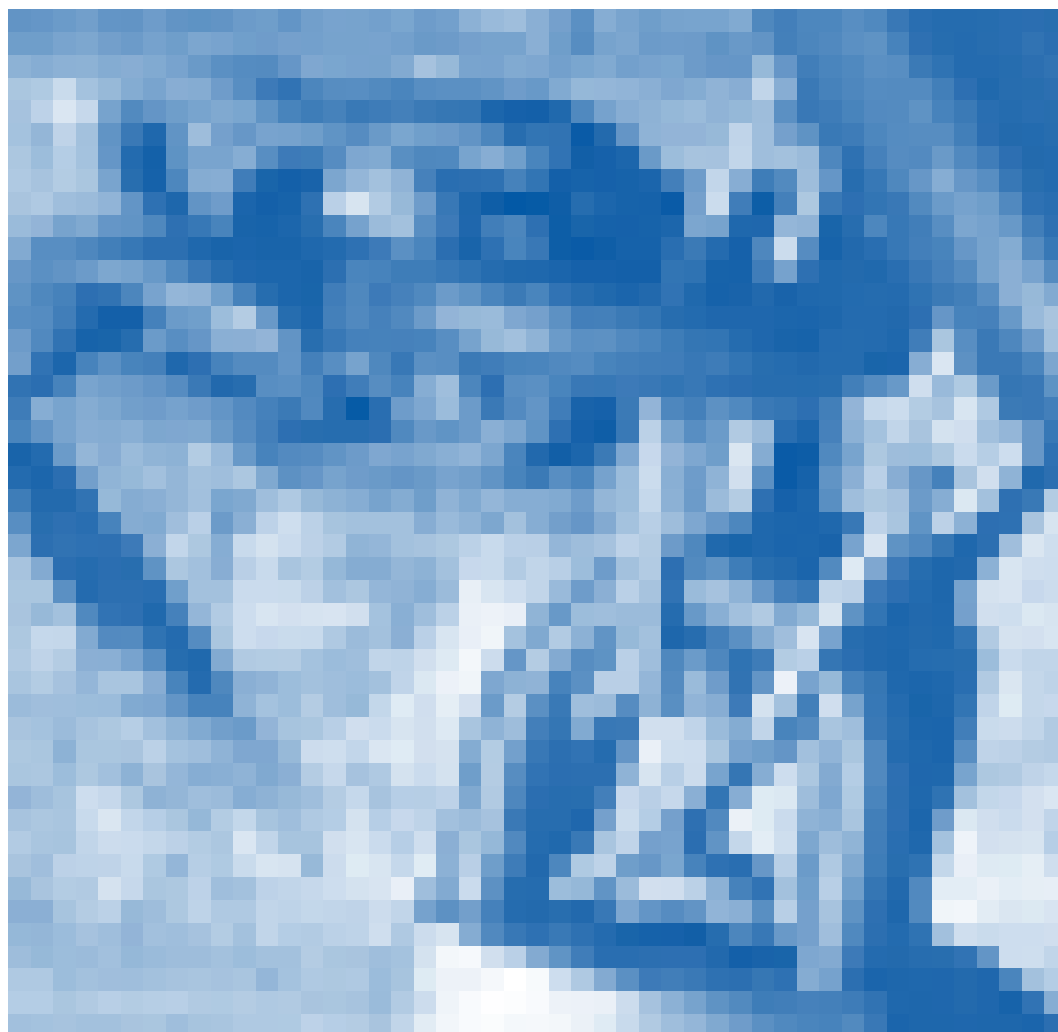
link 01 focus

Noi e la morte

I disturbi post-traumatici da stress. Fattori di rischio, aspetti diagnostici e trattamento con l'EMDR

Il bambino malato e il non rispetto dei suoi diritti. Quali conseguenze per il suo sviluppo

Violenza e Sport: una radice comune?



Noi e la morte

SIGMUND FREUD

Come per l'uomo primitivo, l'inconscio rifiuta la rappresentazione della propria morte, è desideroso della morte dell'estraneo e ambivalente rispetto alla morte delle persone amate. Così molte persone non sono ancora in grado di sostenere la morte. La guerra, tuttavia, rimuove i recenti condizionamenti culturali e fa emergere l'uomo primitivo: questo fatto ci obbliga ad essere quegli eroi che rifiutano di credere nella realtà della morte e a categorizzare gli estranei come nemici dei quali dobbiamo desiderare la morte e ci induce a superare la perdita delle persone amate.

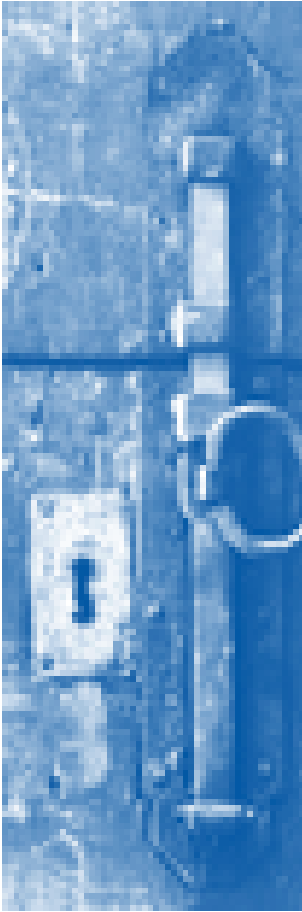
Non dovrebbe essere preferibile qualificare la morte come viene considerata nella realtà e nei nostri pensieri e accettare il concetto inconscio di morte che abbiamo così attentamente represso?

Porre in altri termini il detto latino: se vuoi sopportare la vita, preparati alla morte

E simio presidente e cari colleghi. Vi prego di credere che non è per capriccio che ho dato alla conferenza un titolo così terribile. So che molti esseri umani non vogliono sentir parlare della morte, forse ce ne sono anche tra di voi ed io volevo evitare che questi fratelli si sentissero coinvolti in una trappola in un momento per loro così penoso. Avrei potuto anche modificare una parte del mio titolo. Al posto di "Noi e la morte" avrei potuto dire "Noi ebrei e la morte", perché siamo proprio noi, gli ebrei, che più frequentemente e nel modo più estremo manifestiamo la relazione con la morte che intendo trattare qui davanti a voi.

Ma potete facilmente capire che cosa mi ha indotto a scegliere proprio questo argomento. Esso è la conseguenza dell'orribile guerra che sta infuriando e che ci priva tutti di ogni punto di riferimento. Mi sembra che al primo posto tra tutti i fatti che in questo contesto sono estremamente fuorvianti vi sia la trasformazione della nostra concezione della morte.

Qual è dunque la nostra concezione della morte? A mio parere essa è assai singolare. In genere ci comportiamo come se volessimo eliminare la morte dalla vita; vogliamo, per così dire, passarla sotto silenzio, "come la morte". Naturalmente questa tendenza non può imporsi senza turbamento. Ciò malgrado, in alcune occasioni la morte si manifesta a noi. Ne siamo allora profondamente scossi e veniamo strappati alla nostra sicurezza come da qualcosa di insolito. Ci diciamo: «che orrore!» quando un aviatore o un audace alpinista ha un incidente, quando il crollo di un'impalcatura seppellisce tre o quattro operai, quando venti apprendisti muoiono in un incidente d'officina, o quando una nave affonda con centinaia di passeggeri. Ancor più siamo toccati, quando la morte ha colpito una nostra conoscenza; se si tratta di un fratello della B.B. gli dedichiamo persino una seduta in memoria. Ma nessuno potrà dedurre dal nostro comportamento che riconosciamo la morte come



Io penso che la vita perda di consistenza e di interesse quando dalla lotta è esclusa la posta suprema, precisamente la vita stessa

una necessità, che abbiamo la ferma convinzione che ognuno di noi è debitore alla natura della sua morte. Al contrario, ogni volta abbiamo una spiegazione che riduce questa necessità al caso. Un tale è appena morto a seguito di un'infezione polmonare, tuttavia l'infezione non era necessaria; un altro era da tempo malato, solo che non lo sapeva; un terzo era già vecchio e decrepito (all'opposto dell'avvertimento: «*on meurt à tout âge*»). Se si tratta anzi di uno di noi, un ebreo, penseremmo che un ebreo non muore assolutamente mai in modo naturale. Come minimo è un medico che ne ha causato la morte, altrimenti vivrebbe sicuramente ancora oggi. Certamente ammettiamo che alla fine si deve morire, ma abbiamo la tendenza a respingere la scadenza in un indefinito tempo lontano. L'ebreo a cui si domanda l'età ama rispondere: «da circa sessanta a centoventi!».

La scuola psicoanalitica che, come sapete, rappresento, ha avuto l'audacia di affermare che noi — ognuno di noi — in fondo non crede alla propria morte. È vero che effettivamente essa ci è irraggiungibile. Nel corso dei tentativi per immaginarci cosa accadrà dopo la nostra morte, chi ne porterà il lutto ecc., possiamo constatare che malgrado tutto rimaniamo presenti in quanto osservatori. È inoltre realmente difficile fare ammettere quest'evidenza a una persona in particolare. Essa si sottrae a ogni dimostrazione non appena ci si trova nella situazione di fare l'esperienza decisiva.

Solo un essere umano duro e cattivo può aspettarsi, immaginare l'altrui morte. Esseri più dolci e migliori insorgono contro simili pensieri, soprattutto quando l'altrui morte è suscettibile di apportarci vantaggi sul piano della libertà, della posizione, del patrimonio. Tuttavia, quando si è verificata la morte dell'altro, ammiriamo allora la vittima quasi come un eroe che ha compiuto qualcosa di straordinario; se gli eravamo ostili, ci riconciliamo con lui; sospendiamo ogni critica nei suoi confronti: *de mortuis nihil nisi bene*. Accettiamo di buona grazia che sulla sua tomba vengano incise parole di elogio poco degne di fede. Ma siamo completamente indifesi quando la morte ci ha tolto una persona cara, un parente, un congiunto, un fratello o una sorella, un figlio o un amico. Con lei sotterriamo le nostre speranze, le nostre gioie, siamo inconsolabili e rifiutiamo di sostituire l'essere perduto. Ci comportiamo allora alla maniera degli Asra, che muoiono con quelli che amano.

Ma questo nostro rapporto con la morte ha una grande influenza sulla vita. Essa infatti si impoverisce e perde di interesse. I legami affettivi e l'intollerabile intensità del nostro dolore ci rendono deboli, inclini a evitare i pericoli per noi e per i nostri cari. Non abbiamo il coraggio di progettare imprese che sono tuttavia indispensabili, come prove di volo, viaggi di scoperta in paesi lontani, esperienze con sostanze esplosive. Siamo paralizzati dalla preoccupazione di sapere chi dovrà sostituire, in caso di disgrazia, il figlio presso la madre, il marito presso la sposa, il padre presso i figli, e tuttavia queste imprese sono necessarie. Conoscete il motto della Lega Anseatica: *navigare necesse est, vivere non necesse* (navigare dobbiamo, non vivere). Prendete invece fra i nostri aneddoti ebraici, così caratteristici, quello che racconta la storia del figlio caduto dalla scala, che rimane disteso senza conoscenza, e della madre che corre dal rabbino in cerca di consiglio e aiuto. «Mi dica — domanda il rabbino — ma come ha potuto un ragazzino ebreo trovarsi su una scala?».

Io penso che la vita perda di consistenza e di interesse quando dalla lotta è esclusa la posta suprema, precisamente la vita stessa. Essa diventa vuota e stupida come un flirt americano in cui è già stabilito a priori che non deve accadere niente, a differenza di una relazione amorosa europea in cui i due partner hanno sempre presente la minaccia del pericolo che incombe. Costretti a indennizzarci dell'impovertimento della vita ci rivolgiamo al mondo della finzione, alla letteratura, al teatro. Vediamo sulla scena esseri umani che sanno ancora morire, che sono persino capaci di ucciderne altri. Lì, soddisfiamo il nostro desiderio [*wunsch*]: che la vita stessa rimanga una posta seria nella vita; e inoltre ne soddisfiamo un altro ancora. Non avremmo effettivamente niente da rimproverare alla morte se essa non ponesse un termine alla vita che possediamo una sola volta. È veramente crudele che nella vita possa accadere ciò che accade nel gioco degli scacchi, dove una sola mossa sbagliata può obbligarci ad abbandonare la partita, con la differenza tutta-

via che non possiamo più incominciare una seconda, quella della rivincita. Nella finzione troviamo la pluralità di vite di cui abbiamo bisogno. Moriamo con l'eroe al quale pur tuttavia sopravviviamo, ed eventualmente possiamo morire, senz'altro danno, con un secondo eroe.

Che cosa la guerra ha cambiato nel nostro rapporto con la morte? Molte cose. Quelle che amerei chiamare le nostre convenzioni di morte non reggono ormai più. La morte non passa più inosservata, siamo obbligati a crederci. Adesso si muore realmente, non più isolatamente ma in gran numero, spesso a decine di migliaia in un giorno. Inoltre la morte non è più un caso. Certamente può sembrare ancora fortuito che una pallottola possa colpire una persona piuttosto di un'altra, ma l'accumularsi delle morti pone subito fine all'impressione di casualità. Per contro, la vita ritorna interessante, ha ritrovato tutta la sua pienezza. Bisognerebbe distinguere due gruppi, separare quelli che sono in guerra e rischiano la vita, dagli altri che sono a casa e ai quali non rimane che aspettare di perdere i propri cari in seguito a ferite, infezioni, malattie. Sarebbe certamente molto interessante studiare quali cambiamenti psichici produce nei combattenti il donare la propria vita. Ma a questo proposito non so niente, appartengo, come tutti voi, al secondo gruppo, a coloro che sono rimasti a casa e che possono solo temere per i loro cari. Ho acquisito, per esperienza personale e dall'esperienza di altri che sono nella medesima situazione, l'impressione che lo stupore da cui siamo colpiti e la paralisi delle nostre capacità siano essenzialmente determinati dal fatto che non possiamo più mantenere con la morte la relazione che avevamo prima e che non abbiamo ancora trovato al riguardo un nuovo atteggiamento. Si potrà forse contribuire a fare emergere un nuovo orientamento se procediamo insieme nell'esaminare due altri atteggiamenti verso la morte; quello che possiamo attribuire all'uomo delle origini [*ur-mensch*], all'uomo della preistoria [*der mensch der urzeit*] e l'altro che è ancora conservato in noi, ma che, invisibile alla nostra coscienza, si nasconde negli strati più profondi della vita psichica.

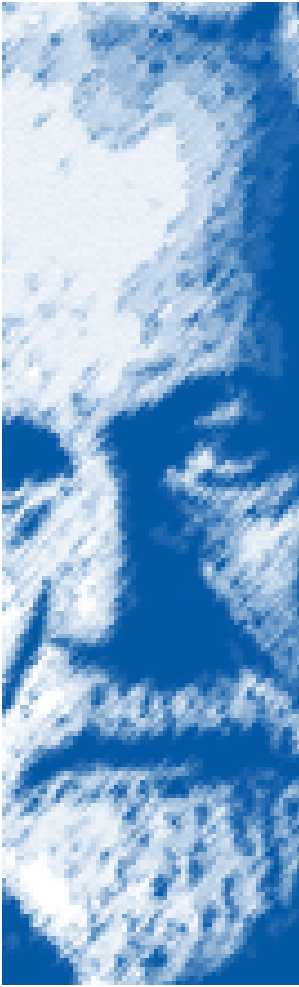
Finora, cari fratelli, non vi ho detto niente che voi, al pari di me, già non sappiate o non proviate. Adesso invece vi dirò alcune cose che forse non sapete e altre alle quali sicuramente non crederete. Mi devo rassegnare.

Dunque, come si comportava l'uomo della Preistoria di fronte alla morte? Nei suoi confronti ha assunto una posizione assai singolare, niente affatto univoca. Anzi molto contraddittoria. Ma capiremo presto la ragione della contraddizione. Da una parte, ha preso la morte seriamente, considerandola come distruzione della vita e in un certo senso se ne è servito; dall'altra l'ha negata e ridotta a niente [*geleugnet*]. Come è possibile? Ciò deriva dal fatto che egli aveva della morte dell'altro, dell'estraneo, del nemico, un concetto radicalmente diverso da quello che aveva della propria morte. Trovava la morte dell'altro giusta, la comprendeva come un annientamento e bruciava dal desiderio di infliggerla. L'uomo delle origini [*der urmensch*] era un essere passionale più crudele e più cattivo degli altri animali. Nessun istinto [*instinkt*] lo tratteneva dall'uccidere e dal divorare gli esseri della sua specie, contrariamente a ciò che si afferma per la maggior parte degli animali carnivori. Uccideva volentieri e come se fosse naturale.

Così la storia originaria [*urgeschichte*] dell'umanità è una storia piena di omicidi. Ancor oggi, ciò che i nostri figli imparano a scuola sotto il nome di storia del mondo è essenzialmente una serie di genocidi [*volkermorden*]. L'opprimente sentimento di colpa che fin dal principio schiaccia l'umanità e che in molte religioni si è sintetizzato nell'ipotesi di una colpa originale [*urschuld*], di un peccato ereditario, molto probabilmente è l'espressione di un crimine cruento di cui si sono macchiati gli uomini del tempo delle origini. In cosa consista la natura del crimine lo possiamo derivare dalla dottrina cristiana. Se il figlio di Dio è stato obbligato a sacrificare la propria vita per liberare l'umanità dal peccato originale, allora, secondo la legge del Taglione, fondata sul principio del rendere la pariglia, questo peccato deve esser stato una messa a morte, un omicidio. Solo quest'atto poteva, quale espiazione, esigere il sacrificio di una vita. E se il peccato originale era una colpa verso Dio Padre [*Gott-Vater*] allora il più antico crimine dell'umanità deve essere stato un parricidio, la messa a morte del padre originale [*urvater*] della

Ancor oggi, ciò che i nostri figli imparano a scuola sotto il nome di storia del mondo è essenzialmente una serie di genocidi





La ricerca umana non si è emancipata né in seguito all'enigma intellettuale né in seguito agli eventi di morte, ma nel conflitto affettivo al momento della morte di persone amate o estranee o odiate

primitiva orda umana, padre la cui immagine mnestica è stata poi trasfigurata in divinità. Nel mio libro *Totem e Tabù* (1913) mi sono sforzato di raccogliere le prove del concetto di colpa originale.

Permettetemi del resto di farvi notare che la dottrina del peccato originario non è un'invenzione cristiana, ma un frammento della credenza dell'epoca originale [*urzeit-glauben*] che da molto tempo si era sviluppata in correnti religiose sotterranee. Il giudaismo ha accuratamente messo da parte questi cupi ricordi dell'umanità e forse, proprio per questo, si è squalificato come religione mondiale.

Ritorniamo all'uomo delle origini e alla relazione che egli aveva con la morte. Abbiamo visto qual era la sua posizione in rapporto alla morte dell'estraneo. La sua propria morte gli era altrettanto inimmaginabile e irreali di quanto lo sia oggi per noi. Ma le due concezioni antagoniste si compenetrarono ed entrarono in conflitto, assumendo in tal modo un grande significato denso di conseguenze prolungatesi nel tempo. Ciò non si verificò quando l'uomo delle origini vide morire un essere a lui caro, la moglie, il figlio, l'amico che sicuramente amava tanto quanto noi amiamo i nostri, giacché l'amore non è certo più giovane della passione omicida [*mordlust*]. Da quel momento fece su se stesso l'esperienza della possibilità della morte, ogni essere amato infatti era una parte del suo io. Ma ogni persona amata nascondeva anche una parte di estraneità. Secondo leggi psicologiche ancora oggi valide, ma che al tempo delle origini regnavano pressoché incontrastate, gli esseri amati erano simultaneamente estranei e nemici che avevano suscitato in lui una parte di sentimenti ostili.

I filosofi hanno sostenuto che l'enigma intellettuale posto all'uomo delle origini dall'immagine della morte l'avrebbe costretto alla riflessione e sarebbe in tal modo diventato il punto di partenza di ogni speculazione. Vorrei rivedere e limitare questa opinione. La ricerca umana non si è emancipata né in seguito all'enigma intellettuale né in seguito agli eventi di morte, ma nel conflitto affettivo al momento della morte di persone amate o estranee o odiate. Da questo conflitto è nata in primo luogo la psicologia. L'uomo delle origini non poteva più negare [*leugnen*] la morte, dato che egli stesso ne aveva fatto parzialmente l'esperienza attraverso il proprio dolore; ma non voleva nemmeno riconoscerla perché non poteva pensare se stesso morto. Trovò quindi dei compromessi che ammettevano la morte, ma contestò che essa fosse l'annientamento che pure aveva destinato ai suoi nemici. Davanti al cadavere della persona amata inventò gli spiriti, immaginò la divisione [*zerlegung*] dell'individuo in un corpo e in un'anima — in origine in più anime. Al ricordo dei defunti creò la rappresentazione di altre forme di esistenza per le quali la morte è soltanto l'inizio, l'idea di una sopravvivenza dopo la morte apparente. Queste successive esistenze all'inizio non erano che appendici di quella a cui la morte aveva messo fine; erano simili a ombre, inconsistenti e di poco conto, avevano ancora il carattere di miseri espedienti. Permettetemi di citarvi le parole con le quali il nostro grande poeta Heinrich Heine — del resto in accordo col vecchio Omero — esprime il disprezzo di Achille morto verso l'esistenza dei defunti:

*Il più piccolo filisteo che vive
A Stuckert in riva al Neckar
È molto più fortunato
Di me, il Pelide, l'eroe morto,
Principe delle ombre nel sotterraneo soggiorno.*

È solo più tardi che le religioni diedero più valore e nobiltà a un'esistenza ulteriore e ridussero a una pura e semplice preparazione la vita interrotta dalla morte. Diventò quindi un'ovvia conseguenza prolungare la vita anche nel passato, immaginare esistenze anteriori, la rinascita e la migrazione delle anime, e ciò nell'intento di strappare alla morte il suo significato di soppressione della vita. È assai curioso che le nostre Sacre Scritture non abbiano preso in considerazione il bisogno che ha l'essere umano di garantire la propria sopravvivenza. Al contrario, da qualche parte è scritto: «Solo i vivi lodano Dio». Suppongo, ma certamente voi ne saprete più di me in proposito, che la religione popolare ebraica, e la letteratura collegata alle

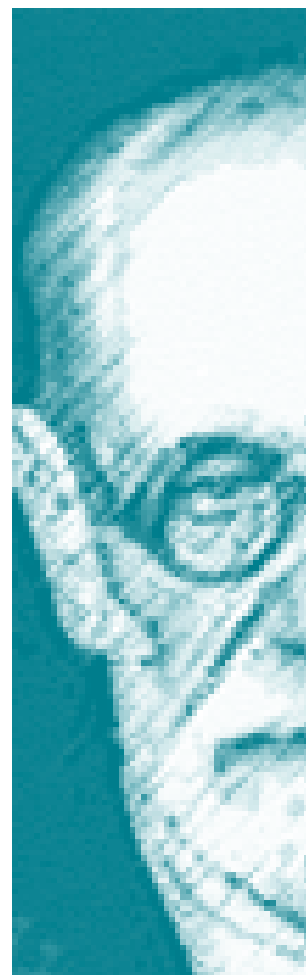
Sacre Scritture, abbiano preso un'altra posizione sulla dottrina dell'immortalità. Vorrei anche inserire questo aspetto tra i fattori che hanno impedito alla religione ebraica di sostituire le altre religioni antiche al momento della loro decadenza.

Davanti al cadavere della persona amata non solo emersero la dottrina dell'anima e la credenza dell'immortalità, ma anche il senso di colpa, la paura della morte e i primi comandamenti etici. Il senso di colpa derivava dal contrastante sentimento [zwielspältigen gefühl] nei confronti del defunto, la paura della morte e l'identificazione con lui. Quest'ultima era, da un punto di vista logico, un'incongruenza, perché l'incredulità sulla propria morte non era stata ancora abbandonata. Ma noi, uomini moderni, non siamo molto più progrediti nella risoluzione della contraddizione. Il più antico comandamento etico, ancora oggi il più importante, annunciava "non uccidere". Era stato acquisito con i morti amati e si estese progressivamente ai non amati, agli estranei e infine anche ai nemici.

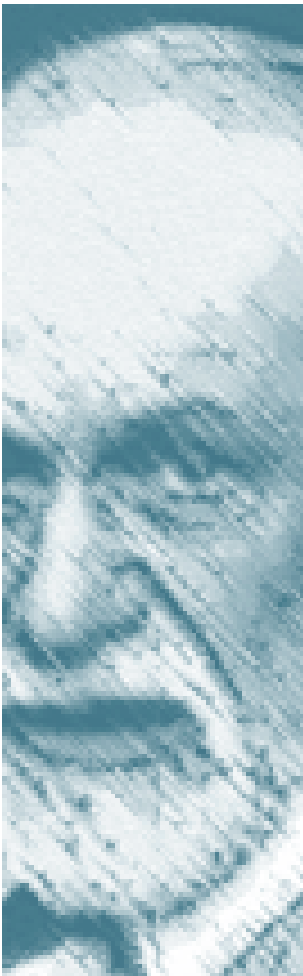
Vorrei a questo punto mettervi al corrente di un fatto strano. L'uomo delle origini è in un certo senso ben definito; egli è rappresentato dal selvaggio primitivo che gli è più vicino. Sarete propensi a supporre che il selvaggio primitivo, l'Australiaiano, il Fuegino, il Boscimane ecc. sia un impenitente assassino. Ma vi sbagliate, il selvaggio è a questo proposito più sensibile del civilizzato, per lo meno finché non abbia subito l'influenza della civilizzazione. Dopo l'auspicabile fine della guerra mondiale che in queste ore si sta scatenando, ogni soldato tedesco vittorioso ritornerà a casa, si precipiterà da sua moglie e dai suoi bambini, senza essere per nulla disturbato dal ricordo dei nemici uccisi in combattimento ravvicinato o con armi a lunga gittata. Ma il selvaggio che ritorna vincitore dal sentiero di guerra non ha il diritto né di entrare nel villaggio, né di vedere la moglie prima di avere espiato, con penitenze spesso lunghe e penose, i suoi omicidi in guerra. Mi ribatterete: «sì, il selvaggio è ancora superstizioso, teme lo spirito di vendetta delle vittime». Ma lo spirito dei nemici uccisi non è nient'altro che l'espressione della cattiva coscienza relativa al crimine cruento.

Consentitemi di soffermarmi ancora un momento sul più antico comandamento etico, "non uccidere". La sua primordialità come la sua persistenza ci permettono di trarre un'importante conclusione. Si è sostenuto che un orrore istintivo per lo spargimento di sangue sia profondamente radicato in noi. Alcune anime pie lo credono senz'altro. È certamente facile dimostrare questa affermazione. Abbiamo in effetti eccellenti esempi di un tale orrore istintivo, ereditario. Permettetevi di portarvi in una delle nostre belle stazioni termali del sud. Vi si trovano vigne con superbi grappoli. Nelle vigne si possono anche incontrare serpenti, serpenti neri e grossi, animali del resto inoffensivi, chiamati serpenti di Esculapio. Troviamo anche cartelli di divieto. Su uno leggiamo: «è formalmente vietato a coloro che si sottopongono alle cure di mettere in bocca la testa o la punta della coda del serpente di Esculapio». Mi direte: «Divieto del tutto insensato e superfluo. Non verrebbe in mente a nessuno di farlo». Avete ragione. Ma ci sono anche altri avvisi che proibiscono di cogliere l'uva. Proibizione che ci sembrerà più giustificata. No, non lasciamoci indurre in errore. Non abbiamo nessun istintivo orrore per lo spargimento di sangue. Siamo i discendenti di una schiatta infinitamente lunga di generazioni di assassini. Abbiamo la passione dell'omicidio [mordlust] nel sangue e forse presto la scopriremo anche altrove.

Lasciamo ora l'uomo delle origini e rivolgiamoci alla nostra vita psichica. Forse sapete che disponiamo di un metodo di indagine che ci permette di scoprire ciò che avviene, nascosto alla coscienza, negli strati profondi dell'anima; una specie di psicologia sottomarina quindi. Il nostro quesito sarà: come si comporta l'inconscio in rapporto al problema della morte? Appare allora ciò che rifiuterete di credere, pur non essendo più per voi nuovo in quanto l'ho appena descritto. Il nostro inconscio assume davanti alla morte la stessa posizione dell'uomo della Preistoria. A questo proposito, come per molti altri, l'uomo delle origini sopravvive in noi immutato. Dunque il nostro inconscio non crede alla morte personale. È costretto a comportarsi come se fosse immortale. Forse sta proprio qui il segreto dell'eroismo. La spiegazione razionale dell'eroismo si fonda certamente sul giudizio secondo il quale la vita personale non può avere lo stesso valore di alcuni beni universali e astratti. Ma



Il nostro inconscio non crede alla morte personale. È costretto a comportarsi come se fosse immortale



È una vera fortuna che i desideri cattivi non possiedano alcun potere. Altrimenti la specie umana si sarebbe da tempo estinta, i più saggi e i migliori tra gli uomini, le più belle e graziose tra le donne non esisterebbero più

secondo me l'eroismo impulsivo o istintivo si incontra con maggiore frequenza in colui che si comporta come se la celebre esclamazione dello spaccapietre di Anzengruber: «Non può accaderti niente» contenesse una garanzia un eroismo che consiste semplicemente nel fidarsi della credenza dell'inconscio nell'immortalità. L'angoscia di morte di cui soffriamo più di quanto non crediamo, è il contrario illogico di questa rassicurazione. Non è del resto così originaria e il più delle volte deriva dal senso di colpa.

Per altro verso riconosciamo la morte data agli estranei e ai nemici e la infliggiamo come faceva l'uomo delle origini. Con la sola differenza che non la provochiamo realmente, la pensiamo soltanto e la desideriamo [*wünschen*]. Ma se ammettete questa cosiddetta realtà psichica, siete in diritto di affermare: nell'inconscio siamo tutti, ancora oggi, una banda di assassini. Ogni giorno e in ogni momento eliminiamo nei nostri segreti pensieri tutto ciò che ci sbarrava il cammino, che ci ha offeso o nuociuto. «Che il diavolo se lo porti», l'inconscio prende sul serio l'esclamazione eufemistica che così spesso ci viene alle labbra e che in realtà significa: «che la morte se lo porti». Per di più il nostro inconscio uccide anche per questioni futili, come l'antica legislazione ateniese di Dracone che conosceva solo la morte come punizione per i reati. Ciò non manca di logica. Ogni danno infatti arrecato al nostro io onnipotente e autocratico è in fondo un *crimen laesae majestatis*. È una vera fortuna che i desideri cattivi non possiedano alcun potere. Altrimenti la specie umana si sarebbe da tempo estinta, i più saggi e i migliori tra gli uomini, le più belle e graziose tra le donne non esisterebbero più. No, non lasciamoci ingannare su questo punto, siamo ancora e sempre gli assassini che sono stati i nostri antenati alle origini. Vi posso dire questo in tutta tranquillità perché so che ad ogni modo non ci crederete. Avete più fede nella vostra coscienza che respinge come calunniose tali possibilità. Ma non posso fare a meno di obiettare che ci sono stati poeti e pensatori che non sapevano niente di psicoanalisi e che hanno affermato qualcosa di simile. Un solo esempio: J. J. Rousseau in un certo passo delle sue opere interrompe la discussione per rivolgere al lettore una singolare domanda: «Supponete — dice — che esista Pechino — Pechino era all'epoca ancora più lontana di Parigi oggi — un mandarino la cui morte è suscettibile di apportarvi grandi vantaggi e che voi avete la possibilità di uccidere con un semplice atto di volontà senza lasciare Parigi e naturalmente senza lasciare la minima prova del misfatto. Siete sicuri che non lo fareste?». Io non dubito che molti dei cari fratelli si sentiranno in diritto di garantire che non lo farebbero. Ma, a ben considerare, non vorrei trovarmi al posto del mandarino. Credo che nessuna compagnia di assicurazione gli farebbe un'assicurazione sulla vita.

Posso anche presentarvi questa sgradevole verità sotto una formula che può perfino procurarvi piacere. So che tutti voi amate sentire raccontare dei motti di spirito e spero che non siate troppo interessati al problema della provenienza della soddisfazione che si sperimenta nell'ascoltarli. C'è un genere di motti di spirito definito cinico: non sono i peggiori o i meno graffianti. Posso rivelarvi che il loro segreto consiste nel travestire [*einkleiden*] una verità nascosta o smentita [*verleugnete*], che in sé e per sé sarebbe offensiva, in maniera tale che possa persino rallegrare l'ascoltarla. Grazie ad alcuni aggiustamenti formali, siete costretti a ridere, la vostra facoltà di giudizio è disarmata e la verità, che altrimenti non vi sarebbe sfuggita, vi è messa di fronte in modo fraudolento. Conoscete per esempio la storia dell'uomo al quale, pubblicamente, viene consegnata una partecipazione di morte, che egli mette in tasca senza leggere. «Non vorreste sapere chi è morto?», gli chiedono. «Perché — risponde — mi va bene così». O quella del marito che pensando alla propria moglie dice: «Se uno dei due muore io vado a stare a Parigi». Sono motti di spirito cinici e non sarebbero possibili se non dovessero comunicare una verità smentita. È noto che scherzando si può anche dire la verità.

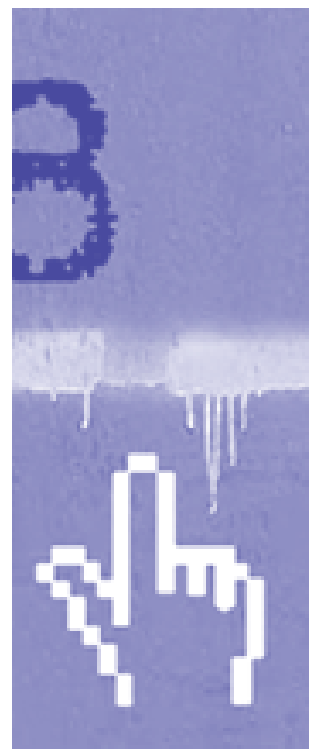
Miei cari fratelli! C'è un'altra puntuale corrispondenza tra l'uomo delle origini e il nostro inconscio. Per l'inconscio, come per l'uomo delle origini, le due correnti, quella che riconosce la morte come un annientamento e l'altra che la smentisce come irreale, si compenetrano ed entrano in conflitto. Come al tempo delle origini ciò accade al momento della morte di uno dei nostri cari, genitori, consorte, fratello

o sorella, figlio o amico prezioso. Da una parte gli esseri che ci sono cari sono un bene interiore, parti integranti del nostro io, ma dall'altra sono anche estranei, perfino nemici. Le nostre relazioni più tenere e più intime sono accompagnate, salvo rarissime situazioni, da frammenti di ostilità che attivano il nostro inconscio desiderio di morte. Tuttavia, dal conflitto tra le due correnti non risulta più la dottrina dell'anima e l'etica, ma la nevrosi, che ci dà, anch'essa, profonde intuizioni sulla vita psichica normale. La frequenza della sollecitudine eccessivamente tenera tra congiunti e gli autorimproveri totalmente ingiustificati a seguito dei decessi familiari ci hanno aperto gli occhi sull'estensione e il significato degli inconsci desideri di morte.

Non insisterò su questa parte del quadro. Probabilmente rabbrivireste, quantunque a torto. Ancora una volta la natura è stata più ingegnosa di noi. Non avremmo scoperto da soli il vantaggio che c'è ad accoppiare così l'amore e l'odio. Ma la natura, lavorando con la coppia di opposti, ci incita continuamente a vigilare e a ravvivare l'amore al fine di proteggerlo dall'odio in agguato. È giusto dire che dobbiamo i più bei frutti della nostra vita amorosa alla reazione contro la passione dell'omicidio il cui pungolo sentiamo nel petto.

Riassumiamo: proprio come l'uomo delle origini, l'inconscio è inaccessibile alla rappresentazione della morte personale, è avido di distruzione [*mordlustig*] nei confronti dell'estraneo e diviso [*zwielspiiltig*] (ambivalente) nei confronti della persona amata. Ma, oh! quanto la nostra concezione culturale opposta alla morte ci ha allontanati da quello stato originale [*urzustand*]!

E ora esaminiamo ancora una volta ciò che la guerra fa di noi. Ci spoglia dei sedimenti culturali recenti e lascia riapparire l'uomo delle origini. Di nuovo ci costringe a essere degli eroi che rifiutano di credere alla propria morte, ci indica gli estranei come nemici di cui dobbiamo provocare o desiderare la morte e ci consiglia di passare oltre la morte delle persone amate. In tal modo rende insostenibili le nostre convinzioni culturali relative alla morte. Ma non possiamo sbarazzarci della guerra. Fin quando le differenze delle condizioni di esistenza e le reazioni di rigetto dei popoli saranno così grandi, ci saranno necessariamente guerre. Si pone quindi la domanda: non dobbiamo essere coloro i quali credono e si adattano alla guerra? Non dobbiamo riconoscere che con le nostre concezioni culturali sulla morte abbiamo psicologicamente vissuto al di sopra dei nostri mezzi e dobbiamo invece tornare indietro e confessare la verità? Non sarebbe meglio dare alla morte il posto che le compete nella realtà e nei nostri pensieri e mettere più in evidenza l'inconscio concetto della morte che finora tanto accuratamente abbiamo represso? Non posso esortarvi come se si trattasse di una grande prodezza, dato che è invece più una retrocessione, una regressione. Ma sicuramente questo contribuirà a renderci la vita più sopportabile — sopportare la vita è proprio il primo dovere di tutti i viventi. A scuola avevamo inteso l'antico adagio politico dei latini: «*si vis pacem, para bellum*». Se vuoi la pace, prepara la guerra. Potremmo modificarlo per le nostre attuali necessità: «*Si vis vitam, para mortem*». Se vuoi sopportare la vita, preparati alla morte.



È giusto dire che dobbiamo i più bei frutti della nostra vita amorosa alla reazione contro la passione dell'omicidio il cui pungolo sentiamo nel petto

We and Death

Like primitive man, the unconscious rejects the representation of personal death, eager to kill the alien and ambivalent towards the loved person. So many people do not even want to bear about death. War, however, removes mans recent cultural feelings and brings out primitive man; it compels us to be heroes who refuse to believe in the reality of death and categorizes the alien as enemy whose death we must desire or even cause and advises us to overcome the loss of the loved ones . Would it not be preferable to give death the place it is entitled to in reality and our thoughts and accept the unconscious concept of death which we have so far carefully repressed? To put the Latin saying in other words: if you want to endure life prepare for death.

I disturbi post-traumatici da stress. Fattori di rischio, aspetti diagnostici e trattamento con l'EMDR

ISABEL FERNANDEZ *

In seguito a un evento traumatico (critico) il cervello potrebbe immagazzinare una parte delle intense emozioni che scaturiscono al momento del trauma per elaborarle in un secondo momento, quando lo stato di sopravvivenza è recuperato e lo shock superato. Questi eventi critici possono dar seguito ad un Disturbo Post traumatico da Stress (PTSD). L'autrice espone l'EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) come metodo per risolvere questi disturbi. L'EMDR agisce ad un livello neuropsicologico ed è basato sulla stimolazione alternata dei due emisferi attuata nel momento in cui il paziente sta richiamando l'esperienza traumatica. Le ricerche sperimentali hanno convalidato l'efficacia del trattamento, che viene ora utilizzato in molte istituzioni nell'area della psicologia dell'emergenza

«La vita di una persona consiste in un insieme di avvenimenti, di cui l'ultimo potrebbe anche cambiare il senso di tutto l'insieme».

Italo Calvino

Molte delle esperienze a cui andiamo incontro nel corso della nostra vita possono avere dei livelli elevati di stress, fino a costituire dei veri e propri traumi. Considerando che lo stress è una risposta alla percezione di una minaccia, di una sfida o di un cambiamento, che implica uno stato di eccitazione fisica (*arousal*) e psicologica, lo stress traumatico è tra i peggiori di stress che una persona possa affrontare, perché gli eventi critici (dovuti ad incidenti e/o disastri sia naturali che provocati per mano dell'uomo) sono eventi improvvisi ed inaspettati, che sconvolgono la nostra sensazione di controllo, implicano la percezione di una minaccia e possono comportare perdite fisiche o emotive. Le reazioni emotive che caratterizzano un evento traumatico in genere si presentano come una sensazione sconvolgente di vulnerabilità, di impotenza o di perdita di controllo, unito ad emozioni di intensa paura e/o dolore. Una violenza subita da bambini, la morte di un coniuge o di un figlio, un incidente d'auto, la perdita del lavoro, un divorzio, un'aggressione sessuale, sono tutti esempi di eventi noti come causa di emozioni sconvolgenti ed intense.

Gli eventi traumatici o critici (*critical incident*) sono stati definiti da Jeff Mitchell (1996) come qualunque situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito. Le fasi del trauma che il soggetto attraversa sono varie, vanno dall'iniziale **reazione di allarme**, allo **shock** o **disorganizzazione mentale**, all'**impatto emotivo** che colpisce entro un paio di giorni dall'evento. L'intensità delle reazioni tende a crescere e a calare successivamente nel tempo, con un picco durante le prime settimane, seguito da una riduzione graduale. La fase di **coping** inizia quando l'individuo cerca di affrontare, comprendere, rielaborare l'impatto emotivo dell'evento, chiedendosi e riflettendo sulle cause, su «cosa sarebbe successo se...», su cosa fare eventualmente per affrontare lo stesso evento in futuro e sulle sue capacità di farlo. Poi entra nella fase di **accettazione** e **risoluzione** fino ad arrivare ad **imparare a convivere** con esso.

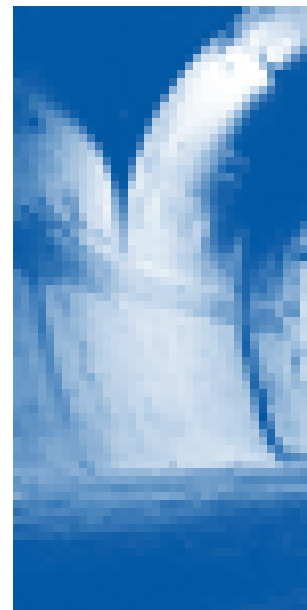
Dato che le persone in queste situazioni non possono sentire tutte le emozioni in contemporanea, data la loro intensità, il cervello potrebbe immagazzinare una parte di queste per elaborarle in un secondo momento, cioè quando lo stato di sopravvivenza verrà recuperato e si emergerà dallo shock dell'evento. Secondo Francine Shapiro (1995) questa elaborazione successiva a volte non avviene come dovrebbe e l'informazione rimane racchiusa in una rete neurale con le stesse emozioni, convinzioni, sensazioni fisiche che esistevano al momento dell'esperienza originale. Secondo Siegel (2001), un alto livello di stress legato ad un evento può provocare un blocco delle funzioni mnemoniche. Quindi, quando un'esperienza traumatica non viene integrata attraverso i canali normali della memoria, il ricordo rimane nello stato originale, "aspettando sulla soglia" sollecitato in modo disfunzionale dai vari stimoli che somigliano all'evento. Questo potrebbe essere il motivo per cui si sperimentano involontariamente sensazioni legate al trauma (*flashbacks*, incubi, associazioni con volti, luoghi ad esso collegati, che portano a sviluppare comportamenti di evitamento di cose e luoghi che possano ricordare l'evento). Tutto questo è dovuto al fatto che tutte le immagini, suoni e sensazioni legate al momento originale sono immagazzinate nello stesso modo in cui sono state sperimentate ed è per questo che alcune vengono costantemente ri-sperimentate a livello psicologico. Questo fattore nel tempo si generalizza e provoca sintomi di ansia, depressione o il disturbo post-traumatico da stress vero e proprio, con la sintomatologia tipica di intrusioni, evitamento, ipereccitazione.

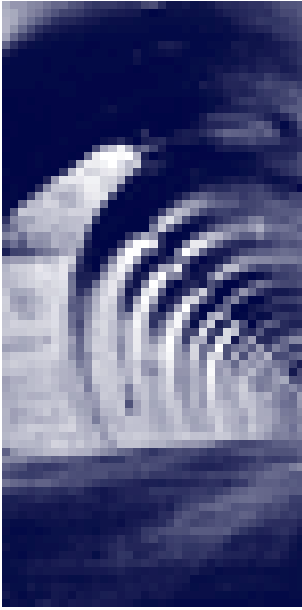
I sintomi del Disturbo Post traumatico da Stress (PTSD) seguono un evento traumatico che è generalmente al di fuori dell'esperienza umana consueta (DSM IV). L'individuo tende a rivivere l'esperienza traumatica attraverso ricordi, sogni e incubi e immagini e sensazioni intrusive. Durante e dopo l'evento traumatico possono essere presenti alcuni sintomi dissociativi: sensazione soggettiva di insensibilità; distacco o assenza di reattività emozionale; riduzione di consapevolezza dell'ambiente; derealizzazione; depersonalizzazione e amnesia dissociativa. Un'altra caratteristica patognomica è l'evitamento di quegli stimoli che possano evocare il ricordo, attraverso la somiglianza o degli aspetti in comune. L'individuo presenta ipervigilanza, difficoltà di concentrazione o compromissione della memoria, disturbi del sonno ed elevato *arousal*. In genere il disagio può portare a diversi livelli di compromissione del funzionamento dell'individuo e della reattività.

Ci sono vari sottotipi del PTSD: *acuto* (insorgenza dei sintomi entro i sei mesi dal trauma), *cronico* (durata dei sintomi di sei mesi o più) o *ritardato* (insorgenza dei sintomi almeno sei mesi dopo il trauma).

Ciò nonostante, quello che per una persona è un evento critico, potrebbe non esserlo per altri. In genere solo una piccola minoranza di vittime di trauma sviluppa gravi difficoltà o rientra in una diagnosi di seri disturbi emotivi (Davidson & Baum, 1994). Yehuda (1993) ritiene che la percentuale di soggetti che sviluppano disturbi di questo tipo sia tra il 25% ed il 33%. È impossibile prevedere chi soffrirà di PTSD in una certa situazione, è però noto che alcuni fattori che avvengono prima, in concomitanza o successivamente all'evento possono contribuire all'insorgenza di questo

Quando un'esperienza traumatica non viene integrata attraverso i canali normali della memoria, il ricordo rimane nello stato originale, "aspettando sulla soglia" sollecitato in modo disfunzionale dai vari stimoli che somigliano all'evento





È impossibile prevedere chi soffrirà di PTSD in una certa situazione. È però noto che alcuni fattori che avvengono prima, in concomitanza o dopo l'evento possono contribuire all'insorgenza di questo disturbo

disturbo. Tra questi troviamo l'identificazione personale con l'evento, ossia la vicinanza psicologica che il soggetto può percepire.

L'imprevedibilità dell'evento, che si presenta senza alcun livello di preavviso e la gravità ed intensità dell'evento (grado di esposizione e vicinanza fisica) sono altri aspetti chiave nello sviluppo del disturbo. È noto che alcuni eventi vengono vissuti in modo particolarmente traumatico quando riattivano precedenti traumi che hanno degli elementi comuni (lo stesso luogo, la stessa emozione, ecc.). Soprattutto il fatto che la persona può avere subito un'esposizione cronica ad eventi traumatici o che può avere un livello di stress attuale nella propria vita (per esempio se sta divorziando, se ha perso il lavoro o se ha un lavoro particolarmente stressante). Il fatto di aver avuto la possibilità di reagire o di mettere in atto delle risorse al momento dell'evento o subito dopo sono altri fattori importanti. In genere, queste risorse vengono impiegate in modo spontaneo, ma è difficile che il soggetto identifichi, riconosca e si rassicuri per il fatto che ha agito in modo adeguato, facendo del suo meglio e addirittura richiamando delle risorse efficaci. Questo è dovuto al fatto che si tende a sentirsi responsabili di quello che accade, le persone si prendono responsabilità irrazionali per gli eventi e si colpevolizzano per i risultati che sono ovviamente fuori dal loro controllo. La responsabilità e l'autocolpevolizzazione diventano così dei fattori centrali dopo una tragedia. Un forte senso di colpa, depressione, bassa autostima e sensazione di inadeguatezza sono il risultato di queste convinzioni.

È importante che l'aiuto e sostegno da parte di familiari, amici e colleghi sia percepito come tale e che ci sia la possibilità di comunicare con le persone care, perché questo può influire sulla risposta.

L'EMDR per il trattamento del PTSD

Negli ultimi anni è stato strutturato un nuovo metodo terapeutico per il Disturbo Post Traumatico da Stress: l'EMDR, acronimo per *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari). L'EMDR si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze passate e disturbi attuali. È un metodo per il trattamento del trauma che potrebbe agire a livello neurofisiologico perché si basa sulla stimolazione emisferica alternata degli emisferi cerebrali, mentre il paziente si focalizza sulle componenti dell'esperienza traumatica. È noto che i due emisferi cerebrali hanno funzioni diverse e complementari a livello psicologico: l'emisfero sinistro ha un punto di vista più positivo, più analitico, permette di guardare avanti e di progettare. L'emisfero destro tende ad essere più olistico ed è sempre in uno stato di all'erta per l'individuazione di pericoli. Endel Tulvig e collaboratori (1994) hanno lavorato sul modello di asimmetria degli emisferi cerebrali nei processi di registrazione e richiamo dei ricordi. Secondo questo modello la corteccia frontale sinistra sarebbe coinvolta nella registrazione dei ricordi di eventi e la corteccia frontale destra nel richiamo di questi ricordi. Quindi, la stimolazione in modo alternato dei due lati, che avviene durante l'EMDR, potrebbe stimolare simultaneamente la rete positiva del destro mentre vengono evocati i contenuti negativi ed ansiogeni del sinistro, e questo porterebbe ad elaborare l'informazione legata all'esperienza traumatica, perché agirebbe sui meccanismi inerenti l'immagazzinamento della memoria.

L'EMDR ha come riferimento teorico il modello di *elaborazione adattiva dell'informazione* che si basa sul concetto che alcuni disturbi mentali siano il risultato di informazione mantenuta in modo non funzionale nel sistema nervoso dovuto ad una elaborazione incompleta dell'esperienza. Il sistema di elaborazione dell'informazione è innato, il disturbo post-traumatico da stress si svilupperebbe quando questo sistema si blocca e l'evento traumatico rimane isolato dal resto della rete neurale. Il trauma provoca una ipereccitazione di un punto specifico del cervello e determina

una patologia dell'organizzazione delle informazioni contenute nelle reti neurali. Per questo motivo i ricordi traumatici che troviamo alla base del disturbo post-traumatico da stress sono tenaci e perseveranti e sembrano non modificabili. In genere, in ambito terapeutico osserviamo che sono resistenti alla ristrutturazione cognitiva e che non vengono assimilati nella rete di altre memorie dell'individuo. Per esempio, l'informazione terapeutica non riesce a collegarsi dato che i *feedback* e gli interventi del terapeuta con informazioni positive o più adattive "girano" nella propria rete.

Infatti, vediamo che il paziente è capace di richiamare solo ricordi negativi anche quando sono stati sperimentati degli eventi positivi, manifestando il meccanismo molto noto dell'attenzione selettiva. Questo potrebbe essere causato dal fatto che l'informazione negativa è mantenuta in modo non funzionale in una forma eccitatoria e come conseguenza viene stimolata più facilmente di altre informazioni.

Nell'approccio dell'EMDR quando parliamo di informazioni legate ad un evento traumatico ci riferiamo in realtà a quattro aspetti dell'esperienza traumatica: l'immagine o l'aspetto peggiore dell'esperienza, gli aspetti cognitivi, le emozioni e le sensazioni fisiche.

L'immagine riguarda l'aspetto peggiore dell'evento o la parte più disturbante. Per esempio in una paziente con cui abbiamo lavorato per una situazione di lutto non elaborato, dopo 15 anni l'immagine era il momento in cui le annunciavano che il padre aveva un mese di vita. Attraverso l'immagine si stabilisce il collegamento tra la consapevolezza ed il luogo in cui l'informazione è immagazzinata nel cervello. Si accede al ricordo vero e proprio. **Le cognizioni negative** sono le credenze, *beliefs* o la valutazione di sé davanti all'immagine: cosa si dice su se stesso quando richiama l'immagine. La cognizione dà significato all'emozione; in genere si tratta di pensieri irrazionali. Alcuni esempi: «io sono impotente», «io sono debole» o «non sono all'altezza».

La cognizione positiva invece indica la direzione in cui andrà la risoluzione adattiva e cioè le cognizioni come: «io posso gestire la situazione», «io vado bene come persona», «io valgo». Sono legate alla ristrutturazione cognitiva che dovrebbe avvenire una volta rielaborato il trauma.

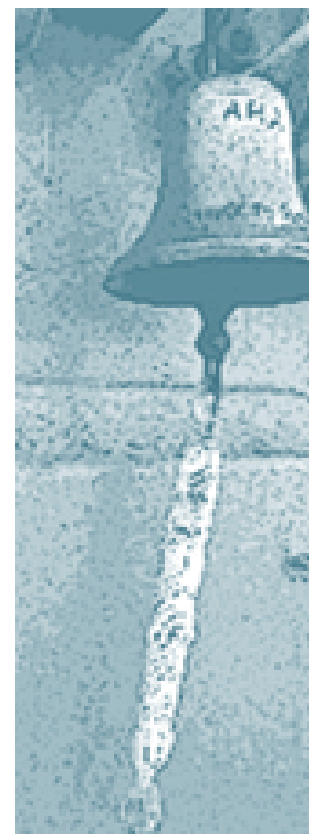
Le emozioni in realtà riguardano il disagio che il paziente prova focalizzandosi sull'immagine e sulla cognizione negativa, cioè le sensazioni di tristezza, angoscia, impotenza. L'ultimo aspetto sono le **sensazioni fisiche** che prova il paziente, legate alle emozioni. Abbiamo anche due scale, la VOC per misurare la validità della cognizione positiva e la scala SUD (Unità di Disturbo Soggettivo, tratta da Wolpe) per misurare i livelli del disturbo legato al ricordo dell'evento traumatico.

La ricerca sull'EMDR

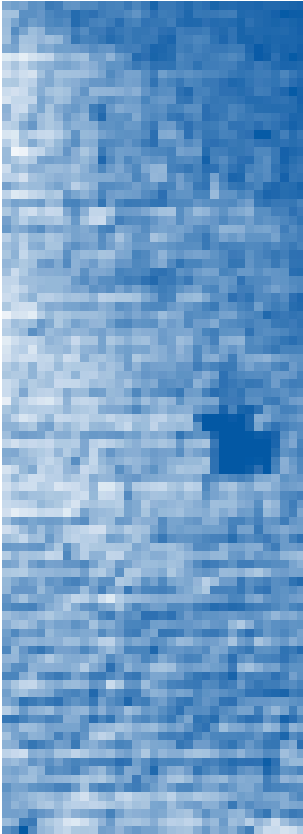
Le ricerche sperimentali e le valutazioni sulla sua efficacia hanno concluso che l'EMDR è uno strumento valido e specifico per il trattamento del PTSD.

Nel 1995 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'*American Psychological Association* ha iniziato un progetto per definire fino a che grado tutti i metodi terapeutici erano supportati da evidenze empiriche solide e per determinarne il grado di efficacia. I risultati di questo studio hanno dichiarato l'EMDR un trattamento validato empiricamente e probabilmente efficace nel trattamento del PTSD. La stessa valutazione l'hanno avuta la esposizione (*flooding*) e la terapia di *stress inoculation*. Queste due tecniche comportamentali e l'EMDR sono state le uniche terapie supportate empiricamente da ricerca controllata per il PTSD. Le valutazioni sono state basate su vari lavori, tra cui 14 studi controllati, facendo dell'EMDR il metodo che ha avuto più accurata ricerca scientifica di tutti quelli fatti nel campo del trauma. I 5 studi controllati più recenti su vittime di traumi singoli, indicano che dopo 3 sedute l'84%-90% dei soggetti non rientra più nei criteri diagnostici del PTSD. Tutti gli studi hanno usato misure psicometriche standard e valutatori indipendenti. I risultati si mantenevano al *follow-up* di 15 mesi (Wilson e Tinker, 1997).

Inoltre, l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS) ha recentemente



Quando parliamo di informazioni legate ad un evento traumatico ci riferiamo in realtà a quattro aspetti dell'esperienza traumatica: l'immagine o l'aspetto peggiore dell'esperienza, gli aspetti cognitivi, le emozioni e le sensazioni fisiche



Si è ipotizzato che durante una seduta di EMDR probabilmente quello che avviene è una comunicazione e un'integrazione delle funzioni corticali superiori con le strutture limbiche, cioè del talamo, l'amigdala, l'ippocampo

valutato l'EMDR efficace per i PTSD con una classificazione A/B (Shalev, Foa, Keane & Friedman, 2000). La classificazione A è stata assegnata sulla base di una revisione di 7 studi random controllati con risultati statisticamente significativi, su vari gruppi, compresi i bambini. Questi studi hanno mostrato che l'EMDR è più efficace per i disturbi Post Traumatici da stress della lista di attesa, del gruppo trattato con trattamenti di routine e dei gruppi di controllo con trattamenti attivi. La classificazione B indica che sono necessari ulteriori studi, che impieghino controlli più estesi, mirati ai limiti degli studi finora condotti, e che confrontino l'EMDR con altre terapie focalizzate sui PTSD. Questi studi sono stati completati e si ritiene che, a questo punto, l'EMDR potrebbe ricevere il più alto livello di riconoscimento della sua efficacia. Le linee guida dell'ISTSS indicano che l'EMDR è supportato da una ricerca maggiore di quasi tutte le altre terapie per i PTSD.

Oltre alle ricerche menzionate l'efficacia dell'EMDR è stata documentata con studi con strumentazione PET condotti presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Harvard da Bessel van der Kolk. Egli ha riscontrato cambiamenti neurologici nei soggetti affetti da PTSD in seguito ad una seduta con l'EMDR. Scansioni pre-post-trattamento indicano che il miglioramento si riflette in una aumentata attivazione del cingolato anteriore e della corteccia pre-frontale destra.

Si è ipotizzato che durante una seduta di EMDR ciò che probabilmente avviene è una comunicazione e una integrazione delle funzioni corticali superiori con le strutture limbiche, cioè del talamo, l'amigdala, l'ippocampo. Questo agisce correggendo la lateralità emisferica e permette al cervello di mantenere un funzionamento interemisferico equilibrato, che si traduce nell'avere una prospettiva costruttiva sugli eventi.

Questo potrebbe significare che l'elaborazione con l'EMDR, permette alle funzioni superiori del cervello di superare gradualmente l'input delle strutture limbiche, caricate con la valutazione iniziale del livello di minaccia posto dagli stimoli in arrivo, che è quello che non è adattivo nel disturbo post traumatico da stress perché nell'uomo il fatto di permettere a ricordi passati, che rimangono impressi con una carica emotiva elevata, di condizionare la nostra funzionalità ed i nostri rapporti attuali, è disadattivo.

Infatti, nel 1994, Nicosia notò che l'esame per mezzo dell'analisi qualitativa dell'elettroencefalografia di pazienti trattati con l'EMDR, mostrava una normalizzazione dell'attività delle onde cerebrali lente nei due emisferi corticali. Egli ritiene che l'EMDR risincronizzi l'attività dei due emisferi attraverso la stimolazione alternata ripetitiva.

L'EMDR sembra correggere la marcata asimmetria nella lateralizzazione, dimostrata dall'aumento dell'attivazione dell'area di Broca, che facilita una differenziazione più realistica tra pericoli veri e non veri.

Dalle osservazioni cliniche di migliaia di sedute di EMDR, si evince che questo metodo attiva e mette in moto un sistema di filtraggio che consente di contestualizzare, mettendo nella giusta prospettiva gli eventi, discriminando i pericoli reali.

Gli effetti terapeutici di un trattamento con EMDR

Dopo le varie fasi di una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico hanno un'alterazione. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento. L'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, le cognizioni del paziente diventano più adatte dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono in intensità.

Il caso di Adriana (19 anni) è un esempio dell'inserimento dell'EMDR in un programma terapeutico. La paziente presentava un PTSD ed è entrata in terapia un anno dopo essere stata vittima di una rapina nel negozio dove lavorava. Una sera, un uomo entrò nel

negozio e, puntandole una pistola davanti agli occhi, le ordinò di consegnargli tutto l'incasso e i suoi effetti personali (orologio, cellulare, ecc.). La vicinanza della pistola e il tono con cui parlava il ladro le ha fatto pensare "sto per morire". Dopo qualche settimana comparvero i primi sintomi: disturbi del sonno (difficoltà a addormentarsi e risvegli frequenti), paura del buio, necessità di dormire con la luce accesa e incubi durante i quali veniva attaccata o rapinata. Adriana viveva in un costante stato di allarme e di paura che qualcosa potesse succedere a se stessa e ai suoi cari. Questo non le permetteva di rilassarsi mai, né di sentirsi al sicuro. Tre mesi dopo la rapina, ha cominciò ad evitare di uscire e si è licenziò dal lavoro, arrivando a sviluppare un disturbo associato di agorafobia. A questo punto Adriana lamentava sintomi neurovegetativi, come sensazione di non riuscire a respirare, tensione alle gambe, dolore al petto. Questi aspetti la portavano a essere sempre preoccupata per il suo stato di salute, e a controllare se tutto era a posto. Nelle ultime settimane riferiva di essere giù di umore e di sentirsi depressa perché, nonostante fosse passato quasi un anno, non era cambiato nulla, e questo la portava a scoraggiarsi perché i suoi sforzi per non pensare e per migliorare erano vani. Adriana cercava il supporto di amici e parenti, ma i loro comportamenti e le loro risposte ai suoi timori erano di tipo razionale e logico (per es.: "Sai che in casa non può entrare nessun ladro, abbiamo messo l'antifurto, ecc.") e quindi poco efficaci nei tentativi di rassicurarla.



Il piano terapeutico di Adriana, dopo i colloqui diagnostici e anamnestici, di pianificazione dell'intervento e di costruzione dell'alleanza terapeutica, ha previsto sedute di EMDR sul ricordo dell'esperienza traumatica, e sedute rivolte a fornirle informazioni sull'ansia e su come gestirla dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale. Inoltre, le è stata insegnata una tecnica di rilassamento (il training autogeno). Una volta concordato il piano di intervento, si è iniziato a preparare la paziente all'applicazione dell'EMDR. Le è quindi stato spiegato il metodo, i suoi effetti e i meccanismi che soggiacciono ai ricordi traumatici. La prima seduta di EMDR ha avuto come target l'esperienza della rapina. L'immagine peggiore era quella del ladro che le puntava la pistola, la cognizione negativa era «sono impotente», quella positiva «posso gestire la situazione» e la validità della cognizione positiva era 1 (non sentiva vere queste parole). Quando le è stato chiesto di focalizzarsi sull'immagine e sulle parole «sono impotente», la paziente ha riferito di provare paura a un livello 9 (la scala SUD va da 0 a 10), e che questo disturbo era localizzato a livello dello stomaco.

Alla paziente è stato chiesto di concentrarsi sull'immagine, sulle parole «sono impotente», e sul punto in cui sentiva il disturbo emotivo, quindi si è dato inizio ai movimenti oculari. Di seguito vengono riportati alcuni passaggi della seduta di EMDR, che in genere dura 60' circa. Dopo un primo set di movimenti, la paziente ha riferito che le era venuta in mente la faccia del ladro, e che la sensazione della vicinanza della pistola si era fatta più forte. È stato iniziato un altro set di movimenti oculari, chiedendo alla paziente di concentrarsi su questi aspetti, dopo il quale ha detto di sentire un forte nodo alla gola (la sensazione di disturbo era salita dallo stomaco alla gola). Adriana ha spiegato che era lo stesso disturbo che provava ancora talvolta, quando aveva momenti di ansia. Dopo un ulteriore set di movimenti oculari, Adriana ha riferito di vedere l'immagine in modo più vago, meno nitida, ed è stata invitata a focalizzarsi su questo mentre le venivano somministrati altri movimenti oculari. A questo punto la paziente ha dichiarato di sentirsi più distaccata da quella situazione, e di vederla ormai soltanto come un evento che era successo. Dopo altri movimenti oculari su questo aspetto, le è venuto in mente che, in realtà, in quel momento lei aveva fatto quello che doveva fare, cioè consegnare tutto senza esitazione. Ha detto: «In quel momento di pericolo ho saputo cosa andava fatto, e in questo modo sono riuscita a difendermi». Aveva fatto quello che dipendeva da

Alla paziente è stato chiesto di concentrarsi sull'immagine, sulle parole "sono impotente", e sul punto in cui sentiva il disturbo emotivo, quindi si è dato inizio ai movimenti oculari...



Dopo un ulteriore set di movimenti oculari, Adriana ha riferito di vedere l'immagine in modo più vago, meno nitida...



lei, il resto dipendeva dal ladro, sul quale lei non aveva alcun controllo, né poteva prevederne le azioni, ma le azioni che dipendevano da lei erano state fatte, e questo le aveva consentito di proteggersi dal pericolo in una situazione estrema. A questo punto le è stato chiesto se sentiva del disturbo pensando a quella situazione. Adriana ha affermato di percepirne un po' (livello 2), legato al dispiacere per quanto era successo, e ha riferito una leggera sensazione di disturbo alla gola. Si è proceduto con i movimenti oculari, mentre lei si concentrava su questi aspetti del disturbo, fino ad arrivare a zero, cioè a nessun disagio. Quando la paziente ha dichiarato che, pensando alla situazione, non provava alcun livello di disturbo, le è stato chiesto se e quanto (su una scala da 1 a 7), sentisse vere le parole «posso gestire la situazione». Ha risposto di sentirle vere (a un livello 6), poiché, in realtà, aveva agito nel modo migliore, e questo le aveva permesso di evitare conseguenze peggiori. Questa convinzione è stata rafforzata con ulteriori movimenti oculari, fino a quando la paziente ha riferito di sentirla completamente vera. A questo punto le è stato chiesto di procedere a una scansione corporea, per identificare eventuali disturbi o tensioni mentre si concentrava sulla situazione target e sulle parole «posso gestire la situazione». Al termine della seduta le è stato spiegato che il processo di elaborazione avrebbe potuto continuare anche dopo la seduta, e quindi sarebbe stato opportuno tenere un diario, per poi riferire eventuali aspetti che potevano emergere.

Durante la seduta di rivalutazione successiva, Adriana ha riferito che il ricordo di quella situazione la disturbava ancora, perché pensava che, in realtà, si sarebbe potuta ripresentare, e che lei si sarebbe trovata di nuovo in balia di un'altra persona. Questo aspetto la disturbava a un livello 4 (da 0 a 10), con una sensazione fisica localizzata nello stomaco. Le è stato chiesto di concentrarsi su questo aspetto e sulla sensazione, e si è proceduto con i movimenti oculari fino a quando la paziente ha riferito di non provare più alcun disturbo. Una volta conclusa questa parte della desensibilizzazione, si è passati nuovamente a rafforzare l'affermazione «posso gestire la situazione». La paziente, infatti, ha riferito di potersi, in realtà, fidare delle proprie capacità di gestire la situazione, poiché aveva messo in atto comportamenti che le avevano permesso di sopravvivere. Dopo altri movimenti oculari, Adriana ha dichiarato di sentirsi al sicuro, perché convinta di avere le capacità di gestire situazioni di pericolo e di potersi fidare di queste sue capacità.

Questo aspetto è stato determinante per rassicurarla sulla sua auto-efficacia e sulle sue capacità di auto-protezione. Si può osservare che, all'inizio di questa seconda seduta, si era verificata una riattivazione della sensazione di disagio, nonostante la prima seduta si fosse conclusa con un buon risultato. Questa riattivazione era legata al pensiero di situazioni simili che si potevano verificare in futuro, e all'ansia anticipatoria che ne derivava.

Nella seduta successiva, si è proceduto a un'ulteriore rivalutazione dell'eventuale disturbo legato al ricordo dell'evento critico, e la paziente ha riferito che i risultati positivi si mantenevano, non riscontrava, cioè, nessun disturbo legato al ricordo dell'evento, e la sua convinzione sulle proprie possibilità di gestire la situazione era solida.

Adriana riferì di non aver sofferto di incubi da 2 settimane (prima si presentavano ogni 4/5 giorni), e che i suoi risvegli notturni si erano notevolmente ridotti. Inoltre, non pensava più in continuazione all'evento, come le accadeva prima, anzi, aveva cominciato a notare che, in alcuni giorni, non le veniva neanche più in mente (dal primo colloquio era emerso che le immagini dell'episodio risultavano molto intrusive e frequenti durante la giornata).

L'intervento terapeutico è continuato con la spiegazione dei meccanismi dell'ansia e dei suoi effetti, e le sono stati forniti alcuni strumenti cognitivi per gestirla. È continuata, inoltre, la formazione sul training autogeno (10 minuti al termine di ogni seduta per 6 sedute). Man mano che si procedeva con questa seconda fase della terapia, la paziente riferiva di avere di nuovo voglia di uscire, e di voler iniziare a

cercare un lavoro. Questi risultati erano legati anche alla prima fase della terapia, condotta con l'EMDR, in quanto riferiva di sentirsi al sicuro in situazioni nuove, e di poter fare affidamento sulle proprie capacità di gestire le emozioni. Questo le ha permesso di riprendere alcune attività fuori casa e, di conseguenza, i comportamenti di evitamento e di agorafobia sono rientrati, e i sintomi neurovegetativi di ansia si sono notevolmente ridotti, fino a poter essere gestiti senza difficoltà.

In genere, nei giorni o nelle settimane successive a una terapia con l'EMDR, si possono osservare continui miglioramenti spontanei nel paziente, senza particolari sforzi da parte sua o del terapeuta. Adriana, infatti, ha iniziato a prendere iniziative che prima erano vissute come ansiogene, e i sintomi sono rientrati spontaneamente. Tutto questo è stato consolidato nel suo caso durante la seconda parte di sedute dell'intervento, quando le sono stati forniti alcuni strumenti per gestire l'ansia. Complessivamente, l'intervento terapeutico su questo caso di PTSD, dal primo colloquio diagnostico fino al follow-up (a 1 mese, 3 mesi e 6 mesi), è durato 15 sedute, svolte con cadenza settimanale.

L'elaborazione dell'esperienza in sé con l'EMDR permette al paziente attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare le reazioni fisiche. Rimane la prospettiva articolata dell'adulto sull'evento passato, le emozioni non funzionali sono trasformate. Questo permette in ultima istanza di adottare comportamenti più adattivi. Dal punto di vista clinico e diagnostico dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento, percepiti come pericolo. Un cambiamento significativo è dato dal fatto che il paziente discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia. Si sente che veramente il ricordo della esperienza traumatica fa parte del passato e quindi viene vissuta in modo distaccato. I pazienti in genere riferiscono che lo vedono come un "ricordo lontano", non più disturbante o pregnante.

Dopo l'EMDR il paziente ricorda l'evento ma il contenuto è totalmente integrato in una prospettiva più adatta. L'esperienza è usata in modo costruttivo dall'individuo ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. Cioè il paziente realizza le connessioni di associazioni appropriate, quello che è utile è appreso ed immagazzinato con l'emozione corrispondente ed è disponibile per l'uso futuro.

Si è dimostrato ugualmente efficace nelle diverse culture. Infatti, è utilizzato attualmente da più di 35.000 terapeuti in 65 paesi ed è stato uno strumento terapeutico elettivo con persone vittime di eventi critici causati da disastri naturali o per la mano dell'uomo. Il FBI ha introdotto l'EMDR e lo ha inserito come trattamento standard per il suo personale, l'Unicef ha avviato dei programmi di assistenza basati sull'utilizzo dell'EMDR e molti enti governativi e privati in molti paesi lo hanno inserito tra gli strumenti di intervento con le vittime di esperienze traumatiche.

Dopo gli attentati del 11 settembre 2001, negli U.S.A. uno degli strumenti terapeutici utilizzati per trattare le vittime e i soccorritori è stato l'EMDR. Negli U.S.A., più di 500 terapeuti formati alla sua applicazione hanno lavorato come volontari per aiutare ad elaborare i ricordi traumatici che presentavano le persone coinvolte seppur a livelli diversi, a seconda della distanza psicologica e fisica a cui erano stati esposti durante gli attentati.

In Italia, la Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza ha organizzato un piano integrato di intervento per le vittime dell'esplosione del palazzo di via Ventotene (Roma, novembre 2001). Tale piano di intervento ha previsto tra i vari strumenti sedute individuali di EMDR per le persone che presentavano un livello maggiore di traumatizzazione e soprattutto dei sintomi intrusivi.



In genere, nei giorni o nelle settimane successive a una terapia con l'EMDR, si possono osservare continui miglioramenti spontanei nel paziente, senza particolari sforzi da parte sua o del terapeuta

Conclusioni

L'EMDR è una metodologia complessa ed il processo di elaborazione dell'informazione che avviene in una seduta è ben visibile ed evidente. Neurologicamente, i movimenti oculari ed altri tipi di stimolazione bilaterale sembrano produrre una stimolazione bilaterale ritmica alternata degli emisferi cerebrali che faciliterebbe l'integrazione dell'attività neocorticale e dell'amigdala e quella delle funzioni corticali superiori. Questo potrebbe significare che l'EMDR può essere il primo strumento clinico che si interfaccia direttamente con l'amigdala e con le altre strutture limbiche.

L'EMDR sembra correggere la lateralità emisferica e permettere al cervello di mantenere il proprio funzionamento interemisferico equilibrato.

Il contributo dell'EMDR in un contesto terapeutico potrebbe essere di tipo neurofisiologico, dato che facilita l'accesso e la rielaborazione delle informazioni legate al ricordo di quelle esperienze traumatiche che rimangono immagazzinate in modo disfunzionale nelle reti mnesiche e che sono legate all'insorgenza e allo sviluppo dei disturbi psicologici e che caratterizzano in particolare il PTSD.

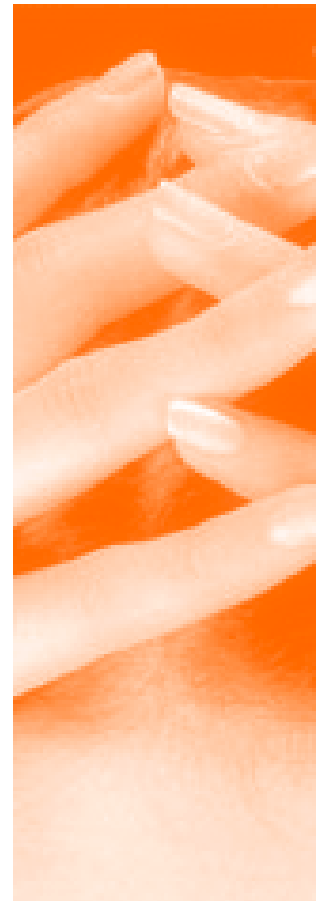
* Centro Ricerca e Studi in Psicotraumatologia, Milano.



BIBLIOGRAFIA

- Allen J.G. e Lewis L., *A conceptual framework for treating traumatic memories and its application to EMDR*, Bulletin of the Menninger Clinic, n.60, pag.238-263.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth ed. Washington, D.C.: A.P.A. Press. Edizione italiana: *DSM IV^o manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (1995), Masson, Milano.
- Bohl N. (1988), *Effect of psychological interventions after critical incident on anger, anxiety and depression. A dissertation presented to the faculty of the California Graduate Institute*, Los Angeles, California.
- Boudewyns P.A., Hyer L.A., Peralme L., Touze J., Kiel A. (1994), *Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related PTSD: An early look*, Presented at the annual convention of the American Psychological Association, Los Angeles, California.
- Brown K.W., Mc Goldrick T. e Buchanan R. (1997), *Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing*, Behavioural & Cognitive Psychotherapy, n.25, pag.203-207.
- Cocco N. e Sharpe L. (1993), *An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder*, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, n.24, pag.373-377.
- Flannery R.B., Hanson M., Penk W., Flannery G. e Gallagher C. (1995), *The Assaulted Staff Action Program: an approach to coping with the aftermath of violence in the workplaces*, L. Murrphy, J. Hurrell, S. Sauter & G. Keita (Eds), *Job Stress Interventions*, Washington, D.C.: A.P.A. Press, pag. 199-212.
- Flannery R.B., Hanson M., Penk W. (1995), *The Assaulted Staff Action Program (A.S.A.P.): a statewide replication*, documento presentato alle conferenze di A.P.A./ N.I.O.S.H., Work, Stress and Health, 95, Washington, DC.
- Forbes D., Creamer M. e Rycroft P. (1994), *Eye movement desensitization and reprocessing in PTSD: A pilot study using assessment measures*, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, n.25, pag.113-120.
- Frigli L., Cuzzolaro M. (1991), *Reazioni umane alle catastrofi*, Gangemi editore.
- Genest M., Levine J., Ramsden V., Swanson R. (1990), *The impact of providing help: Emergency workers and cardiopulmonary resuscitation attempts*, Journal of Traumatic Stress, n.3, pag.305-315.
- Hanneman M.F. (1994), *Evaluation of Critical Incident Stress Debriefing as perceived by voluntary firefighters in Nova Scotia*, Ann Arbor, MI:UMI "Dissertation Services".
- Lanning J.K.S. (1987), *Post-trauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing, personal characteristic and social systems*, Dissertation Abstracts International, n.48 (10-B), pag.2922.
- Mitchell J.T. (1983), *When Disaster Strikes.... The Critical Incident Stress Debriefing*, JEMS, January, pag.36-39.
- Mitchell J.T. e Everly G. (1996), *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers*, Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation.
- Mitchell J.T. e Everly G.S. (1997), *Critical Incident Stress Management: a new era and standard of care in crisis intervention*, Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, MD.
- Monti M. (1999), *Lo stress acuto e cronico negli operatori di emergenza sanitaria*. Tesi di laurea.
- Potter D. e La Berteaux P. (1998), *Debriefing the debriefers: operational guidelines*, Life Net.
- Robinson R.C. (1994), *Developing psychological support programs in emergency services agencies.*, in R. Watts and D. De La Horne (Eds). *Coping with trauma: the Victim and the Helpe*, Brisbane QLD, Australian Accademic Press.
- Ravenscroft T. (1994), *Going Critical: GMB / Apex and T&G Unions 1994 survey of occupational stress factors in accident and emergency staff in the London Ambulance Service*, London: GMB /Apex/ and T&G Unions.

- Rogers O.W. (1993), *An examination of critical incident stress debriefing for emergency service providers: a quasi-experimental field study*, Ann Arbor, MI : UMI Dissertation Services.
- Scheck M.M., Schaeffer J.A. e Gillette C.S. (1998), Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing, *Journal of Traumatic Stress*, n.11, pag.25-44.
- Shapiro F. (2000), *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill Italia.
- Shapiro F. e Silk Forrest M. (1997), *EMDR – Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Shapiro F., Vogelmann-Sine S. e Sine L. (1994), *Eye Movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse*, *Journal of Psychoactive Drugs*, n.26, pag.379-391.
- Scheck M.M., Schaeffer J.A. e Gillette C.S. (1998), *Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing*, *Journal of Traumatic Stress*, n.11, pag.25-44.
- Siegel D. (2001), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Spector J. e Huthwaite M. (1993), *Eye- movement desensitization to overcome post-traumatic stress disorder*, *British Journal of Psychiatry*, n.163, pag.106-108.
- Wee D. (1996), *Research in Critical Incident Stress Management*, Part 3, *Did they changes?*, *Life Net*, n.7 (1).
- Wee D. (1996), *Research in Critical Incident Stress Management*, Part 3, *How effective is this?*, *Life Net*, n.7 (2), pag.4-5.
- Wee D.F., Mills D.M. e Koelher G. (1993), *Stress response of emergency medical services personnel following the Los Angeles civil disturbances*. In G. Koelher et al. *Medical Care for the injured: The emergency medical response to the April 1992 Los Angeles civil disturbances* (EMSA # 393-01), Sacramento, Emergency Medical Authority.
- Wernick U. (1993), *The role of the traumatic component in the eziology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure*, *Journal of Sex Education and Therapy*, n.19, pag.212-222.
- Wilson D., Silver S.M., Covi W. e Foster S. (1996), *Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates*, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, n.27, pag.219-229.
- Wilson S.A., Becker L.A. e Tinker R.H. (1997), *Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.65, pag.1047-1056.
- Wolpe J. e Abrams J. (1991), *Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, n.22, pag.39-43.



The Post-Traumatic Stress Disorder Factors of risk, diagnostic aspects and treatment with the EMDR

After a critical incident, our brain can store a part of the intense emotions which have rising in the traumatic moment and it tries to elaborate them in a second time, when the survival condition is attained and the shock's passed. This critical incident can give rise to some PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).

The author exposes the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) method to resolve these troubles. The EMDR acts at a neuropsychological level and is based on an alternate stimulation of the two hemispheres, while the patient is trying to recall the traumatic event. Researches have confirmed this method, now acting in more and more institution of the emergency area.

Il bambino malato e il non rispetto dei suoi diritti

GIANNI BIONDI

L' intervento medico e/o chirurgico sui bambini in ospedale è causa di sofferenza e spesso interviene sull'integrità fisica e sul processo evolutivo, ponendo così condizionamenti possibili per lo sviluppo psichico e relazionale. Gli interventi istituzionali tendono a costituire una rete di azioni coordinate da parte dei genitori, operatori sanitari, medici e psicologi per garantire ai bambini una serena continuità degli standard di vita nel gioco, nell'istruzione e nelle relazioni amicali. Diritto del bambino è di essere riconosciuto come persona anche nella partecipazione informata alle terapie messe in atto

Quanto indicato dalla Convenzione dei diritti dell'infanzia è disatteso da parte di molti paesi (e non solo da quelli che hanno maggiori problemi economici e sociali); l'infanzia ancor oggi è poco rispettata e continua a subire violenze fisiche, psicologiche, sociali.

La violenza e l'abuso verso l'infanzia presentano molte variegature sfaccettature: dalla violenza fisica a quella psicologica, dall'emarginazione sociale allo sfruttamento.

Vi sono state numerose definizioni di "abuso". Quanto indicato dal Consiglio d'Europa sembra essere, pur nella sua sinteticità, la più esaustiva, definendo l'abuso come «tutti quegli atti e carenze che possono turbare gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale, morale».

Alfredo Carlo Moro ha osservato come, in questi ultimi anni, si sia assistito a un progressivo aumento dell'attenzione dei media e dell'opinione pubblica verso l'abuso e la violenza sessuale nell'infanzia. «Il bambino che viene oggi ossessivamente preso in considerazione dall'opinione pubblica è sempre e solo quello sessualmente abusato, sadicamente maltrattato, drammaticamente abbandonato. Il bambino comune, con le sue ordinarie e spesso traumatiche difficoltà di crescita, con la sua sostanziale solitudine, è, di fatto, assente ed il messaggio che viene quotidianamente veicolato è che il bambino o è gravemente maltrattato da un mondo crudele o è, se ciò non avviene, sempre un bambino felice e senza problemi» (Moro, 1999). In questo lavoro si affronterà un tema poco trattato in letteratura poiché l'intervento medico in ospedale, proprio per le sue peculiarità, è costretto sovente ad agire sull'integrità fisica di un bambino; spesso alcuni interventi determinano rallentamenti nella crescita fisica intesa nella sua globalità, con possibili conseguenze per sviluppo psicologico e relazionale (Moro, 1999).

In questa realtà, è possibile che in un contesto di non rispetto dei bisogni principali del bambino malato ed ospedalizzato, al peso derivato dallo stato di malattia, si aggiunga quello originato da un comportamento degli adulti non attento ai suoi bisogni, necessità, diritti.

Tale non rispetto può determinare delle conseguenze che, pur difficilmente individuabili e valutabili, possono causare una profonda sofferenza per il bambino (Moro, 1999).

La malattia nell'infanzia

La malattia determina nell'uomo una condizione di profonda sofferenza e crisi. Biologia e psicologia concorrono alla sofferenza fisica, l'esperienza del limite e la realtà di essere divenuti "diversi" interrompono il normale percorso esistenziale, mettendo a dura prova il rapporto con se stessi, il proprio corpo, gli altri. Il ricovero in ospedale diviene una conferma diretta della complessità della condizione di malattia, allontana non solo da casa, ma anche dai propri affetti, amicizie, interessi, alterando il senso stesso del tempo, che si modifica seguendo regole e ritmi molto diversi da quelli abituali (Biondi G., Valenzi C., 1984).

L'ospedalizzazione del bambino assume significati emotivi intensi con possibili conseguenze che possono perdurare nel tempo anche una volta tornati a casa (McPhilips H, Gallaher M, Koepsell T., 2001).

A secondo dell'età, il bambino può essere in grado di percepire, intuire, comprendere cosa gli stia accadendo anche in relazione al modo con il quale gli adulti (genitori, medici, infermieri) lo aiutano a collocarsi all'interno del percorso terapeutico (Daviss WB, Mooney D, Racusin R, Ford JD, Fleischer A, McHugo GJ., 2000). La condizione di malattia è, per sua natura, una condizione che pone in situazione di dipendenza e fragilità fisica e psicologica; e soprattutto nei bambini. Lo stesso contesto sociale nel quale si vive, modifica il proprio atteggiamento nei confronti del bambino malato, alternando modalità d'avvicinamento o protezione, a processi d'allontanamento, negazione e, in qualche caso, emarginazione più o meno mascherata.

La relazione con la malattia si modifica sia con l'esperienza sia con la capacità del bambino di adattarsi e di elaborare la sua condizione di sofferenza, all'interno di un processo di crescita che è in continua evoluzione.

L'adattamento del bambino alla malattia e all'ospedalizzazione pretende un approccio articolato e complesso proprio per le numerose variabili che intervengono, integrandosi, sovrapponendosi, confondendosi tra loro (Biondi G., 1985).

Le variabili più significative sono quelle collegate a:

- a. *natura della malattia* (acuta, cronica, presenza di dolore, autonomia limitata...);
- b. *dinamiche familiari* (capacità di rassicurazione, qualità della comunicazione di coppia ed intrafamiliare...);
- c. *personalità* (carattere, esperienze personali, storia di malattia...);
- d. *struttura ospedale* (organizzazione, accoglienza, regole...).

L'intervento istituzionale

La separazione del diritto dell'infanzia da quello degli adulti (1923, Società delle nazioni) è tra i primi atti internazionali in cui l'infanzia viene osservata nella sua specificità. Da allora, specialmente in Occidente, vi è stato un impulso sempre più forte verso una sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla condizione dei minori, individuando tutti i comportamenti lesivi del diritto del bambino.

La sintesi di quanto indicato nella Convenzione ONU del 1989 può essere rappresentata da tre "P": il diritto alla *previdenza* (istruzione, salute...), il diritto alla *protezione* (abuso, violenze, lavoro...), il diritto alla *partecipazione* (l'espressione delle proprie idee...).

Intorno alla fine degli anni '70 vi fu una forte sensibilizzazione dell'opinione pubblica verso un'umanizzazione dell'ospedalizzazione, in particolare di quella pediatrica.

È proprio di quegli anni che l'Ospedale Pediatrico del Bambino Gesù istituì il Servizio Psicosociale. Il Servizio ha avuto ed ha tra i suoi principali obiettivi quello di



La relazione con la malattia si modifica sia con l'esperienza sia con la capacità del bambino di adattarsi e d'elaborare la sua condizione di sofferenza, all'interno di un processo di crescita che è in continua modificazione ed evoluzione



L'andamento cronologico delle leggi e delle norme emanate dalle Regioni al fine di favorire una migliore qualità del ricovero del bambino in ospedale evidenzia come, in una primissima fase, esse abbiano posto la loro attenzione all'estensione della permanenza di un genitore accanto al bambino

favorire un approccio sempre più rispettoso dei bisogni dei bambini ricoverati (umanizzazione), attraverso una fattiva collaborazione con la Direzione Sanitaria ed i diversi Reparti. (Ascani E., Biondi G., Lauri A., Mignani S., 1984; Calzolari A., Turchetta A., 1990; Biondi G., 1996).

Tra i primi obiettivi: organizzare la permanenza del genitore accanto al bambino, realizzare attività ludiche svolte da personale specializzato, un sempre più organico inserimento della scuola in ospedale (Biondi G., 1988, 1989).

L'andamento cronologico delle leggi e delle norme emanate dalle Regioni al fine di favorire una migliore qualità del ricovero del bambino in ospedale evidenzia come, in una primissima fase, esse abbiano posto la loro attenzione all'estensione della permanenza di un genitore accanto al bambino nell'intero arco delle 24 ore.

Ad essa seguirono norme che, negli anni, indirizzarono l'attenzione (essendo ormai condivisa, a livello nazionale, la presenza del genitore accanto al bambino) verso la ricerca di risposte più adeguate ai diversi e variegati bisogni del bambino ospedalizzato e della sua famiglia.

Ci si rese sempre più conto di quanto fosse importante l'organizzazione di una struttura complessa qual è l'ospedale, con una maggiore attenzione al miglioramento della qualità della degenza e degli interventi diagnostico-terapeutici, in modo da essere sempre più rispettosi delle esigenze affettive, cognitive ed espressive del bambino, in considerazione delle sue diverse fasi evolutive.

Si è così giunti al *Piano d'Azione e d'interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001*, dove sono indicate alcune linee guida.

Se a livello legislativo si è potuto osservare un notevole sforzo nell'indicare norme e raccomandazioni finalizzate a migliorare la qualità dell'assistenza del bambino ricoverato in ospedale, vi sono fondati dubbi e perplessità su una loro applicazione da parte delle istituzioni sanitarie interessate. È proprio il mancato o carente rispetto di tali norme che può favorire situazioni e condizioni di rischio per lo sviluppo del bambino che possono tramutarsi in forme, non facili da individuare, di negligenza o di vero e proprio danno, con gravi conseguenze (Nortvedt L, Kase BF., 1997, 2000).

La Legge Regionale del Friuli e Venezia-Giulia è una delle ultime leggi regionali in materia, con un'articolazione che è sembrata essere più complessa e precisa rispetto alle altre leggi regionali. Citiamo alcuni dei suoi articoli come base per una comune osservazione e riflessione su quanto vi sia ancora da fare.

Diritto all'assistenza globale

Art.2: Il bambino ha diritto ad essere assistito in modo globale. (Il personale opererà integrandosi in sintonia con le altre strutture sanitarie, educative e sociali competenti, esistenti nel territorio).

La globalità dell'intervento specialmente nella malattia cronica infantile appare ancora un processo che mostra notevoli difficoltà nella sua realizzazione.

Le difficoltà di comunicazione che, a volte, sono presenti tra i componenti dello staff di un Reparto (medici v/s medici, medici v/s infermieri, infermieri v/s infermieri) possono generare condizioni di grande confusione nei genitori e nei bambini, con difficoltà ad avere fiducia negli stessi trattamenti proposti, immersi quando non coinvolti, loro malgrado, in dinamiche più o meno larvamente conflittuali (Biondi G., 1994).

Anche quando l'intervento compiuto in ospedale è corretto, esso può agire concretamente sul miglioramento della qualità dell'assistenza. Una buona qualità di vita, infatti, per un bambino malato cronico può realizzarsi solo attraverso una reale e fattiva collaborazione tra l'ospedale, il pediatra di famiglia, i servizi territoriali a diverso titolo competenti. Una mancata collaborazione determina notevoli danni acuendo la sensazione di solitudine del bambino e della sua famiglia, limitando le occasioni e possibilità di relazione e gli stimoli necessari per un suo adeguato processo di sviluppo (Calzolari A., Baronci C., Biondi G., Donfrancesco A., Franti I., Miano C., Pucci S., Ragonese P., Turchetta A., 1985).

La mancata collaborazione, specialmente con i pediatri di famiglia, ha aumentato, da un lato, la richiesta di controlli e di ricoveri ospedalieri non sempre necessari, rischiando, dall'altro, ricoveri attuati con ritardo con conseguente aggravamento delle condizioni cliniche.

Il diritto di essere bambino-persona

Art. 4: *Il bambino ha diritto al rispetto della propria identità. (Tutto il personale ha il dovere di identificare il bambino con il suo nome...).*

Art. 5: *Il bambino ha diritto al rispetto della propria privacy. (...Una particolare attenzione sarà dedicata alle esigenze degli adolescenti).*

Ancora oggi si presta poca attenzione da parte di molti operatori sanitari alla necessità del bambino (anche neonato) di vedersi riconosciuto come persona. Il senso d'identità dei bambini è molto fragile proprio perché in evoluzione e maturazione; esso diviene ancor più fragile a causa dello stato di malattia. L'insicurezza e la scarsa fiducia nelle proprie possibilità che si osservano in molti bambini che sono stati ospedalizzati non sempre è legata alla condizione patologica. La loro storia di malattia e la qualità delle relazioni spesso divengono un pesante bagaglio per il loro sviluppo.

Un aspetto poco trattato riguarda l'appartenenza religiosa dei bambini ricoverati. La presenza di un sostegno religioso che possa rispondere all'esigenze dei genitori e dei bambini ricoverati in ospedale si è evidenziata come importante, specialmente se si inserisce all'interno dei diversi interventi assistenziali.

La nuova realtà sociale rappresentata dalla presenza di bambini ricoverati con fedi diverse dalla religione cattolica, pone l'esigenza che le istituzioni ospedaliere riescano a fornire, anche a questi bambini, l'opportunità di poter avere un proprio referente religioso. Tale possibilità consentirebbe di ritrovare nella propria fede, non solo un necessario ed importante conforto spirituale, ma anche quell'aggancio culturale che rinforza il proprio senso d'identità, d'appartenenza e di resilienza (Biondi G. (Ed.), 2000).

Non meno importante appare una conoscenza da parte degli operatori sanitari delle diverse fasi di sviluppo nell'infanzia. L'adolescenza, per esempio, rappresenta un momento delicato dello sviluppo della persona. La percezione del corpo assume un valore particolare: la malattia sovente mette in discussione tale valore, lo umilia. È importante che si conoscano delle strategie relazionali che consentano non solo il rispetto ma anche l'accoglienza di certi comportamenti che spesso sono solo una forma per comunicare un disagio. La mancata accoglienza può favorire comportamenti oppositivi, con un abbassamento del livello di *compliance* con conseguenze anche gravi per l'andamento e per l'efficacia terapeutica del trattamento. In questi casi è corretto colpevolizzare l'adolescente e la famiglia evitando di valutare il comportamento dello staff curante e di quanto sia stato capace di comprendere e rispondere a certe richieste?

E, trattandosi spesso di malati cronici con una lunga e sofferta storia di malattia, si è data voce sufficiente alla loro richiesta di essere informati, non difendendosi dietro il pretesto dell'età?

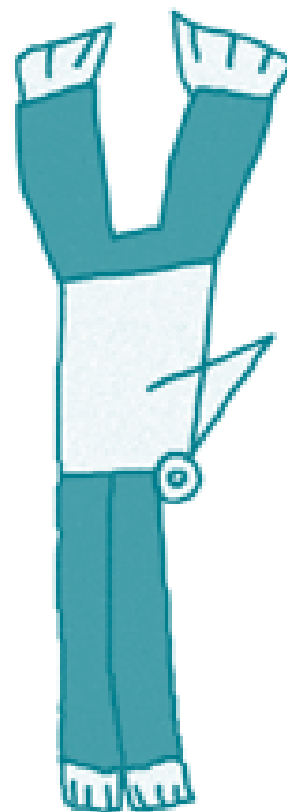
Il diritto del bambino a partecipare

Art. 8: *Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo d'espressione del consenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguardano.*

Art.10: *Il bambino ha diritto di manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza. Ha diritto ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi*

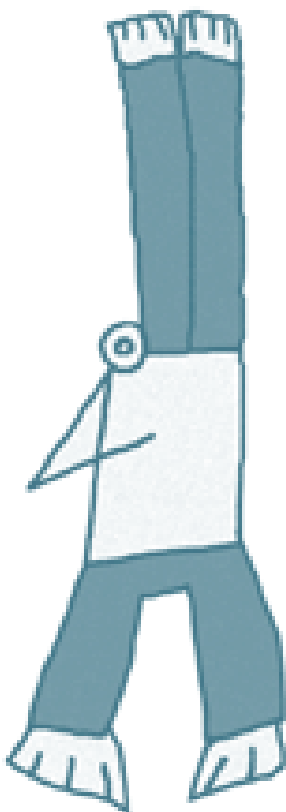
La partecipazione del bambino verso un consenso informato andrà sempre ricercata soprattutto attraverso l'aiuto dei genitori.

Proprio in virtù di quanto in precedenza accennato, il bambino può non essere in possesso di strumenti adeguati per comprendere appieno un'informazione, ma è anche vero che la sua partecipazione all'itinerario clinico-chirurgico appare indispensabile se si vuole una sua collaborazione motivata e che eviti interventi costrittivi.



La nuova realtà sociale rappresentata dalla presenza di bambini ricoverati con fedi diverse dalla religione cattolica, pone l'esigenza che le istituzioni ospedaliere riescano a fornire, anche a questi bambini, l'opportunità di poter avere un proprio referente religioso

La partecipazione del bambino all'itinerario clinico-chirurgico appare indispensabile se si vuole una sua collaborazione motivata e che eviti interventi costrittivi



Per anni si è data scarsa importanza al dolore del bambino, spesso dando un significato di "capriccio" alla sofferenza segnalata dal bambino e tendendo a "rinviare" ad un'età sempre più matura l'informazione del bambino. Anche in diversi ospedali europei si tende a coinvolgere nel consenso e soprattutto nell'informazione, anche i bambini al di sotto dei 14 anni (AA.VV., 1998).

Grazie all'impegno di alcuni medici che si sono dedicati con professionalità e sensibilità al specifico tema del trattamento del dolore, anche nella pediatria si stanno compiendo notevoli progressi. Non meno importante appare fornire un supporto ai genitori per "favorire la comprensione ed il contenimento del dolore dei propri figli".¹

La necessaria mediazione dell'adulto tende, non di rado, a nascondere piuttosto che a informare: si osserva spesso nell'adulto (familiare ma anche medico o infermiere) un meccanismo di proiezione della propria paura che blocca la relazione e favorisce la negazione e l'occultamento dell'informazione (Staccioli G., 1997).

Può così accadere che si preferisca utilizzare il silenzio e la negazione come possibilità di nascondere e di nascondersi, privando il bambino di comunicare i suoi vissuti più profondi. Nelle situazioni clinicamente più complesse si è, a volte, costretti a richiedere l'assenso dei genitori per l'attuazione di terapie sperimentali.

«Ancor oggi, l'aspetto terapeutico e la ricerca ed essa connessa, risentono di una modalità d'approccio che considera il bambino, ma anche l'adolescente, incapaci di relazionarsi ed affrontare la malattia» (AA.VV., 1994).

«Il bambino è costretto a dover affrontare gli effetti delle sue paure ed emozioni che la negazione degli adulti coprono, senza avere uno spazio per poterle rappresentare, manifestare, dare loro un confine che, per quanto fragile, può ridurre il senso d'insicurezza, consentendo una migliore attivazione del personale processo di elaborazione della sua condizione di malato...L'esperienza ha dimostrato come non sia semplice valutare la relazione tra i diritti e la fragilità dei bambini e degli adolescenti di fronte alla proposta di un trattamento sperimentale. Vi è la profonda difficoltà di ricercare un equilibrio tra il rispetto per il bambino-persona e la decisione che verrà presa all'interno di una competenza clinica» (Biondi G., 2001).

Nonostante i numerosi studi, i pareri sul consenso informato in pediatria appaiono però ancora molto divergenti (Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica con l'infanzia*, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 22 gennaio 1994, pag. 57; Ceccarelli E., Gamba A., 1996).

Nascono dunque quesiti cui occorrerà rispondere con chiarezza, quali:

- da quale età può essere consentito al bambino di poter partecipare alla decisione?;
- è eticamente corretto non sentire il suo parere?;
- è eticamente corretto chiedere un consenso avendo fornito informazioni carenti, spesso tendenti ad influenzare la decisione?;
- il parere dei genitori sino a che punto rischia di essere solo consultivo?

Diritto all'informazione e alla preparazione

Art.7: Il bambino ha diritto ad essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo ed alla sua maturazione. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni del bambino devono essere prese in considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione.

L'ingresso in ospedale è spesso per i bambini traumatico, con molti aspetti che risultano sconosciuti e quindi ancora più carichi di paure. L'arrivo per ragioni d'urgenza o per un ricovero elettivo pongono il bambino in due situazioni diverse ma entrambe difficili: nel primo caso lo sconosciuto accompagnato dall'ansia dei genitori, dalla rapidità dei tempi non consente di capire e tutto diviene incontrollabile, aumentando il timore «per ciò che mi dovranno, potranno fare». Nel secondo caso la ritualità del ricovero, pur rassicurando poiché molte cose sono oramai conosciute, non riduce l'ansia per le diverse terapie, esami che si dovranno effettuare e che comporteranno dolore ed incertezze (Caviezel-Hidber D., 2000).

Gran parte delle leggi regionali ribadiscono la necessità che il medico informi in modo esauriente i genitori; ma sono poche le leggi che fanno preciso riferimento al compito del medico di informare il bambino.

L'informazione del bambino e la preparazione agli interventi chirurgici o comunque invasivi, appare ancora un argomento piuttosto dibattuto sia tra i genitori sia tra il personale sanitario. Tale dibattito è sempre più vivo anche sul piano bioetico.

La paura e la sofferenza rappresentano esperienze della vita, naturali e fondanti, che se elaborate adeguatamente possono addirittura promuovere una crescita psicologica, aumentando la sicurezza, l'autonomia e l'indipendenza del bambino.

Frequentemente, gli adulti, (genitori ed operatori), dimentichi di questa realtà, ritengono di dover e poter eliminare le esperienze difficili utilizzando strategie di "accantonamento": non informando i bambini, fingendo e nascondendo "il pericolo" dietro realtà fittizie e illusorie che, alla prima difficoltà, svaniranno dando spazio allo sconforto ed alla sfiducia negli adulti. Per queste ragioni, l'ospedalizzazione può determinare una profonda frattura nella vita relazionale, affettiva e cognitiva dei bambini. Può essere messa in discussione la stessa fiducia sia verso i genitori che verso il personale sanitario.

L'esperienza maturata in questi anni, in cui si sono informati i bambini affetti anche da malattie complesse e gravi, ha confermato quanto sia importante guadagnarsi la fiducia di un bambino, consentirgli di sapere che può confidare le sue paure e che si cercherà di rispondere alle domande nel modo più adeguato all'età (Biondi G., De Ranieri C., Tabarini P., 1990; Biondi G., Mignani S., Parisi F. and Marcelletti C., 1991).

Numerosi lavori hanno confermato i positivi effetti di una preparazione psicologica dei bambini al fine di evitare condizioni di stress se non di trauma derivato da un intervento invasivo a cui non si è stati preparati (Shiff, 2001; Kolk, 2002; Steisand, 2000; Palomba, 1999; Kain, 1998). Quando questo avviene abbiamo un bambino terrorizzato, l'imprevedibile diviene attesa ansiosa, la non comprensione della ragione di certe manovre determina comportamenti reattivi, oppositivi sino alla disperazione: egli vive l'intervento terapeutico come un'aggressione; in alcune fasi evolutive come la punizione per una sua disubbidienza, «perché è stato cattivo».

I genitori hanno bisogno di essere sostenuti in questa particolare e difficile fase. Una chiara e continua informazione accompagnata da un sostegno psicologico può consentire una maggiore capacità psicologica per rispondere alle domande del figlio, riuscendo a gestire il proprio dolore e preoccupazione.

Diritto al gioco in ospedale

Art. 7: Il personale si impegna ad instaurare con il bambino e la sua famiglia una relazione improntata sul rispetto e sulla collaborazione. Lo spazio per l'ascolto, i tempi, le modalità e gli strumenti comunicativi più idonei andranno sempre ricercati. Si utilizzerà un linguaggio quanto più vicino a quello del bambino ricorrendo anche al gioco, alle narrazioni, ai disegni, alle immagini.

Pur essendo universalmente riconosciuta l'importanza del gioco per lo sviluppo del bambino, gli adulti preferiscono offrire al bambino giochi strutturati o semi strutturati a quello spontaneo; per quest'ultimo i tempi a disposizione sembrano divenire sempre più limitati.

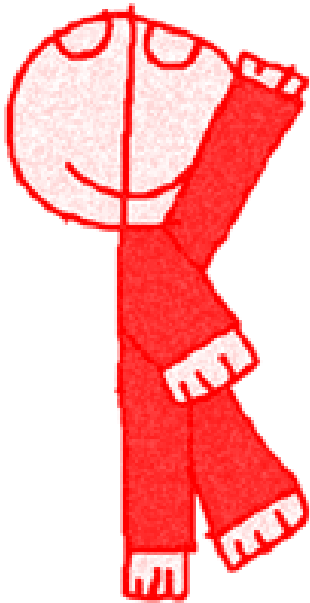
In un ambiente complesso e delicato come è un reparto ospedaliero tale possibilità è spesso molto limitata quando non assente. Eppure il gioco, la drammatizzazione ludica, la narrazione, il disegno sono strumenti importanti per consentire ai bambini di poter elaborare una condizione di disagio e difficoltà non sempre compresa pienamente e spesso mal spiegata quanto non negata dagli stessi adulti: genitori, personale sanitario (Biondi G., 1985).

Non mancano anche in questo caso leggi e raccomandazioni che invitano gli organi competenti a mettere in atto tutti quegli strumenti (spazi per il gioco, personale, giochi) per consentire al bambino malato e ricoverato di poter giocare.

Il riconoscimento all'importanza del gioco in ospedale risale all'inizio degli anni



*Frequentemente
gli adulti,
(genitori e
operatori)
ritengono di
dover e poter
eliminare le
esperienze
difficili
utilizzando
"strategie di
accantonamento"*



La carenza di occasioni di gioco può accentuare comportamenti di chiusura dei bambini malati. L'impossibilità di poter elaborare efficacemente le esperienze associate alla malattia non consente un reale adattamento e superamento dell'evento critico

ottanta, ma il gioco è entrato in modo sistematico solo da pochi anni negli ospedali, anche attraverso la sensibilizzazione delle associazioni di volontariato, delle famiglie, di alcune organizzazioni di tutela dei minori.

L'esperienza condotta nell'Ospedale Bambino Gesù, dove da più di vent'anni viene svolta un'attività ludica nei reparti e nei laboratori di animazione, ha confermato come siano necessarie delle figure professionalmente preparate che possano animare i bambini. Il ricovero in ospedale prevede tempi lunghi d'inattività e per i genitori, spesso preoccupati, non è facile animare un bambino malato. Egli desidera dai genitori la rassicurazione affettiva, dagli assistenti ludici persone capaci di interessarlo con proposte nuove, adeguate alla sua condizione.

La carenza di occasioni di gioco può accentuare comportamenti di chiusura dei bambini malati. L'impossibilità di poter elaborare efficacemente le esperienze associate alla malattia non consente un reale adattamento e superamento dell'evento critico. Gli effetti di una carente risposta al bisogno di gioco dei bambini difficilmente possono essere osservate dal personale ospedaliero. Normalmente, una volta dimesso, difficilmente si hanno notizie del suo sviluppo.

L'attuale applicazione di linee guida nella malattie croniche consente, attraverso i regolari *follow-up* clinici, di valutare anche il livello di sviluppo psicosociale dei bambini. I dati che emergono da alcune ricerche evidenziano che i bambini che hanno avuto maggiori possibilità di giocare e di avere un'ambiente ospedaliero attento alle loro istanze, manifestano minori difficoltà di adattamento alla condizione di malattia: difficoltà scolastiche, di relazione con i coetanei, insicurezza (Favara-Scacco, 2001; Saywitz, 1996).

Il diritto allo studio

L'inserimento della scuola nell'ospedale pediatrico ha avuto una storia complessa: si sono dovuti affrontare e risolvere diversi problemi, connessi all'introduzione di una proposta culturale ed assistenziale che determinava comunque un cambiamento.

La scuola non svolge solo un ruolo fondamentale per l'attuazione del diritto allo studio ma, soprattutto, rappresenta una condizione che, oltre a mantenere un legame di continuità con la realtà esterna, consente al bambino di trasferire, per alcuni intervalli di tempo, l'attenzione dal contesto ricovero-ospedale-cure a quello didattico che viene realizzato da insegnanti specializzati e particolarmente sensibili alle necessità dei bambini malati.

La scuola, per poter operare validamente nell'ospedale, ha dovuto superare non pochi ostacoli relativi soprattutto alla difficoltà di far comprendere il proprio ruolo all'interno di una struttura complessa, con dinamiche operative, con modalità di comunicazione, tempi lontani dalla realtà della normale classe scolastica. Tutto ciò faceva da sfondo ad un bambino ed una famiglia "diversi" perché posti quotidianamente a confronto con la sofferenza, le paure, l'incertezze.

Tra i problemi che inizialmente si sono evidenziati come più frequenti e complessi possono essere indicati:

- a. il riconoscimento da parte dei genitori che il momento didattico era estremamente importante per lo sviluppo e l'adattamento dei loro figli;
- b. il riconoscimento da parte del personale d'assistenza dell'importanza della scuola e della collaborazione con gli insegnanti;
- c. l'individuazione di un intervento che, pur tenendo conto delle diverse, spesso complesse e delicate condizioni cliniche, consentisse di svolgere un programma didattico.
- d. divenire un punto di riferimento pedagogico-educativo per i genitori.

Si è avuto modo di verificare che la collaborazione tra insegnanti, il personale infermieristico ed i servizi di psicologia ha consentito una migliore espressione e conoscenza delle paure e delle ansie legate alla malattia ed alla degenza, favorendo l'attuazione di interventi preventivi o d'intervento precoce (in collaborazione con i genitori) mirati a comprendere e definire gli eventuali disagi psicologici, spesso non chiaramente espressi dai bambini, ma che possono determinare conseguenze importanti sul livello di fiducia nelle proprie capacità, aumento del senso del limite e della diversità.

Nel *Piano d'Azione e d'interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001* si fa preciso riferimento al punto 4 dove viene ritenuta *necessaria* la collaborazione del personale medico alla formazione ed all'aggiornamento dei docenti ospedalieri in ordine alle conoscenze mediche e psicologiche utili all'attività didattica.

I diritti del bambino ospedalizzato e la formazione degli operatori sanitari

Difficilmente si possono raggiungere degli obiettivi importanti nell'attuazione di interventi a tutela e rispetto dei diritti dei bambini senza una sensibilità, un'informazione, una formazione.

C'è il rischio concreto di credere che il semplice buon senso possa supplire alle carenze osservate e che si continuano ad osservare. Si dimentica che il buon senso, pur importante in alcune occasioni, è estremamente condizionato, influenzato dalle sovrastrutture culturali che, spesso, mascherano pregiudizi e prevenzioni.

Non di rado, nell'organizzazione dei corsi di formazione sembra trasparire più un desiderio di obbedire ad un obbligo dettato dalle normative che ad una reale volontà di organizzare un'opportunità culturale tale da far crescere chi vi partecipa.

È una crescita che richiede adeguati strumenti teorici e pratici, riducendo il rischio di un esagerato uso del processo di auto-formazione che, attuato da alcuni operatori, si realizza attraverso l'analisi dei propri errori che, per inesperienza e solitudine, si sono compiuti.

Non a caso, ancor oggi, vi è una prevalenza di lezioni teoriche che, pur se ben svolte dai docenti, prevedono lezioni di tipo frontale, con rare occasioni di poter verificare, attraverso lavori di gruppo, laboratori, le teorie indicate.

L'esperienza ha evidenziato come siano ancora rari dei corsi d'aggiornamento interdisciplinari che consentano il conseguimento di più obiettivi quali:

- a. una reciproca conoscenza delle diverse epistemologie culturali ed operative;
- b. una migliore collaborazione interdisciplinare;
- c. l'individuazione di progetti-obiettivo finalizzati a migliorare l'assistenza ai minori ospedalizzati;
- d. l'individuazione di criteri di verifica e valutazione interdisciplinare. (Biondi G., Tabarini P., Miano C., Rosati D., 1990).

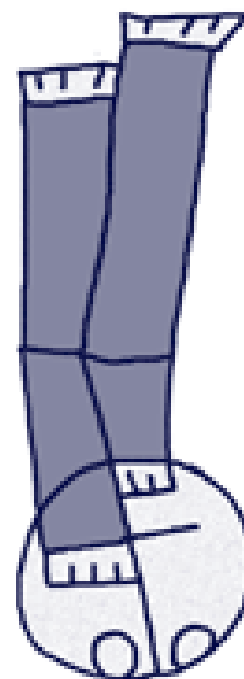
Conclusione

Il rispetto dei diritti dei bambini, al di là delle raccomandazioni nazionali ed internazionali, prevede un reale, individuale impegno del mondo degli adulti. I minori restano ancora oggi un soggetto politico e sociale la cui definizione appare, nei fatti, molto più complessa di quanto si possa credere. Come scrive Luigi Fadiga: «...la popolazione minorile è l'unica fascia sociale priva di rappresentanza politica (...) non in grado di influire sulle scelte economiche e sulle politiche sociali che la riguardano» (Fadiga L., 2000).

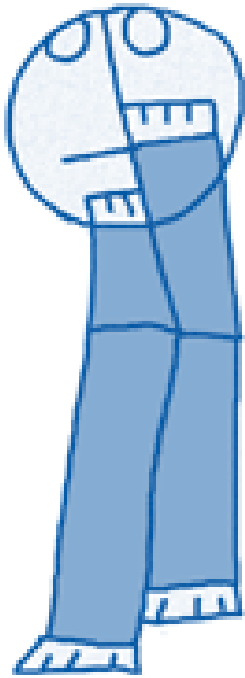
In ospedale il bambino ha bisogno non solo di essere accolto, ma anche di essere ascoltato, accompagnato lungo il suo percorso di bambino che è malato, che soffre, che ha paura.

Ascoltare ed accompagnare un bambino vuol dire mettere in discussione primariamente le nostre difficoltà a comunicare tra adulti e con i bambini. La comunicazione con i bambini è un processo che risulta molto complesso e delicato poiché, al di là dell'utilizzo di particolari tecniche, richiede un cambiamento di mentalità. Come ha affermato Martine Delfos: «L'arma più potente per rassicurare un bambino è la modestia dell'adulto».

La stessa qualità di vita dei bambini malati e/o disabili spesso viene valutata più come un'offerta di interventi (a volte diventano dei veri assedi terapeutici anche in



Si è avuto modo di verificare che la collaborazione tra insegnanti, il personale infermieristico ed i servizi di psicologia ha consentito una migliore espressione e conoscenza delle paure e delle ansie legate alla malattia ed alla degenza



virtù dell'interesse economico che rappresentano) che come riflessione e ricerca di fronte ai bisogni che possono essere presentati.

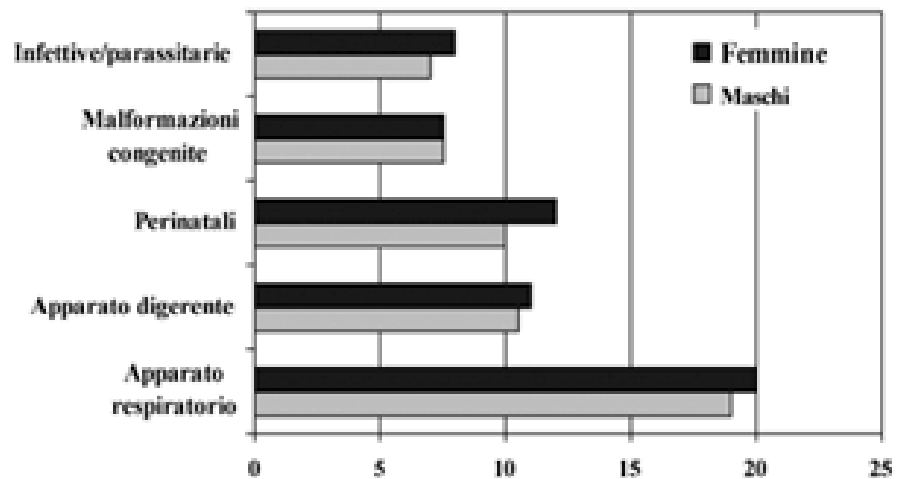
Gran parte dei bambini e giovani malati e disabili chiedono ciò che richiedono i loro coetanei come la possibilità:

- a. di partecipare compatibilmente alle loro condizioni psico-fisiche;
- b. di poter avere un'autonomia decisionale;
- c. di essere informati;
- d. di essere soggetti e non oggetti di cure,
- e. di non ricevere interventi che, privi di un progetto organico, aumentino la confusione.

Possono essere individuati come dei veri ostacoli il pregiudizio, le ristrettezze finanziarie, gli interventi settoriali, i tempi sempre più limitati, alcune politiche socio-assistenziali.

Se gli adulti saranno capaci di convincersi che l'umiltà è una delle condizioni principali per relazionarsi con i bambini, forse si potranno ascoltare con più chiarezza le loro voci non filtrate dai media e dalla pubblicità, si potrà dare spazio alla curiosità e alla sorpresa nello scoprire il loro mondo così ricco di emozioni. La scarsa attenzione porta a non rispettare il bisogno fondamentale di ogni bambino: quello di essere amato, amato al di là degli oggetti e delle promesse.

Ascoltare ed accompagnare un bambino vuol dire mettere in discussione primariamente le nostre difficoltà a comunicare tra adulti e con i bambini. La comunicazione con i bambini è un processo che richiede un cambiamento di mentalità



Tav.1. Prime cinque cause di ricovero nei bambini 0-14 aa. Percentuale del totale dei ricoverati (AA.VV., 1998).

NOTA

1. La Legge Regionale Friuli e Venezia Giulia (4.05.1998, n.1240).

BIBLIOGRAFIA

- Ascani E., Biondi G., Lauri A., Mignani S. (1984): *La preparazione all'intervento chirurgico delle malformazioni della colonna vertebrale. Primi dati di una sperimentazione con il Training autogeno respiratorio (RAI)*.; Atti e memorie dell'Accademia di storia e dell'arte sanitaria, n.1/2: 251-55.
- AA.VV (1995): *Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in paediatric practice*; Pediatrics. 94: 314-7.
- AA.VV. (1998): *Pianeta Infanzia* Quaderni del Centro nazionale di Documentazione ed Analisi per l'infanzia e l'adolescenza. N.5.
- AA.VV. (94): *Bioetica ed infanzia*. Documento del Comitato Nazionale di Bioetica. 22.01
- Biondi G. (1985): *Problemi psicologici pre e post operatori del bambino cardiopatico*.; Atti del Corso di aggiornamento per gli infermieri professionali. Attualità in campo cardiologico 85, Milano, IX.



- Biondi G. (1988): *Il Servizio Psicosociale nell'organizzazione dell'ospedale pediatrico: descrizione di un intervento ed alcune considerazioni*; in AA.VV.: *Il laboratorio e la città*; Guerini Ed. V.10/1: 581-86.
- Biondi G. (1989): *Papel de psicologia no hospital*; Acção Médica. Ano LIII, n.2.:114-16
- Biondi G. (1994): *Prevenzione dello stress nel personale sanitario*; in Melino C., Rubino S., Allocca A., Messineo A.: *L'ospedale. Igiene, sicurezza e prevenzione*. Soc. Ed. Universo. Roma.: 712-18.
- Biondi G. (1996): *Aspetti psicosociali delle malattie infiammatorie croniche intestinali*. In Castro M. (editore): *Le malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica*. CISU, Roma. :145-178.
- Biondi G. (2001): *La ricerca biomedica di fronte al bambino*; Janus, 3: 55-62
- Biondi G., De Ranieri C., Tabarini P. (1990): *Il trapianto cardiaco in età pediatrica e neonatale: l'assistenza psicologica.*; da Marino B., Piccoli G.: *Il trapianto cardiaco ortotopico*. Masson, Milano: 415-21.
- Biondi G., Mignani S., Parisi F. and Marcelletti C. (1991): *Psycho-motor and affective development comparison before and after the heart trasplantation in pediatric age*; in Johnston M., Herbert M and Marteau T. (edited by): *European Health Psychology*. Bocardo Press. Leicester.
- Biondi G., Tabarini P., Miano C., Rosati D. (1990): *Alcune considerazioni circa le principali problematiche relative alle difficoltà di un approccio interdisciplinare in un reparto d'Ematologia; La problematica psicosociale del bambino leucemico e della sua famiglia*. Fondaz. Tettamanti Ed. Monza.: 71-76.
- Biondi G., Valenzi C.(1984): *Problemi ed ipotesi operative di un intervento di psicologia sociale all'interno di un ospedale.*; Atti e memorie dell'Accademia di storia e dell'arte sanitaria, n.1/2, :183-188.
- Caviezel-Hidber D. (2000): *Prevenire il trauma del ricovero. L'incontro dei bambini con l'ospedale*. F. Angeli Ed. Milano.
- Calzolari A., Baronci C., Biondi G., Donfrancesco A., Franti I., Miano C., Pucci S., Ragonese P., Turchetta A. (1985): *Evaluation of a group of leukaemic children "off-therapy", towards their inclusion in phisical activities.*; International Journ. of Sports Cardiology; vol.2, n.2: 108-15.
- Calzolari A., Turchetta A., Biondi G., De Ranieri C., Gagliardi G., Giambini I., Giannico S., Kopfler A.M., Perrotta F., Santilli A, Vezzoli P., Ragonese P. and Marcelletti C. (1990): *Rehabilitation of children after total correction of tetralogy of Fallot*; Intern. Journ. of Cardiology, n.28: 151-58.
- Ceccarelli E., Gamba A: (1996): *Il consenso informato e i minorenni*, in Santosuosso A.: *Il consenso informato*, Raffaello Cortina Ed. Milano: 133-167.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica con l'infanzia*, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 22 gennaio 1994, pag. 57.
- Donfrancesco A., Miano C., Baronci C., Calzolari A., Drago F., Turchetta A., Biondi G., Pucci S., Rosati D. (1987): *Leuceimia acuta infantile: possibilità di avviamento dei soggetti «off-therapy» ad attività sportive, anche di tipo agonistico*; Riv. Ital. Pediatria, 13.
- Daviss WB, Mooney D, Racusin R, Ford JD, Fleischer A, McHugo GJ. (2000): *Predicting post-traumatic stress after hospitalization for pediatric injury*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. May; 39(5):576-83.
- Fadiga L.(2000): *Cento anni di giustizia minorile: un centenario da ricordare*. Cittadini in crescita. I, n.1.
- Favara-Scacco C, Smirne G, Schiliro G, Di Cataldo (2001): *A. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures*. Med Pediatr Oncol. Apr;36(4): 474-80.

- Hart R.A. (1997): *Children's participation*. Earthscan Publ. Lim. London.
- Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevro JL, Bornstein MH, Hofstadter MB (1998): *Preoperative preparation programs in children: a comparative examination*. *Anesth Analg* Dec;87(6): 1249-55.
- Kolk AM, van Hoof R, Fiedeldij Dop MJ. (2000): *Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture*. *Child Care Health Dev.* May; 26 (3): 251-60.
- Moro A.C. (1999): *Pianeta Infanzia* Quaderni del Centro nazionale di Documentazione ed Analisi per l'infanzia e l'adolescenza. N.11: 134-39.
- McPhilips H, Gallaher M, Koepsell T. (2001): *Children hospitalized early and increased risk for future serious injury*. *Inj. Prev.* Jun;7(2) :150-4.
- Nortvedt L, Kase BF.(1997): *The rights of children in hospitals. A questionnaire study of rights of hospitalized children in 14 Norwegian hospitals*, *Tidsskr Nor Laegeforen*, Nov 20;117(28):4102-5.
- Nortvedt L, Kase BF.: (2000): *Children's rights in Norwegian hospitals— are children and parents satisfied?*; *Tidsskr Nor Laegeforen* Feb 10;120(4):469-71.
- Palomba D., Cucchiani A., Manfredini S., Russo L (1999): *L'informazione partecipativa per la preparazione del bambino all'intervento chirurgico: risultati preliminari*. *Psicologia clinica dello sviluppo*. A.3, n.3: 365-84.
- Saywitz KJ, Snyder L. (1996): *Narrative elaboration: test of a new procedure for interviewing children*. *J Consult Clin Psychol*. Dec; 64 (6): 1347-57.
- Staccioli G. (1997): *I bambini non sono pazienti. L'ospedale dei bambini*. Pontecobelli Ed. Firenze.
- Schiff WB, Holtz KD, Peterson N, Rakusan T. (2001): *Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection*. *J Pediatr Psychol* , Oct-Nov; 26(7): 417-27.
- Streisand R, Rodrigue JR, Houck C, Graham-Pole J, Berlant N. (2000): *Brief report: parents of children undergoing bone marrow transplantation: documenting stress and piloting a psychological intervention program*; *J Pediatr Psychol* Jul-Aug; 25(5): 331-7.



The ill child and the no respect of his rights. Which could be the consequences for his development

When in hospital children are undergoing an operation or some other medical interventions, often they could suffer, their physical entirety and developmental process could be damaged. Under these conditions is possible that their psychological and relational growth could be conditioned. It's desirable that parents, health workers (with specific training), physicians and psychologists will join their skills and knowledge to set up a positive environment in which children could lead a satisfying quality of life with time for playing, studying and making friends with other children. Child's right is to be considered as a person also in taking part in decision and choice of medical therapies.

Violenza e Sport: una radice comune?

GIOVANNI LODETTI

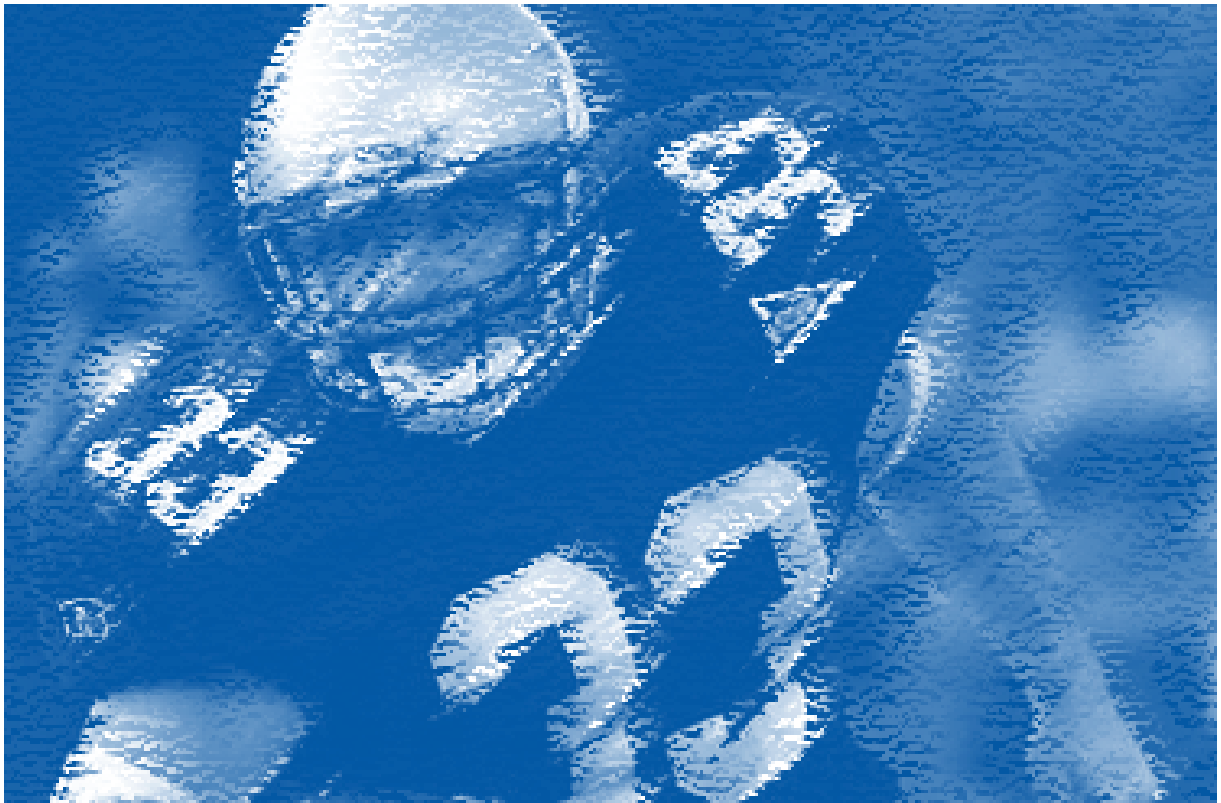
Violenza e sport: hanno una radice comune? L'aggressività è un istinto primitivo che si manifesta quando viene disturbata la tendenza fondamentale dell'organismo a evitare il dolore e ottenere il piacere. L'aggressività può essere anche espressione di un istinto di lotta che insorge di fronte al presentarsi di ostacoli. Un corretto intervento pedagogico e culturale riguardo al comportamento sportivo consente di gestire l'aggressività senza generare violenza

Il problema dell'aggressività e della violenza nello sport è assai vasto ed andrebbe trattato sotto vari punti di vista per definirne le cause: endogene, condizionali, sociali, motivazionali, psicoanalitiche. Riferirò qui di ricerche con caratteristiche clinico-analitiche, ambito al quale si riferiscono prevalentemente le mie ricerche. «Sappiamo — dice Rohm (1972) — che specialmente in base ai risultati dell'influenza psicoterapeutica, una cattiva elaborazione delle componenti aggressive dell'individuo può condurre ad un'inibizione dell'intelligenza. Psicosi, nevrosi, malattie psicosomatiche, senso depressivo della vita ed altro ancora, in quanto stati patologici dell'individuo, sono fortemente concatenati alla cattiva elaborazione di impulsi aggressivi durante la strutturazione della personalità». È noto che l'aggressività è vista da Sigmund Freud (1963a) come un problema di natura "organica" un "istinto" cui sottostà un'energia biologica che deve essere scaricata in un modo o nell'altro. «Esistono due specie fondamentali di istinti: gli istinti sessuali (*eros*) e gli istinti aggressivi (*thanatos*), il cui scopo è la distruzione». Nella dicotomia freudiana *eros-thanatos* «l'io odia, aborrisce, perseguita con finalità distruttive ogni oggetto che divenga per lui fonte di sensazioni dolorose, indipendentemente dal fatto che esso significhi un rifiuto dell'appagamento sessuale oppure dei suoi bisogni di conservazione».

L'aggressione costituisce così una reazione primordiale che si manifesta quando viene disturbata la tendenza fondamentale dell'organismo ad evitare il dolore ed ad ottenere il piacere. Mc Dougall, sostenitore dell'importanza delle forze istintuali nella spiegazione del comportamento umano (1923), ha caratterizzato il fenomeno dell'aggressività nell'"istinto di combattimento" affermando esplicitamente che tale istinto è suscitato da un ostacolo. Il comportamento bellicoso è l'espressione di un istinto peculiare in quanto non ha un oggetto specifico; ciò che lo scatena non è una sensazione o un insieme di sensazioni, ma piuttosto un ostacolo al procedere senza intoppi, verso la propria meta naturale.

Rivisitando il concetto classico di "catarsi", lo sfogo purificatore, Konrad Lorenz (1969) ha dimostrato in modo convincente che molti moduli di un comportamento assolutamente lodevole derivano i loro impulsi dalla "sublimazione" di pulsioni aggressive. Tutte le forme culturali evolute nel *fair-play* — dalla cavalleria primitiva alla Convenzione di Ginevra — sono funzionalmente analoghe al combattimento





Konrad Lorenz ha dimostrato, in modo convincente, che molti moduli di un comportamento assolutamente lodevole derivano i loro impulsi dalla "sublimazione" di pulsioni aggressive

filogeneticamente ritualizzato negli animali. L'ipotesi della catarsi, secondo la quale un qualsiasi atto sostituito ridurrebbe lo stimolo ad ulteriori comportamenti aggressivi, è molto discussa. Per Lorenz: «È possibile che lo sport tragga le sue origini dal combattimento altamente ritualizzato ma sempre molto ostile». Lo sport può in questo senso essere definito come una forma specificamente umana di combattimento governato da regole determinate culturalmente. Eric Fromm definiva (1975) "pseudo-aggressione" quegli atti aggressivi che possono provocare danni, ma non vengono compiuti con questo intento: l'aggressione accidentale e l'aggressione sportiva. «L'aggressione sportiva ha come scopo l'esercizio di una certa capacità. Non mira a provocare danno o distruzione, non è motivato dall'odio». Arco e frecce furono armi di attacco e di difesa progettate per uccidere, ma oggi il tiro con l'arco è un puro esercizio di abilità, e nella cultura occidentale la scherma è divenuta una disciplina sportiva.

In un recente studio, G. Schilling (1987) suddivide gli sport in tre categorie:

- *aggressivi diretti con contatto fisico*: rugby, hockey su ghiaccio, sport vari di combattimento;
- *ritualizzati*: pallavolo, basket, scherma;
- *indiretti senza contatto*: ginnastica, pattinaggio artistico.

Ogni gioco o sport ha regole che determinano ciò che avverrà dentro quel mondo temporaneo delimitato dal gioco o dallo sport stessi. Le regole del gioco sono assolutamente obbligatorie ed inconfutabili.

I sociologi, come Roberts e Sutton-Smith, hanno evidenziato anche correlazioni tra giochi e ruoli economici politici e fedi religiose.

Il pedagogista Arnold ripercorre la rivoluzione copernicana del concetto di gioco "sportivo", già bovina espressione di combattimento fra quartieri o campagne con palle di vario genere o addirittura teste di nemici. Nel tempo, un codice di regole strutturato stabilisce una visione "umana e costruttiva di gioco fra pari" con l'uso del medesimo oggetto del desiderio: la palla, in molti sport.

Giocare è anche sanità e lo è per lo spirito ed il corpo, anche se tutti gli sport conservano una radice aggressiva. Non connotiamola come male; non è male. Naturalmente, occorre gestirla. Così per la gestione di un'aggressività marcata sono indi-



cati i giochi strutturati da regole rigide ed in seconda battuta gli sport figli diretti del gioco e dell'aggressività strutturata. La corretta gestione pedagogica e culturale della regola sportiva, l'attenta selezione degli sport più adeguati a ciascun soggetto, la scrupolosa individuazione delle dinamiche di gruppo e delle caratteristiche individuali dei soggetti coinvolti nel gioco sono in grado di allontanare la violenza dallo sport, assai meglio di quanto possano fare sanzioni di vario genere e gravità.

BIBLIOGRAFIA

- Freud S. (1963a), *Pulsioni ed il loro destino* Boringhieri, Torino.
Freud S. (1963b), *L'Io e L'Es*, Boringhieri, Torino.
Fromm E. (1975), *Anatomia della distruttività umana*, Mondadori, Milano
Lodetti G., Ravasini C. (1990), *Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva*, Ghedini editore, Milano.
Lorenz K. (1969), *L'aggressione*, Flammarion, Paris.
Mc Dougall W. (1923), *Outline of Psychology* Scribners, New York.
Rhom H. (1972), *Kindliche Aggressivität .Theorie und Praxis Konfliktloser Erziehung*, Werner Raith Verlag, Starnberg, trad. It. (1980), *L'aggressività infantile; teoria e prassi per un'educazione risolutrice dei conflitti*. La Nuova Italia, Firenze.
Shilling G. (1987), *Sport Psychologie Wofür? (Basel Birkhausen) in Psychologie du Sport de haut niveau*, Raymond Thom.PUF Ed., Paris.

Violence and sports: do they have a common ancestral root?

Aggressiveness is a primitive instinct which shows itself when the basic disposition to avoid pain and obtain pleasure are disturbed. Aggressiveness could also be the expression of a "fighting instinct" arousing in front of some obstacles.

Good educational principles and correct pedagogic and cultural approaches of sport behaviour don't breed violence in sport activities and, beside that, they manage man's aggressiveness in ritualizing it in structured plays and games.

linea 01 *una storia*

Gabriele Buccola
e la psicopatologia
sperimentale



Gabriele Buccola (1854-1885)

GIOVANNI CAVADI

Il primo psicologo psichiatrico che ha cercato di coniugare l'esperienza e l'osservazione clinica con la ricerca psicologica sperimentale, per costruire i fondamenti scientifici di una psicopatologia sperimentale

Gabriele Buccola nasce a Mezzojuso (Palermo) il 24 febbraio 1854 da Antonio e Gliceria Figlia, una famiglia di benestanti proprietari terrieri. Secondogenito di due figli, svolge studi classici e si laurea in medicina nel 1879, a Palermo. La famiglia apparteneva alla comunità greco-albanese. Uno zio materno, deputato al neo parlamento italiano, viveva a Roma.

I suoi interessi si indirizzano da subito verso la scoperta di un metodo scientifico da applicarsi allo studio di fenomeni psicologici: nel 1896 fonda il primo laboratorio di psicologia sperimentale dove conduce i primi studi sulla misurazione dei tempi di reazione. Riflette sulle possibilità cliniche dell'ipnosi, studia le condizioni di impiego della ricerca sperimentale ai casi clinici, studia minuziosamente i tempi di reazione di decine di soggetti affetti da varie patologie mentali. Progetta e costruisce anche apparecchi di misurazione per analizzare i modificatori dei tempi di reazione. Inizia così la psicologia sperimentale, la sperimentazione applicata alla psicologia patologica gettando quindi le basi per la psicologia psichiatrica.

Buccola è il primo psicologo psichiatrico che ha cercato di coniugare l'esperienza e l'osservazione clinica con la ricerca psicologica sperimentale per costruire i fondamenti scientifici di una psicopatologia sperimentale.

Una descrizione della personalità di Buccola ci viene dai ricordi di Morselli e Seppilli, suoi colleghi ed amici:

«Era serio nel contegno; la fisionomia aveva aperta e fortemente scolpita nei suoi lineamenti, lo sguardo vivace e penetrante, la fronte ampia, energico il linguaggio ed il gesto (G. Seppilli, 1885): è noto il suo carattere estremamente duro». E aggiunge E. Morselli: «di carattere fiero e franco, disprezzava a viso aperto tutto ciò che gli apparisse falso e sleale»; ed aggiunge: «era tenace nei suoi propositi, non si umiliava a nessuno, ma sentiva altamente i legami dell'amicizia. Aveva un affetto vivissimo per la famiglia e in particolare per la madre».

Per comprendere l'ambiente culturale di origine del Buccola va ricordato che Mezzojuso (originariamente il villaggio arabo *Manzil Yusufil*, villaggio di Giuseppe) è un paesino che dista una trentina di chilometri da Palermo. È adagiato su una collina boscosa, al centro di campi di grano, uliveti, vigneti, mandorleti, pascoli e boschi di castagni.

Ai tempi di Ruggero II il Normanno, scacciati i saraceni, il villaggio fu donato al monastero di S. Giovanni degli Eremiti di Palermo. Ingranditosi e popolatosi, ebbe la sua Universitas e dopo la guerra del Vespro (1282) mandò i suoi rappresentanti a Palermo. Verso il 1490 vi si stabilirono i primi Albanesi di lingua e rito greco-bizantino, fuggiti dalle persecuzioni dell'impero turco, che ripopolarono il casale e





«Ogni studio sui fenomeni nervosi degli alienati è quasi inutile, quando non si conosca la natura dei medesimi fenomeni negli individui, le cui funzioni si compiono con perfetta integrità»

bonificarono il feudo. Fin dal XV vissero in tolleranza e prosperarono le due comunità linguistico-religiose di Mezzojuso, quella latina e quella greco-bizantina; ciò è testimoniato dalla presenza nel centro del paese delle due chiese, una affianco all'altra, quella dell'Annunziata di rito latino e quella di S. Nicola di rito greco-bizantino. In tempi successivi sorse il Monastero delle suore basiliane, sede della scuola elementare, dedite all'apostolato presso le popolazioni di rito greco-bizantino, ricco di una biblioteca con rari codici greci e pregevoli cinquecentine. Il cenobio basiliano fece assurgere Mezzojuso ad "Atene delle colonie albanesi in Sicilia". Oggi è anche sede di un laboratorio di restauro di antichi codici, miniature e incunaboli. Nella rivolta contro i Borboni (1848-1860) Mezzojuso fu fra i principali centri organizzativi e nel 1862 accolse Garibaldi.

Il giovane Gabriele svolge gli studi di base presso le Suore Basiliane, terminati i quali viene educato presso il Seminario greco-albanese di Palermo dove impara il latino e il greco a tal punto che a 12 anni traduce alcune odi di Anacreonte.

Terminati gli studi superiori in un liceo pubblico di Palermo, si iscrive nel 1873, a 19 anni, al corso di laurea in medicina dove si laurea l'11 luglio 1879. Gli studi scientifico-biologici non lo allontanano dalla passione per le letterature antiche e moderne al punto da scrivere a 20 anni il saggio *Della poesia di Giosuè Carducci: Al critico della Gazzetta d'Italia* del 1871. Il Carducci inviò una lettera al Buccola che dice: «Ma intanto parmi di poter notare nelle sue osservazioni un'abilità a giovare di certi particolari per rilevarne fuori l'immagine dello scrittore, abilità che rivela il critico (...). All'arte e alla verità io ho sacrificato qualcosa, e ho caro che Ella abbia compreso». Gli studi fisiologici non impedirono al Nostro di scrivere un ulteriore saggio (1874): *Delle nuove poesie di Giosuè Carducci: fantasie e reminescenze*.

Nel 1879 si laurea in medicina e nello stesso periodo pubblica il saggio *La dottrina dell'eredità e i fenomeni psicologici* steso con lo scopo da lui dichiarato nella prefazione alla seconda edizione: «... mostrare la grande importanza del problema delle dottrine psicologiche, che la scienza moderna à fatte sue».

Alcuni mesi dopo si trasferisce a Reggio Emilia, presso il Manicomio provinciale diretto da Tamburini, il fondatore della Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina legale e che ivi istituì per G.C. Ferrari, nel 1896, il primo laboratorio di Psicologia sperimentale. Visti gli spiccati interessi psicologici, Tamburini procurò al giovane medico un cronoscopio di Hipp (strumento che serve a misurare la durata di un fenomeno con la precisione di un millesimo di secondo) con cui Buccola iniziò a condurre le sue ricerche sui tempi di reazione. A lui spetta il merito di aver gettato fra i primi le basi della psicologia sperimentale: «nessun altri prima di lui – ricorda il Seppilli – aveva ardito d'affrontare i problemi psicometrici, la soluzione dei quali sembrava a certuni un sogno, un'utopia».

Nel Congresso Freniatico che si tenne a Reggio Emilia nel 1880, Buccola presentò la proposta che nelle scuole di fisiologia si impartissero i «principi fondamentali della psicologia fisiologica e che si iniziassero gli studi opportuni sul miglior modo di condurre l'esame psichico degli alienati». Era infatti convinto che l'edificio della psicopatologia non si sarebbe potuto costruire al di fuori delle fondamenta della psicologia normale, che lui reputava la base della psichiatria: «Ogni studio sui fenomeni nervosi degli alienati – scriverà nel 1883 – è quasi inutile, quando non si conosca la natura dei medesimi fenomeni negli individui, le cui funzioni si compiono con perfetta integrità». «Buccola – sottolinea Seppilli (1885) – aveva così ben compreso che in Italia, fatte poche eccezioni, l'indirizzo psicologico veramente scientifico è manchevole».

Nel 1880 pubblica il saggio *Sulle idee fisse e sulle loro condizioni fisiopatologiche* che, secondo Nino Dazzi, richiama il modello di Buccola alla dinamica herbartiana della lotta fra le idee per occupare il campo della coscienza. Questo è anche il primo contributo di applicare la psicologia alla interpretazione dei fenomeni psicopatologici «il primo ad introdurre in Italia, il secondo in Europa dopo Orbersteiner, l'indirizzo sperimentale nella psicologia patologica» come gli riconobbe Saffiotti in un ricordo commemorativo del 1920.

Buccola pose le basi di quella che possiamo chiamare la psicologia psichiatrica (Rachman e Philips, 1978) e che troverà una sua concreta realizzazione nel nostro Paese solo dopo la riforma psichiatrica (Legge Mariotti del 1968) che introdusse la

figura dello psicologo psichiatrico all'interno degli ospedali psichiatrici e dei servizi di igiene mentale.

Nel 1881 Buccola vince il concorso di assistente e si trasferisce a Torino presso la Clinica Psichiatrica universitaria diretta da Morselli, fondatore della Rivista di Filosofia Scientifica. Della Rivista (1881-1891), che fu il più importante organo dei pensatori positivisti italiani, Buccola fu sin dall'inizio il segretario di redazione ed autore, vi pubblicò sei lavori.

Il periodo trascorso a Torino è tra i più produttivi sul piano clinico e della ricerca. Applica e riflette sulle possibilità cliniche dell'ipnosi: «Se si pensa che l'ipnotismo non è altro che uno stato speciale dei centri nervosi, le cui molteplici manifestazioni appaiono e svaniscono a volontà dello sperimentatore, esso diventa una miniera preziosa per la fisiologia, per la psicologia e per la medicina»(1881).

Lavorando con i malati mentali studia degli approcci più scientifici prendendo spunto dalle sue ricerche sperimentali: «La durata di reazione in soggetti malinconici, i quali danno il segnale con la mano dopo un intervallo, che spesso supera il doppio e il triplo della media normale ed il ritardo è dovuto specialmente al fatto che sul campo del pensiero di questi poveri ammalati signoreggia un gruppo di sentimenti e di idee oppressive, al cui prepotente dominio è difficile che si sottraggano»(1883). Come ha osservato Gori Savellini (1990) «l'originalità del suo lavoro in laboratorio fu caratterizzato non solo da innovazioni tecniche ma anche da un particolare modo di considerare lo sperimentatore e la persona di esperimento».

Nel periodo torinese Buccola era anche impegnato a preparare la libera docenza che ottenne nel 1883. Raggiunta questa, la sua speranza era quella di essere chiamato presso l'Università di Palermo, città in cui desiderava tornare per avvicinarsi alla madre, e dove aveva intenzione di fondare un laboratorio di psicologia sperimentale.

La mancata chiamata all'Università di Palermo fu per lui causa di profonda delusione e tristezza. Continua a lavorare nella clinica e a produrre sul piano scientifico. Così lo ricorda Morselli: «Era una persona modesta e disponibile verso chi gli si rivolgeva; non era geloso custode del suo ricco patrimonio scientifico, ma godeva di comunicare agli altri le sue ricerche e i risultati che otteneva dai suoi esperimenti».

La ricerca sperimentale applicata alla casistica clinica lo affascina e lo porta a studiare minuziosamente i tempi di reazione di decine di soggetti affetti da varie patologie mentali.

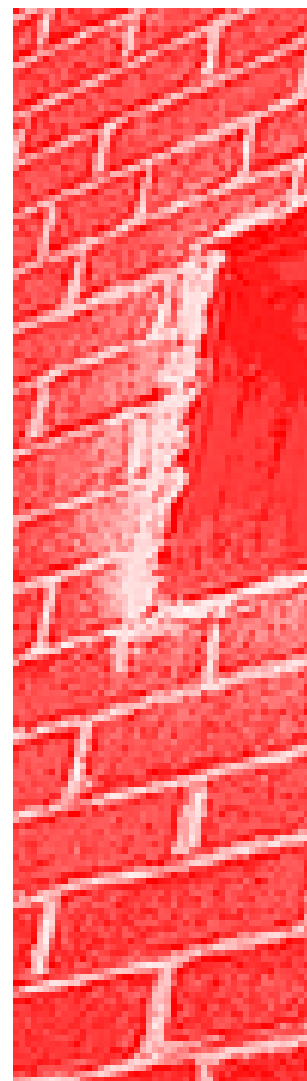
Riesce ad ottenere una borsa di ricerca in Germania e prosegue il contatto epistolare con Kraepelin, iniziato nel 1881: non riusciranno però a conoscersi di persona.

Nel 1884 soggiornò alcuni mesi presso la clinica psichiatrica diretta da Gudden, a Monaco di Baviera per proseguire le sue ricerche di psicologia sperimentale applicate alla psicopatologia.

Con questa esperienza comprende la necessità di individuare le variabili differenziali che agiscono nelle risposte comportamentali degli individui, i modificatori: «chiamo modificatori dei tempi di reazione le influenze, di qualunque natura esse siano che, agendo sul meccanismo psichico, si fanno risentire sul decorso cronologico della percezione di ciascun individuo in particolare e degli individui in generale».

Questi modificatori che divide in quattro classi «studiati secondo la loro origine e la loro indole speciale, ora consistono in quella somma di caratteri biologici, o generali, che permettono di distinguere gli individui secondo i criteri, ad es. dell'età, del sesso, del grado sociale, ecc; ora in linea diretta dipende dai cambiamenti che sogliono avvenire nelle stesse condizioni interne del soggetto di esperimento, psichici propriamente detti; ora, infine, dev'essere riferire alle proprietà degli agenti fisici esteriori, fisico-chimici. Alle tre classi noi potremmo aggiungere quella dei modificatori patologici». Vi sono gli antecedenti concettuali per la fondazione della psicologia differenziale!

I suoi studi ancor oggi sorprendono per la loro originalità e soprattutto per il rigore dell'impianto metodologico (Sprini, 1990). Oltre ad essere ottimo sperimentatore, Buccola costruì molti apparecchi di nuova concezione. Egli si adoprò personalmente nella realizzazione di strumenti adeguati per la ricerca dei vari modificatori dei tempi di reazione. Si veda esempio questa descrizione: «Per le sensazioni olfattive, di cui finora non fu possibile misurare la durata, ho immaginato uno strumento



È necessario individuare le variabili differenziali che agiscono nelle risposte comportamentali degli individui, i "modificatori"



Buccola è stato il primo psicologo psichiatrico che ha cercato di coniugare l'esperienza e l'osservazione clinica con la ricerca psicologica sperimentale, per costituire i fondamenti scientifici di una psicopatologia sperimentale

eccitatore che descriverò brevemente. Lo strumento consiste in un astuccio di legno della lunghezza di 10-12 cm sormontato da un piccola scatola metallica S, la quale nella sua parte superiore porta un'apertura rotonda con l'orlo tagliato a becco di flauto... in questo modo gli effluvi odorosi, di cui sono impregnati alcuni pezzetti di spugna nel fondo della scatola, possono uscire per l'apertura ed eccitare l'organo dell'olfatto» (1882).

Nel 1883 esce la sua opera più importante che raccoglie e sintetizza i suoi studi, le sue esperienze cliniche e le sue ricerche sperimentali *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero. Saggio di psicologia sperimentale*, opera poderosa di 432 pagine, che fu tradotta in tedesco.

Nel ritorno dalla Germania a Torino, nel 1885 ottiene, col voto unanime della Facoltà medica, la nomina per titoli di Libero Docente di Psicologia patologica e di psichiatria nella Regia Università. Il suo stato di salute, già precario, peggiora. In breve tempo si aggrava e dopo quattro mesi di "lenta, dolorosa ed oscura malattia", assistito dal Morselli, muore il 5 marzo 1885, a trentun anni di età, per un rarissimo morbo (leucocitemia mielogena).

Buccola fu il primo sperimentatore italiano di livello europeo (Dazzi, 1898), l'unico psicologo sperimentale italiano dell'Ottocento la cui statura sia comparabile a quella dei grandi della psicologia sperimentale degli altri paesi dell'Occidente (Luccio, 1990). Egli comprende che la scienza può essere un baluardo antimetafisico solo se viene costruita concretamente e giornalmente: «Costruire prima una teoria da cui poi far discendere la sua sperimentazione». Egli contribuisce realmente e concretamente all'affermazione della psicologia come scienza autonoma, in un momento storico, il periodo positivista, in cui tale affermazione aveva nel laboratorio la propria scelta obbligata. La sua originalità, secondo Maharaba (1990), sta nell'essere stato fra i pochissimi psicologi italiani autenticamente sperimentalisti del nostro passato dato che la mancanza di sperimentalismo rappresenta una caratteristica costante della psicologia italiana, perlomeno fino al dopoguerra. Si aggiunga la mancanza di teorizzazione, il che ci permette di comprendere il ritardo della concettualizzazione psicologica nel nostro paese, rispetto all'Europa e agli USA.

Buccola è stato anche, secondo noi, il primo psicologo psichiatrico che ha cercato di coniugare l'esperienza e l'osservazione clinica con la ricerca psicologica sperimentale, per costituire i fondamenti scientifici di una psicopatologia sperimentale, di cui siamo ancora carenti nella cultura psichiatrica del nostro Paese. Sono ancora attuali le parole di Seppilli, già direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Brescia negli anni antecedenti il primo conflitto mondiale e che già nel 1919, ivi, aveva aperto il primo dispensario pubblico di igiene mentale: «Buccola era così convinto che l'edificio della patologia del pensiero non si sarebbe riuscito giammai a costruire qualora la psicologia normale non diventasse il fondamento della freniatria» (1885).

Nel corso di questo lavoro abbiamo potuto constatare che per quanto dimenticato nelle storie e nei trattati di psicologia e psichiatria, l'opera di Buccola fu conosciuta e citata nelle loro opere da William James, Henry Pieron, Charles Baudin.

EPILOGO (*)

L'epilogo del libro è assai breve.

Noi abbiamo dimostrato che il processo psichico, sia elementare, come la semplice percezione di uno stimolo esterno, sia complesso, come l'atto del discernimento, della scelta, dell'associazione, della riproduzione mnemonica, è soggetto a misure calcolabili. La legge del tempo si applica a qualunque fenomeno della natura, e però anche ai fenomeni mentali, che la psicologia astratta e persino la scienza sperimentale della prima metà del secolo supponevano estemporanei.

Nel processo di reazione agli stimoli esterni dobbiamo distinguere, con un certo artificio, due ordini di fattori: l'uno fisiologico (periodo latente sensorio e muscolare, trasmissione sensitiva e motrice nei nervi e nel midollo), l'altro psichico (percezione, appercezione ed impulso volitivo). Ma ripetiamo: distinguere i fattori secondo il carattere fisiologico e psichico è cosa puramente verbale. L'atto percettivo completo deve considerarsi, ed è in realtà, un atto inscindibile nei suoi componenti. E ne abbiamo fornito le prove.

La misura del tempo ci dimostra poi che le percezioni degli stimoli, che agiscono sui vari organi di senso, hanno costantemente un discorso cronologico diverso, il quale è più piccolo ($1/8$ a $1/5$ di secondo) nei sensi psicologicamente superiori (udito, tatto, vista) ed è più grande nel gusto e nell'olfatto. In questi ultimi va tenuto conto della diffusione della sostanza eccitatrice.

Nella durata delle varie percezioni gli intervalli psicofisici occupano il maggiore spazio di tempo: ciò risulta principalmente dall'esame comparativo di un atto psichico con un atto riflesso spinale.

Alcuni momenti importantissimi, che chiamai "modificatori", influiscono sulla rapidità delle percezioni elementari. I modificatori del tempo di reazione, secondo la loro natura e la loro origine, possono artificialmente dividersi in varie classi: 1. *modificatori biologici*: (costituzione organico-psichica, grado di coltura, razza, età, sesso); 2. *modificatori psichici*: (attenzione, esercizio, stanchezza, emozioni, dolori ecc.); 3. *modificatori fisico-chimici*: (intensità degli stimoli, qualità degli stimoli, alimenti nervosi, sostanze farmacologiche, temperatura dell'ambiente esterno); 4. *modificatori patologici*: (alterazioni dei centri nervosi e delle vie di conduimento della sensibilità e del moto).

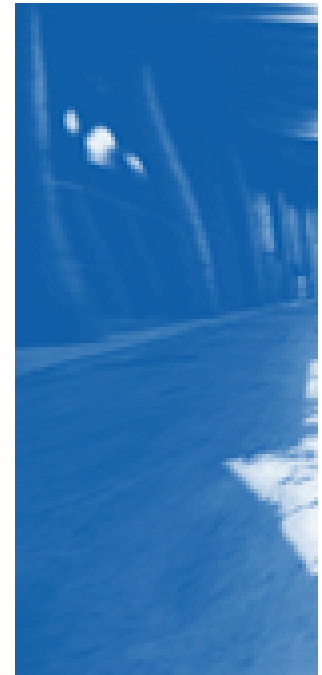
In una di queste classi debbonsi annoverare le svariate forme di pazzia, cioè le malattie acquisite o congenite, che colpiscono direttamente la sede delle energie mentali ed hanno quindi un'influenza potentissima sul meccanismo cronometrico delle percezioni le più semplici.

Un altro fattore, che merita speciale riguardo e concorre a modificare il tempo di reazione, è il luogo in cui si dispiega l'eccitamento esterno. Esso va studiato nei due sensi estensivi, la vista e il tatto, e con particolar modo nell'ultimo, perchè si presta meglio alle indagini cronometriche. E l'esperienza dimostra che i punti dell'organo cutaneo, i quali hanno maggiore attitudine discriminativa, provocano percezioni più rapide di altri punti, che sono meno ricchi di senso di luogo. Quando il processo psichico si complica, come avviene ad es. nella reazione con discernimento di due impressioni, la sua durata conseguentemente si accresce. Noi possiamo misurare per se stesso e senza difficoltà l'atto necessario a discernere due o più stimoli esteriori, partendo dal semplice periodo fisiologico di reazione, e possiamo anche calcolare l'intervallo della scelta con un metodo analogo.

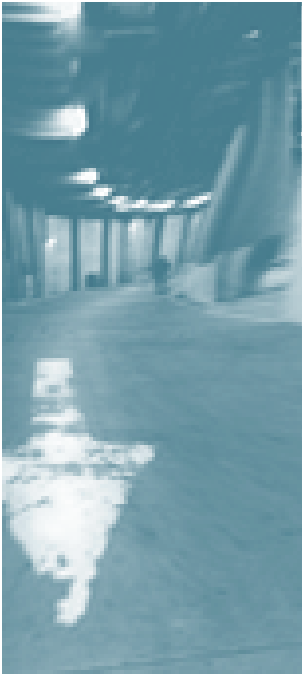
Aggiungasi inoltre che se aumenta la quantità delle impressioni (colori, suoni ecc.) che devono essere distinte, il tempo psichico si fa più lungo. Così pure l'atto volitivo è relativamente breve dovendo scegliere fra il movimento e il riposo, ed è maggiore quando la scelta cade fra due movimenti.

Sul tempo del discernimento possiamo indurre delle variazioni, sia col mutare artificialmente lo stato di sensibilità dell'organo periferico, sia col sottoporre l'organismo nervoso alla influenza di alcune sostanze speciali, come l'alcool, l'etere etilico, il nitrito d'amile e il cloroformio.

Lo stesso dicasi dell'atto di scelta. E codeste variazioni sono misurabili analogamente a quelle che abbiamo visto prodursi nel semplice periodo fisiologico.



Se aumenta la quantità delle impressioni (colori, suoni ecc.) che devono essere distinte, il tempo psichico si fa più lungo. Così pure l'atto volitivo è relativamente breve dovendo scegliere fra il movimento e il riposo, ed è maggiore quando la scelta cade fra due movimenti



Distinguere i fattori secondo il carattere fisiologico e psichico è cosa puramente verbale. L'atto percettivo completo deve considerarsi, ed è in realtà, un atto inscindibile nei suoi componenti

Ma l'analisi sperimentale si spinge ancora innanzi, ed è possibile ottenere la misura della durata di percezioni complesse, cioè del tempo bastevole ad appercepire vari eccitamenti esterni, quali i simboli grafici che rappresentano numeri, lettere, figure geometriche e così di seguito. In genere può dirsi che gli intervalli psichici aumentano con il complicarsi degli eccitamenti.

Dalle percezioni complesse si passa all'associazione delle idee. Valutare il tempo perchè un'idea, contenuta in una parola che si pronunzia rapidamente, svegli per leggi associative un'altra idea, è un fatto assicurato dall'esperienza. L'intervallo ordinario dura in media 0.72, e diventa maggiore se il processo di associazione è meno abituale e più astratto dei comuni rapporti con cui le idee e le immagini sogliono concatenarsi l'una all'altra.

Finalmente abbiamo tentato uno studio dei fenomeni della memoria, sia nel loro aspetto psichico (riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio visivo e tattile; senso del tempo), sia nel loro aspetto organico (scrittura delle lettere e delle parole).

La riproduzione delle percezioni di movimento non corrisponde mai esattamente alla realtà: vi sono certe leggi che regolano i fatti mnemonici, e qui è inutile ripetere i corollari. Nel calcolare poi quantità eguali di tempo si commettono degli errori, che stanno in proporzione diretta con le grandezze del tempo.

Ma se la memoria psichica è in qualche modo fallace, per contrario è meravigliosamente sicura la memoria organica, di cui abbiamo recato un largo numero di esempi tratti dal meccanismo della formazione dei segni grafici. Così nel nostro studio, partendo dalle percezioni elementari e seguendo mano a mano l'evoluzione dei processi psichici, siamo giunti agli atti incoscienti o di memoria organica. L'unità delle molteplici ricerche a noi sembra sia stata mantenuta; nondimeno resta ancora molto da fare nel campo immenso dei fenomeni del pensiero, e la psicologia sperimentale conserva per l'avvenire nuove e feconde scoperte.

(*) Da Buccola G. (1883), *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero*, cap. 15, pp. 429-432, F.lli Dumolard, Milano.

Alla memoria di mio padre, Lorenzo Cavadi, Mezzojuso 1906-Brescia 1964.

BIBLIOGRAFIA

- Baudin E. (1948), *Corso di psicologia* (Ed.it. a cura di G. Lorenzini), Libreria Editrice Fiorentina, Firenze.
- Buccola G. (1879), *La dottrina dell'eredità e i fenomeni psicologici*, Tip. Giornale di Sicilia, Palermo.
- Buccola G. (1880), *Sulle idee fisse e sulle loro condizioni fisiopatologiche*, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale, 6, 155-181.
- Buccola G. (1880), *La psicologia fisiologica in Italia*. Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale, 6,1 97-215; 307-326.
- Buccola G. (1881), *La legge fisica della coscienza nell'uomo sano e nell'uomo alienato*, Archivio Italiano per le Malattie Nervose, 18, 82-99.
- Buccola G. (1881), *Sui fenomeni e sulla natura dell'ipnotismo*, Rivista di Filosofia scientifica, 1, 201-207.
- Buccola G. (1881), *Sulla relazione del tempo fisiologico col senso locale cutaneo*, Giornale della Regia Accademia medica, Torino.
- Buccola G. (1881), *Sulla natura del tempo negli atti psichici elementari*, Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina legale.
- Buccola G. (1881), *Sul tempo di reazione in un caso di demenza paralitica*, Archivio di Psichiatria.
- Buccola G. (1881), *Nuove ricerche sulla durata della localizzazione tattile*, Rivista di Filosofia scientifica.
- Buccola G. (1881), *La durata delle percezioni elementari negli alienati*, Calderini, Reggio Emilia.
- Buccola G. (1882), *I deliri sistematizzati primitivi. Nota di psicologia patologica*, Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale, 8, 83.
- Buccola G. (1882), *La memoria organica nel meccanismo della scrittura*, Rivista di Filosofia scientifica, 2.
- Buccola G. (1882), *Le illusioni della memoria*, Rivista di Filosofia scientifica.
- Buccola G. (1882), *Sulla durata delle percezioni olfattive. Nota di psicologia sperimentale*, Rivista di Filosofia scientifica, 2, 453.
- Buccola G. (1883), *Sulla paralisi progressiva della donna*. Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale.
- Buccola G. (1883), *Sul tempo della dilatazione riflessa della pupilla*, Rivista di Freniatria e Medicina legale.
- Buccola G. (1883), *Il tempo del processo psichico nell'estesiometria tattile*, Rivista di Freniatria e Medicina legale.
- Buccola G. (1883), *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero. Saggio di psicologia sperimentale*, F.lli Dumolard, Milano.
- Buccola G. (1884), *Sul tempo di percezione dei colori*, Rivista di Filosofia scientifica.

- Buccola G., Bordoni-Ulfreduzzi P. (1885), *La reazione elettrica dell'acustico negli alienati*, Rivista di Freniatria e Medicina legale.
- Buccola G., Morselli E. (1881), *Ricerche sperimentali sull'azione fisiologica e terapeutica della cocaina*, Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti, Milano.
- Buccola G., Morselli E. (1883), *Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva*, Giornale della Regia Accademia di medicina, Torino.
- Buccola G., Seppilli G. (1880), *Sulle modificazioni sperimentali della sensibilità*, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale, 1.
- Buccola O. papàs (1909), *La colonia greco-albanese di Mezzojuso. Origine, vicende e progresso*, Tipografia Andò, Palermo.
- Buccola O. papàs (1912), *Nuove ricerche sulla fondazione della colonia greco-albanese di Mezzojuso*, Tipografia Andò, Palermo.
- Dazzi N. (1980) Gabriele Buccola, in G. Cimino & N. Dazzi (ed.), *Gli studi di psicologia in Italia: Aspetti teorici, scientifici e ideologici*, Domus Galileian: Quaderni di Storia e Critica della Scienza, 9, 23-39.
- Gattuso I. (1972), *Mezzojuso nel ricordo delle vestigia antiche*, Tumminelli Editore, Palermo.
- Gori Savellini S. (1990), *La persona di esperimento e l'indagine psicologica*, in G. Sprini, op.cit., 115-128.
- Guardione F. (cur.), *Lettere varie a Buccola*, Biblioteca comunale di Palermo, 8 voll., s.d.
- Guardione F. (cur.) (1936), *Scritti di Gabriele Buccola, ordinati e pubblicati a cura di F.G. nella ricorrenza cinquantenaria*, Arti Grafiche Castiglia, Palermo.
- James W. (1901), *Principi di psicologia* (trad. it. G.C. Ferrari), Società Editrice Libreria, Milano.
- Lazzeroni V. (1990), *Gabriele Buccola e la psicologia del suo tempo*, in G. Sprini, op.cit., 129-138.
- Luccio R. (1989), *Un secolo di psicologia sperimentale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Luccio R. (1990), *Gabriele Buccola e il positivismo evoluzionista in Italia*, in G. Sprini, op.cit., 55-78.
- Marhaba S. (1990), *Il significato di Buccola nella storia della psicologia italiana*, in G. Sprini, op.cit., 37-40.
- Morselli E., Seppilli G. (1885), *Gabriele Buccola*, Rivista di Filosofia scientifica, 4, 1-12.
- Perussia F. (1994), *Psicologo. Storia e attualità di una professione scientifica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pieron H. (1937), *L'attention, l'habitude et la mémoire*, Librairie F. Alcan, Paris.
- Pipitone-Federico G. (1885) *Commemorazione di G. Buccola*, Il momento, 20, 1-2.
- Pogliano C. (1985), *Fenomenismo e pansichismo Appunti su Gabriele Buccola*, Giornale critico della filosofia italiana, 1, 126-133.
- Rachman S.J., Philips C. (1978), *Psychology and medicine*. Penguin Books, Harmondsworth.
- Sprini G. (ed.) (1990), *Gabriele Buccola e la cultura scientifica italiana nella seconda metà dell'800*, Convegno del centenario della morte, Palermo e Mezzojuso, 1986, S.T.A.S.S., Palermo.



Gabriele Buccola

Gabriele Buccola, born in Mezzojuso (Palermo), applied himself to classical studies and then to medicine at Palermo University.

He was interested in studying a scientific testing method to apply to psychological phenomena. In 1896 he founded the first experimental psychology laboratory carrying out researches of measurement of reaction times. Buccola also thought over clinical opportunities of hypnosis and the use of experimental research in clinical cases: he minutely studied reaction times in dozens of subjects suffering from mental pathologies. He planned and constructed some instruments to measure reaction times. So experimental psychology and testing applied to pathologic psychology started and psychiatric psychology.

Buccola was the first psychiatric psychologist who tried to combine experiences and clinical observations with experimental psychological research to lay the foundations of an experimental psychopathology.

link01 *esperienze*

Psiconcologia:
l'esperienza del
Servizio di
Psicologia di un
Istituto
Oncologico a
Carattere
Scientifico
(IRCCS)





Psiconcologia: l'esperienza del Servizio di Psicologia di un Istituto Oncologico a Carattere Scientifico (IRCCS)

CARUSO A., TRAMONTANA A., CONDOLEO M., MAGGI G., CORLITO A.

L'attuale interesse della psiconcologia è giustificato dalle aumentate possibilità di cura dei tumori, dal crescente numero di malati che accettano di parlare apertamente della propria esperienza, dalla tendenza a coinvolgere il paziente nelle decisioni relative ai trattamenti, dalla crescente partecipazione dei professionisti della salute mentale alla cura dei pazienti affetti da cancro, infine dalle ricerche sul ruolo dei fattori psicologici e comportamentali nella previsione delle patologie oncologiche. Psichiatri e psicologi contribuiscono ad accrescere con la loro attività le conoscenze sulla qualità di vita del paziente oncologico descrivendone le fasi d'adattamento alla patologia, le reazioni ai cambiamenti fisici e funzionali legati ad interventi chirurgici radicali, le principali risposte alla comunicazione della diagnosi e della prognosi. L'attività di questo servizio di psicologia si sviluppa principalmente in tre aree: attività clinica, di formazione e di ricerca

La prospettiva psicosociale in oncologia si sviluppa negli anni cinquanta quando negli Stati Uniti si costituiscono le prime associazioni di pazienti laringectomizzati, colostomizzati e di donne operate al seno. Psichiatri e psicologi contribuiscono ad accrescere, con la loro attività, le conoscenze sulla qualità di vita del paziente descrivendone le fasi di adattamento alla patologia, le reazioni ai cambiamenti fisici e funzionali legati ad interventi chirurgici radicali, le principali risposte alla comunicazione della diagnosi e della prognosi. In questo stesso periodo nasce, presso il *Memorial Sloan - Kettering Center* di New York, il primo servizio autonomo finalizzato all'assistenza psicologica al paziente affetto da cancro.

In Europa, gli anni settanta sono caratterizzati da un crescente interesse per l'approccio psicosociale da parte di discipline quali l'oncologia, la psichiatria, la psicologia, l'assistenza sociale ed infermieristica. Tale interesse è giustificato dalle aumentate possibilità di cura dei tumori, dal crescente numero di malati che accettano di parlare apertamente della propria esperienza, dalla tendenza a coinvolgere il paziente nelle decisioni relative ai trattamenti, dalla crescente partecipazione dei professionisti della salute mentale alla cura dei pazienti affetti da cancro, infine dalle ricerche sul ruolo dei fattori psicologici e comportamentali nella prevenzione delle patologie oncologiche. Molti centri ed alcune organizzazioni contribuiscono a sviluppare queste nuove tendenze attraverso studi sulla qualità di vita ed attività di tipo clinico.

In Italia negli anni ottanta nasce presso l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova, il primo Servizio autonomo di Psicologia; qualche anno dopo, prima l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano e nel 1992 l'Istituto Regina Elena per lo Studio e la Cura dei Tumori di Roma istituiscono un Servizio autonomo di Psicologia. Nel 1993 in 40 centri ospedalieri italiani dislocati su tutto il territorio nazionale è prevista una regolare o saltuaria attività di assistenza psicologica ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

Il proposito di creare una rete tra i professionisti del settore porta negli Stati Uniti nel 1984 alla costituzione della *International Psychooncology Society* (IPOS); in Italia nel 1985 viene fondata la Società Italiana di Psiconcologia (SIPO) e in Europa nel 1986 si costituisce la *European Society of Psychosocial Oncology* (ESPO).

Il passaggio dal curare la patologia al prendersi cura della persona malata ha portato dunque a considerare tutte quelle dinamiche psicologiche che dalla malattia oncologica e con la malattia oncologica nascono.

È la presa in carico del soggetto, piuttosto che della sua malattia, a costituire il motore della ricerca di una nuova modalità di assistenza che integri l'aspetto emozionale con gli aspetti biomedici della cura, con tutto ciò che questo comporta. Cancro significa morte, dolore, lutto per la perdita di parti di sé, angoscia per qualcosa che, pur essendo parte del corpo stesso, lo distrugge. Tali emozioni possono d'altra parte costituire una possibilità di crisi/cambiamento per la persona che le sperimenta, laddove le venga offerto un contenimento efficace. Tale funzione di contenimento può essere assolta da interventi psicologici di tipo specialistico all'interno di un approccio d'équipe che costituisce, per il paziente e la sua famiglia, un'esperienza emozionale importante: il sentirsi accolti nella totalità del proprio essere bio-psico-sociale e nella continuità della propria storia.

La specificità della Psiconcologia consiste quindi nel suo rivolgersi ad un paziente il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma dalla situazione traumatizzante della malattia.

E. Capovilla e coll. hanno sottolineato che, se da una parte negli ultimi anni si è assistito ad una espansione della cultura psiconcologica, dall'altra non esiste una strutturazione definitiva rispetto agli standard di intervento; di conseguenza le modalità con cui viene creato un Servizio dipendono dalle singole realtà e/o dagli interessi dei singoli centri.

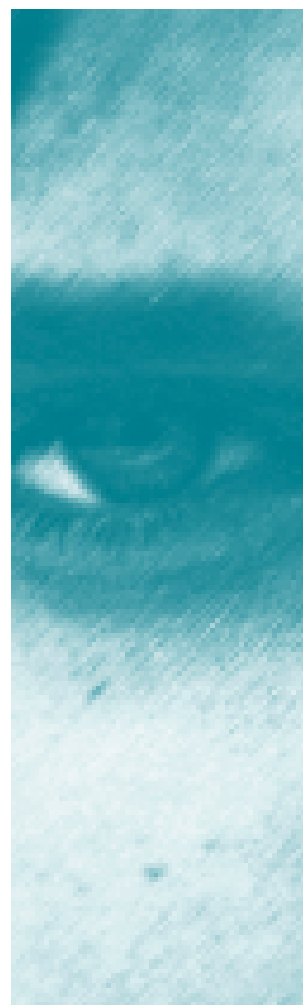
In Italia, benché la Psiconcologia abbia raggiunto una propria identità, permangono notevoli resistenze da parte dello stesso sistema sanitario che, se da un lato riconosce l'importanza delle variabili psicosociali nelle patologie cancerose, dall'altro sembra non cogliere totalmente la disciplina psiconcologica, come area specialistica considerandola spesso non remunerativa, di lusso o superflua.

L'Esperienza del Servizio di Psicologia dell'Istituto Regina Elena

Requisito base per lo sviluppo dei Servizi di Psicologia nelle strutture sanitarie è considerare mente e corpo non come entità separate che operano indipendentemente, ma due aspetti distinti e integrati della persona.

Più che in altri settori della medicina, in oncologia si è sentita sempre più la necessità di sviluppare dei Servizi di Psicologia che si riferiscono al modello della psichiatria di *liaison*. G. Morasso e L. Grassi evidenziano che i motivi di questo sviluppo sono da una parte la morbilità psicosociale nel paziente affetto da cancro e nei suoi familiari e dall'altro il problema delle difficoltà relazionali e del disagio psiconcologico degli operatori oncologici, con la conseguente necessità di formazione.

È partendo da questa considerazione che si è dato il via al Servizio di Psicologia dell'Istituto Regina Elena di Roma. L'attività del Servizio rientra in tre aree: attività clinica, di ricerca e di formazione.



La specificità della Psiconcologia consiste nel suo rivolgersi ad un paziente il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma dalla situazione traumatizzante della malattia

Attività Clinica

L'intervento dello psico-oncologo si realizza all'interno di un modello operativo di intervento integrato e si esplica a più livelli:

- intervento psicologico informale;
- psicodiagnosi;
- intervento psicologico su richiesta del paziente e/o dei familiari;
- consulenza psicologica al medico;
- riunioni d'équipe.

Intervento psicologico informale

Nell'ottica di una presa in carico globale del soggetto e con l'obiettivo di rispondere ai bisogni del paziente, lo psico-oncologo affianca il medico specialista durante la visita. Il setting dell'ambulatorio o del reparto viene così trasformato in uno spazio personale del paziente all'interno del quale il soggetto può raccontarsi, sentirsi ascoltato e riconoscere i propri bisogni. A tal fine lo psicologo interviene:

- sulla relazione medico –paziente per facilitare la comunicazione, esplicitare l'intervento del medico, decodificare le richieste verbali e non verbali del paziente, intervenire sulla relazione;
- sul paziente per favorire la comprensione delle informazioni, contenere l'ansia, facilitare le scariche emotive, individuare e sostenere le risorse interne, ripristinare uno stato di equilibrio;
- sulla relazione paziente-familiare per facilitare la comunicazione, intervenire su eventuali conflitti e problematiche che possono insorgere in quella sede.

Psicodiagnosi

Lo psico-oncologo finalizza il primo o i primi colloqui clinici con il paziente alla formulazione di una diagnosi psicologica per evidenziare anche i soggetti a rischio, cioè quei soggetti che potrebbero sviluppare disturbi psicopatologici. I primi colloqui clinici sono pertanto colloqui semistrutturati e finalizzati anche alla compilazione di una cartella clinico-psicologica. Se necessario, il paziente viene sottoposto anche alla somministrazione di test psicometrici per indagare aree specifiche. In particolare, lo psico-oncologo mira a rilevare:

- la dimensione cognitivo-emozionale del paziente;
- la capacità di adattamento;
- la comprensione delle informazioni;
- la capacità di rapportarsi con il suo stato attuale;
- la qualità di vita;
- i bisogni, le richieste, le aspettative;
- la struttura familiare e il suo funzionamento;
- le relazioni con gli operatori (in particolare con il medico).

Intervento psicologico mirato

Su richiesta del paziente e/o dei familiari lo psico-oncologo mette in atto un intervento psicologico mirato. Esso consiste spesso in un intervento focalizzato su un evento acuto o una psicoterapia offerta sia al paziente sia ai suoi familiari durante la malattia. In particolare lo psico-oncologo mira a:

- fornire informazioni;
- favorire le relazioni medico/paziente, familiare/paziente;
- favorire il processo decisionale nel paziente;
- incoraggiare il paziente a verbalizzare pensieri e sentimenti negativi relativi alla malattia;
- contenere lo stato di sofferenza soggettiva;
- promuovere l'adesione e la partecipazione attiva e consapevole del paziente in ogni fase dell'iter clinico;
- favorire il complesso adattamento del paziente alla nuova realtà, aiutandolo ad integrare la malattia nella propria esperienza di vita e a dare un senso a ciò che è successo;

- favorire l'adattamento dei familiari alla nuova realtà.

La scelta del tipo di intervento dipende da una serie di fattori quali struttura di personalità del paziente, fase del ciclo di vita, bisogni e richieste del paziente, tipo di problema, tipo di tumore e sua localizzazione, fase di malattia, supporto sociale etc.

Le principali tecniche utilizzate sono:

- counselling;
- intervento sulla crisi;
- psicoterapia.

Consulenza psicologica al medico

Lo psico-oncologo può effettuare consulenze al medico in relazione a tutte quelle variabili psicologiche rilevate al momento della psicodiagnosi, in particolare rispetto a:

- assetto cognitivo-emozionale del paziente;
- capacità di adattamento del paziente;
- comprensione da parte del paziente delle informazioni ricevute;
- capacità del paziente di rapportarsi con il suo stato attuale;
- bisogni, aspettative e richieste del paziente;
- struttura familiare del paziente;
- modalità comunicativa da utilizzare;
- firma del consenso informato (consenso consapevole).

Riunioni d'équipe

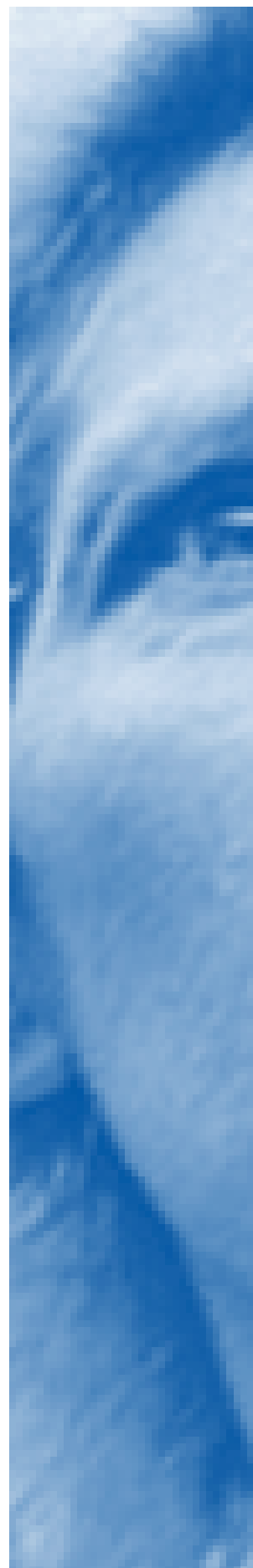
La presenza dello psico-oncologo nell'équipe curante permette l'analisi dei contenuti emotivi legati all'attività assistenziale e delle dinamiche relazionali dell'operatore con il paziente, con la famiglia e tra gli operatori. Tale analisi favorisce una maggiore consapevolezza in ogni operatore sia delle proprie ed altrui risposte emotive alle diverse situazioni e della possibilità di utilizzare le stesse in modo più adeguato, sia delle dinamiche relazionali proprie con il paziente, con la famiglia e tra gli operatori. Tale consapevolezza determina la presa di coscienza di alternative possibili che porta ad un cambiamento delle modalità relazionali con il paziente, con la famiglia e tra gli operatori e previene quella forma di stress lavorativo definito *burnout*.

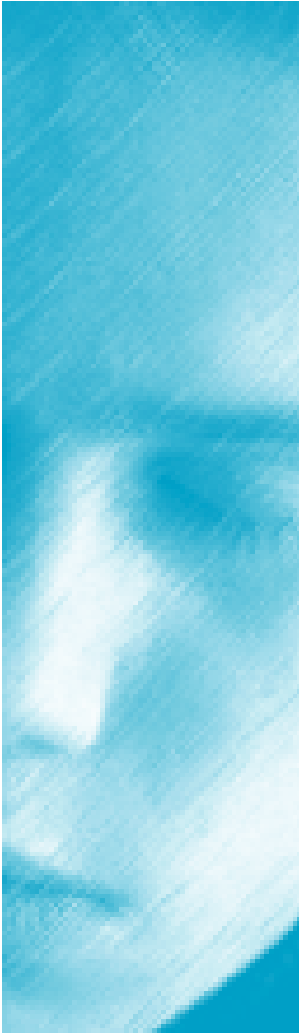
Attività di formazione

La seconda area di interesse del Servizio di Psicologia è la formazione del personale curante che lavora in ambito oncologico, sia interno sia dislocato su tutto il territorio nazionale. Con questo obiettivo nel 1997 è stato istituito all'interno dell'Istituto Regina Elena con la partecipazione della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ed il patrocinio della Società Italiana di Psico-Oncologia il Corso biennale in Psicologia Oncologica, oggi alla sua VI edizione. Il Corso, articolato in 200 unità didattiche divise in quattro moduli per il primo anno e quattro per il secondo, è rivolto a tutte le figure professionali che operano in campo oncologico quindi psicologi, medici, infermieri, assistenti sociali ecc. I moduli sono strutturati con incontri intensivi di tre giornate, ognuno di essi caratterizzato da un tema specifico sviluppato nel corso del modulo stesso.

Ogni modulo prevede la presenza di un conduttore che ha la funzione di raccordare i contenuti teorici portati dai docenti ai lavori esperienziali all'interno del gruppo. Le modalità e le tecniche di lavoro nell'ambito dei gruppi sono spesso differenti essendo stati scelti, volutamente, psicoterapeuti di diversa formazione che garantiscono al gruppo la possibilità di sperimentare differenti tipi di relazione, sia con i formatori sia con i colleghi.

La base teorica sulla quale si fonda l'utilizzo di metodi interattivi è l'idea che l'apprendimento si realizzi più facilmente dall'esperienza che si vive, si comprende e si elabora poiché dà la possibilità di attuare una presa di coscienza rispetto ai problemi e quindi favorisce la ristrutturazione del cambiamento. Riportare in sede formativa quanto si vive nella pratica clinica diviene un momento di confronto e di scambio di esperienze professionali consentendo, da una parte la condivisione di tecni-





La scelta del tipo di intervento dipende da una serie di fattori quali struttura di personalità del paziente, fase del ciclo di vita, bisogni e richieste del paziente, tipo di problema, tipo di tumore e sua localizzazione, fase di malattia, supporto sociale

che e di strumenti, dall'altra l'elaborazione dei vissuti emotivi che nascono e si sviluppano in tale contesto. Sicuramente il fattore "gruppo" è fondamentale per l'utilizzo di queste metodologie; il role-playing, ad esempio favorisce lo sviluppo di abilità professionali specifiche mediante una rappresentazione di ruoli lavorativi che interagiscono tra loro. Successivamente alla "simulata" viene creato uno spazio per la discussione e l'elaborazione dei vissuti dei singoli partecipanti.

Altri tipi di metodologia utilizzati sono l'addestramento e la discussione dei casi clinici. Nel primo caso i partecipanti al Corso vengono suddivisi in piccoli gruppi per lavorare su tematiche specifiche o su un progetto di lavoro, allo scopo di addestrare l'operatore al lavoro in équipe; allo stesso modo la discussione dei casi clinici permette l'apprendimento di strumenti da utilizzare nell'intervento su casi analoghi a quello esposto e consente lo sviluppo della capacità di analisi di situazioni specifiche. In tutti i casi si dedica uno spazio all'elaborazione dei vissuti per favorirne una presa di coscienza in ciascun operatore e facilitarne il confronto e lo scambio tra gli operatori stessi.

Ad oggi le domande di ammissione pervenute alla segreteria del Corso biennale in Psicologia Oncologica sono 237 ed il numero degli allievi selezionati ed iscritti al Corso sono 159.

L'attività formativa del Servizio di Psicologia prevede inoltre, l'organizzazione di eventi in ambito oncologico quali convegni, seminari e brevi corsi.

Attività di ricerca

Per privilegiare un approccio il più possibile globale al paziente, l'attività di ricerca spesso si affianca all'attività clinica e si integra con l'attività clinica e di ricerca dei Servizi e delle Divisioni dell'Istituto Regina Elena. I settori di ricerca del Servizio di Psicologia riguardano i seguenti temi:

- rilevazione delle variabili psicosociali nel processo di adattamento delle pazienti mastectomizzate che richiedono l'intervento di chirurgia plastica ricostruttiva;
- profilo psicosessuale e socio-affettivo delle pazienti che si sottopongono a ricostruzione mammaria dopo mastectomia;
- aspetti psicologici del counselling genetico;
- lo screening del distress psicologico in pazienti oncologici ricoverati. Uno studio degli IRCCS Italiani;
- la relazione d'aiuto nella pratica clinica infermieristica: valutazione dell'impatto di un modello formativo.

Il counselling genetico in oncologia

A scopo esemplificativo verrà presentato sul progetto del counselling genetico, con l'obiettivo di presentare un modello di integrazione tra attività clinica e di ricerca tra Servizi e Divisioni dell'Istituto Regina Elena.

Il counselling genetico in oncologia è parte integrante di un processo che ha come obiettivo la gestione globale di tutti i soggetti a rischio e/o affetti, provenienti da famiglie predisposte a forme ereditarie di cancro. Il counselling genetico in oncologia si configura come un processo che prevede che le informazioni riguardanti le modalità di trasmissione e rischio di comparsa del tumore specifico, la sua storia naturale, la possibilità di diagnosi precoce e di trattamento delle malattie ereditarie o familiari, debbono essere fornite con modalità che considerano la soggettività del paziente e/o soggetto a rischio (consultante) con l'obiettivo di aiutarlo a maturare con consapevolezza le scelte necessarie, nel rispetto della sua qualità di vita.

La letteratura degli ultimi anni testimonia la presenza di un interesse molto vivo per le problematiche associate alla possibilità di un determinato soggetto di valutare il rischio di ammalarsi di patologie di tipo oncologico. Molti di questi lavori sottolineano la necessità di considerare, durante il processo del counselling genetico, non solo l'aspetto biomedico ma anche la dimensione psico-emozionale dei soggetti coinvolti. La comunicazione di informazioni genetiche può produrre reazioni di ordine psicologico tra le quali troviamo diniego, bassa autostima, sentimenti di colpa, ansia,

più frequenti se non si è a conoscenza delle modalità di riduzione del rischio o di trattamento della patologia. La letteratura indica la necessità di realizzare un approccio interdisciplinare nel counselling genetico integrando i punti di vista etico, medico e psicologico. Pertanto, nell'ottica di considerare il consultante nella sua globalità prestando quindi attenzione sia agli aspetti bio-medici che agli aspetti psicologici e sociali, si è costituito presso l'Istituto Regina Elena di Roma un gruppo interdisciplinare per il counselling genetico. Tale gruppo interdisciplinare vede coinvolti differenti figure professionali provenienti dalla Divisione di Oncologia Medica, dalla Divisione di Chirurgia Oncologica, dal Servizio di Psicologia, dalla Divisione di Radiologia e dal Laboratorio di Analisi Cliniche e Molecolari. Gli operatori del gruppo interdisciplinare hanno delineato un "percorso integrato" definendo i tempi della consulenza; ideato un modello operativo di intervento integrato e messo a punto un progetto di ricerca. I tempi di esecuzione della consulenza (Tab. 1) sono stati definiti con l'obiettivo di permettere al consultante di raggiungere in ogni fase della consulenza un'adeguata capacità di rapportarsi con il suo stato attuale, per poter effettuare sempre una scelta consapevole.

Tab.1. PERCORSO INTEGRATO

Tempo	
T0*	Informazioni riguardanti le modalità di trasmissione e il rischio di comparsa di forme tumorali familiari e/o ereditarie
T1	Raccolta dei dati anamnestici. Compilazione dell'albero genealogico
T2	Comunicazione eleggibilità al test genetico
T3**	Prelievo di sangue per il test genetico
T4	Comunicazione esito test genetico. Eventuale proposizione programma di sorveglianza.

* A T0 lo psico-oncologo affianca sempre il medico specialista.

** Il tempo che intercorre tra T2 e T3 (14 giorni) ha l'obiettivo di favorire nel consultante l'elaborazione delle informazioni ricevute per una scelta consapevole.

Nel modello delineato è previsto che in alcuni momenti (prefissati o su richiesta del medico) del processo del counselling genetico, lo psico-oncologo affianchi il medico specialista.

L'intervento clinico dello psico-oncologo si esplica a più livelli riproponendo il modello operativo esposto nella presentazione dell'attività clinica del Servizio di Psicologia.

Per quanto riguarda il progetto di ricerca gli obiettivi rientrano in due aree:

Area interdisciplinare

Contribuire allo sviluppo di una strategia di intervento integrato medico-oncologo, psico-oncologo, medico-genetista durante tutto il processo del counselling genetico e del programma di sorveglianza.

Area psicologica

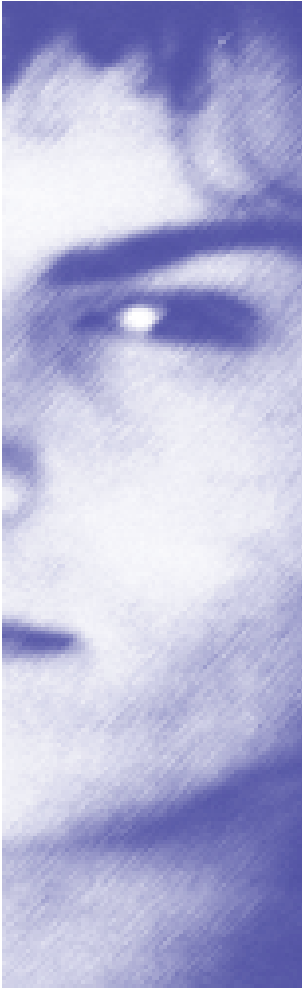
1. valutare l'impatto psicosociale del counselling genetico e del programma di sorveglianza sul consultante;
2. valutare il processo di adattamento del consultante durante tutto il processo del counselling genetico e del programma di sorveglianza;
3. delineare il profilo psicosociale dei soggetti asintomatici a rischio che sviluppano il tumore.

Vengono utilizzati per la rilevazione dei dati strumenti clinici e psicometrici:

- colloquio clinico semistrutturato, finalizzato ad indagare aree specifiche;
- MMPI 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disturbi di tipo emotivo;
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) per la valutazione dell'ansia e della depressione;



Il counselling genetico in oncologia prevede che le informazioni siano fornite con modalità che considerano la soggettività del paziente e/o soggetto a rischio per aiutarlo a maturare le scelte necessarie, nel rispetto della sua qualità di vita



Molte ricerche sottolineano la necessità di considerare, durante il processo del counselling genetico, non solo l'aspetto biomedico ma anche la dimensione psico-emozionale dei soggetti coinvolti

- FACES III (Family Adaption and Cohesion Scale) per la valutazione sia della struttura familiare e del suo funzionamento, sia della soddisfazione dei vari membri rispetto a tali aspetti.

La valutazione psicologica viene ripetuta (Tab.2) affiancandosi ai tempi del percorso integrato del counselling genetico e dell'eventuale programma di sorveglianza.

Tab. 2. VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Tempo	
T0*	Informazioni riguardanti le modalità di trasmissione e il rischio di comparsa di forme tumorali familiari e/o ereditarie. Valutazione psicologica
T1	Raccolta dei dati anamnestici. Compilazione dell'albero genealogico. Valutazione psicologica
T2	Comunicazione eleggibilità al test genetico. Valutazione psicologica
T3	Prelievo di sangue per il test genetico. Valutazione psicologica
T4	Comunicazione esito test genetico Eventuale proposizione programma di sorveglianza. Valutazione psicologica

* MMPI2, a differenza degli altri strumenti, questo test viene somministrato ogni 12 mesi.

CONCLUSIONI

L'Istituzione di un Servizio di Psicologia in un Istituto Oncologico a Carattere Scientifico si è realizzato non senza resistenze da parte dello stesso sistema sanitario, riluttante a riconoscere l'importanza delle variabili psicosociali nelle patologie cancerose.

Quanto esposto è il risultato di un percorso compiuto, e ancora in atto, dagli psicologi negli ultimi 15 anni e che ha permesso di realizzare un modello operativo di intervento che tiene conto della globalità dei bisogni del soggetto ed è caratterizzato da un approccio psicosociale al paziente e ai familiari.



BIBLIOGRAFIA

- Avallone F., (1989), *La formazione psicosociale: metodologie e tecniche*, NIS, Roma.
- Bruscaglioni M., (1991), *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*, Franco Angeli, Milano.
- Capovilla E., Fiorentino M., Martella S., Mariggio, (1994), A. *Trends for Psycho-Oncology in Italy: a preliminary survey of the operating structures*. *Psycho – Oncology* 3: 245-247.
- Caruso A., Terzoli E., Nisi E., Garufi C., Pugliese P., (1993), *Operatività dell'intervento psicologico* in *Il Disagio psichico in Oncologia*, Spazio Libri Editori, Ferrara, pp. 235-238.
- Caruso A., Terzoli E., Nisi E., Ravenna A.R., Pugliese P., (1993), *Nuova modalità operativa: intervento psicologico informale*, *Tumori* vol. 79, 3 abstract n. 374: 113.
- Caruso A., 24-27 Novembre (1999), *Il counselling genetico in oncologia: aspetti psicologici* in *Atti VI Convegno Nazionale SIPO*, Padova, pp. 99-106.
- Gallini R., (1991), *Schola Medici: basi e tecniche dell'apprendimento formativo*, NIS, Roma.
- Grassi L., Gatti M.E., Magnani K., (2002), *L'organizzazione dei servizi di psiconcologia*, in *Psiconcologia*, Masson, Milano, pp. 1135-1143.
- Grassi L., Morasso G. Psico, (1999), *Oncologia: lusso o necessità?*, *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 1:4-10.
- Lerman C., Rimer B.K., Engstrom P.F., (1991), *Cancer risk notification: psychosocial and ethical implications*, *Journal of clinical Oncology*, 9:1275-1282.
- Morasso G., Di Leo S., Grassi L., (2002), *La psiconcologia: stato dell'arte*, in *Psiconcologia*, Masson, Milano, pp. 3-9.
- Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica in psiconcologia*. Linee guida della Società Italiana di Psiconcologia, (1998).
- Tamburini M., (1999), *Malati di rischio. Implicazioni etiche, legali e psicosociali di test genetici in oncologia*, Masson, Milano.
- Tonamichel M., Bianchi G., Balanzin M., Degrate A., (24-27 Novembre 1999), *L'influenza dell'attività di Liaison sulla domanda di consultazioni psichiatriche* in *Atti VI Convegno Nazionale SIPO*, Padova, pp. 47-52.



Psychoncology: experience in Psychological Service of a scientific oncologic institute

The psychoncology topical interest is justified by the growing possibilities of treating oncologic patients, by the rising number of sick persons who are agree to speak about their conditions, by the actual tendencies to acquaint patients with decisions looking on treatments, by the increasing participation of mental health experts in oncologic patients' treatments, and finally by researches about the importance of psychological and behavioural factors in prevision of oncologic pathologies.

Psychiatrists and psychologists improve their knowledges of oncologic patients' quality of life. They describe the adaptation to pathology, the reactions to physical and functional changes related to drastic surgical operations, the most common answers to communication of diagnosis and prognosis.

The activity of Psychological Service develops in three areas: clinical activities, professional training and research activities.

Linee 01 *società*

Psicologia
transculturale: le
linee di condotta etica
dell'*American
psychological
association*

Etnopsicologia,
etnopsichiatria,
etnomedicina: Un
approccio
antropologico per
l'integrazione di
sistemi socio-sanitari



Psicologia transculturale

Le linee di condotta etica dell'APA (*American Psychological Association*) per orientare gli psicologi nel loro lavoro con le diversità etniche, linguistiche, e culturali delle varie popolazioni

VITO TUMMINO

C'

è un crescente interesse tra gli psicologi a capire i fattori culturali ed etnici in modo da fornire prestazioni psicologiche adeguate. Questo aumentato interesse per migliorare la qualità dei servizi psicologici per le popolazioni di diversa etnia, lingua e cultura è imputabile, in parte, alla crescente presenza politica e sociale dei diversi gruppi culturali, sia all'interno dell'APA che nella società più allargata. Una nuova serie di valori, credenze e aspettative culturali sono state introdotte nei sistemi educativi, politici di affari e salute attraverso la presenza fisica di questi gruppi. I problemi di lingua e di cultura influenzano fortemente l'approvvigionamento di appropriati servizi psicologici.

I fornitori del servizio psicologico hanno bisogno di una struttura socioculturale per considerare in maniera sistematica la diversità di valori, di stili interazionali e aspettative culturali. Essi hanno bisogno di conoscenze e tecniche per l'intervento e l'assestamento multiculturale, incluse le abilità nei seguenti campi:

- a) accettare la diversità culturale;
- b) capire il ruolo che la cultura e l'etnicità/razza giocano nello sviluppo sociopsicologico ed economico delle varie popolazioni diverse in etnia e cultura;
- c) capire che i fattori socioeconomici e politici hanno un'influenza significativa sullo sviluppo psicologico, politico ed economico dei diversi gruppi etnici e culturali;
- d) aiutare i clienti a capire/mantenere/risolvere la loro propria identificazione socioculturale;
- e) capire l'influenza di cultura, genere e orientamento sessuale sul comportamento e i bisogni.

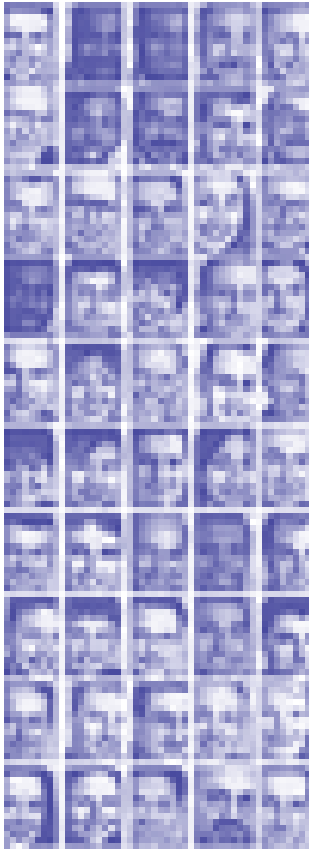
Allo stesso modo, c'è bisogno di sviluppare una struttura concettuale che consentirebbe agli psicologi di organizzare, di accedere e di stimare accuratamente il valore e l'utilità delle ricerche esistenti e future che coinvolgono le popolazioni etnicamente e culturalmente diverse.

La ricerca si è indirizzata verso temi riguardanti la sensibilità dei servizi psicologici nei confronti dei bisogni delle popolazioni di minoranze etniche.

Il fulcro dei problemi di ricerca di sanità mentale ha incluso:

- a. l'impatto della somiglianza etnica/ razziale nel processo di counseling;
- b. l'utilizzo da parte della minoranza dei servizi di sanità mentale;
- c. l'efficacia di stili di terapia direttiva non-direttiva;
- d. il ruolo dei valori culturali nel trattamento;
- e. counseling e modelli di terapia appropriati;
- f. competenza e abilità nel lavoro con specifiche popolazioni etniche.

L'APA's *Board of Ethnic Minority Affairs* (BEMA) ha stabilito un obiettivo mirato nella consegna di servizi alle popolazioni di minoranza etnica nel 1988 in risposta all'aumentata consapevolezza circa i bisogni di servizio psicologico associati alla diversità etnica e culturale. Le popolazioni interessate includono, ma non sono limitati ai seguenti gruppi: indiani d'America/ nativi dell'Alaska, americani asiatici e spagnoli/



I fornitori del servizio psicologico hanno bisogno di una struttura socioculturale per considerare in maniera sistematica la diversità di valori, di stili interazionali e aspettative culturali

latini. Per esempio, le popolazioni includono anche i gruppi di rifugiati ed immigrati arrivati di recente e subculture statunitensi come gli *Amish*, *Hasidic* ebrei e il popolo rurale *Appalachian*.

La Task Force ha stabilito come sua prima priorità lo sviluppo delle *Linee Guida per Fornitori di Servizi Psicologici alle Popolazioni diverse in Etnia, Lingua e Cultura*. Le linee guida che seguono intendono fare luce su tutte le aree di distribuzione di servizio, non semplicemente su tentativi clinici o di counseling.

Linee Guida

Le Linee Guida rappresentano principi generali che si propongono obiettivi definiti e sono sviluppati in modo da fornire delle proposte agli psicologi che lavorano con popolazioni di diversa etnia, lingua e cultura.

- Gli psicologi educano i loro clienti ai processi di intervento psicologico, come gli scopi e le aspettative, il raggio d'azione e, quando appropriati, i limiti legali di confidenzialità;
- quando è possibile, forniscono informazioni sia scritte che spiegazioni orali;
- quando possibile, l'informazione scritta è fornita in una lingua comprensibile al cliente;
- sono competenti di una ricerca rilevante e sono esperti in problemi come quelli riferiti dalla popolazione che si giova di queste loro competenze;
- sono consapevoli che l'etnia e la cultura hanno un impatto sul comportamento e tengono conto di questi fattori quando lavorano con i diversi gruppi etnici/razziali;
- cercano di avere delle esperienze educative e di formazione in modo da migliorare la loro comprensione dei bisogni di queste popolazioni in modo più appropriato ed efficace. Queste esperienze includono la documentazione e la letteratura culturale, sociale, psicologica, politica, economica e storica specifica per il particolare gruppo etnico di cui ci si sta interessando;
- riconoscono i limiti delle loro competenze ed esperienze. Quelli che non possiedono abbastanza conoscenze e formazione relativi al gruppo etnico ricercano consulenza e/o riferimenti e, se necessario, ricorrono ad esperti competenti;
- considerano la validità di uno strumento dato o di una procedura ed interpretano i risultanti dati, mantenendo ben chiare le caratteristiche linguistiche della persona che si sta valutando. Gli psicologi sono consapevoli dei risultati del test della popolazione e delle possibili limitazioni dell'applicazione degli stessi strumenti con altre popolazioni;
- riconoscono l'etnicità e la cultura come parametri significativi nella comprensione dei processi psicologici;
- non curanti di un background etnico/razziale, sono coscienti di quanto la loro propria esperienza/formazione culturale insieme ad attitudini, valori e tendenze, influenzino i processi psicologici. Essi si impegnano per correggere ogni pregiudizio e inclinazione sbagliata.

Dichiarazione illustrativa: gli psicologi potrebbero abitualmente chiedersi: «È appropriato vedere questo cliente (od organizzazione) in modo tanto differente da quanto io farei se essi fossero del mio stesso gruppo culturale o etnico?».

La pratica degli psicologi comprende la comprensione della formazione etnica e culturale del cliente. Questo include la familiarità con la cultura predominante e i modi attraverso cui la cultura del cliente potrebbe unire o migliorare i vari aspetti della cultura predominante e/o di una più ampia parte della società.

Dichiarazione illustrativa: i tipi principali di attività sociali alle quali le famiglie partecipano potrebbero offrire informazioni circa il livello e la qualità di acculturazione alla società americana. È importante distinguere l'acculturazione dalla perma-

nenza negli Stati Uniti, e non supporre che questi problemi siano rilevanti solo per i nuovi immigrati e i rifugiati.

Gli psicologi aiutano i loro clienti ad aumentare la consapevolezza dei loro propri valori e norme culturali, e facilitano la riscoperta dei modi attraverso cui i clienti possono applicare questa consapevolezza alle loro vite e alla società.

Dichiarazione illustrativa: gli psicologi potrebbero aiutare i genitori a distinguere tra conflitti generazionali e mancanze culturali quando sorgono dei problemi tra essi stessi e loro bambini. Nel processo, gli psicologi potrebbero aiutare entrambi i genitori e i bambini ad apprezzare i loro valori culturali distintivi.

Gli psicologi cercano di aiutare il cliente a determinare se un «problema» deriva dal razzismo o da influenze altrui, in modo che il cliente non personalizzi inopportuna-mente i problemi.

Dichiarazione illustrativa: il concetto di «sana paranoia», come modo attraverso cui le minoranze etniche potrebbero sviluppare dei comportamenti difensivi in risposta alla discriminazione, illustra questo principio.

Nel fornire il loro intervento, gli psicologi non considerano solo i differenti problemi diagnostici ma anche le credenze e i valori culturali dei clienti e la loro interazione.

Dichiarazione illustrativa: c'è un disturbo mentale tra i tradizionali Navajo chiamato "Moth madness" (Falena pazza). I sintomi includono comportamenti simili all'essere presi (forse posseduti). Il disturbo viene interpretato dai Navajo come risultato soprannaturale di pensieri o comportamenti incestuosi. Entrambi i differenti interventi e diagnosi potrebbero prendere in considerazione i valori tradizionali della "Moth madness".

Gli psicologi rispettano i ruoli dei membri della famiglia e delle strutture comunitarie, gerarchie, valori e credenze all'interno della cultura del cliente e identificano le risorse nella famiglia e nella comunità allargata. La chiarificazione del ruolo dello psicologo e le aspettative del cliente precedono l'intervento. Gli psicologi cercano di assicurarsi che entrambi (psicologo e cliente) abbiano una comprensione chiara di quanto i ruoli e i servizi siano giusti.

Dichiarazione illustrativa: Non è inusuale che un'intera famiglia indiana americana vada in una clinica per avere supporto per la persona in condizioni di angoscia. Molte pratiche curative ritrovate tra le comunità degli indiani d'America sono centrate all'interno della famiglia e nell'intera comunità.

Gli psicologi rispettano la religione e/o le credenze spirituali e valori dei clienti, incluse le attribuzioni e le proibizioni, da quando mostrano una visione del mondo, un funzionamento psicosociale, ed espressioni di angoscia.

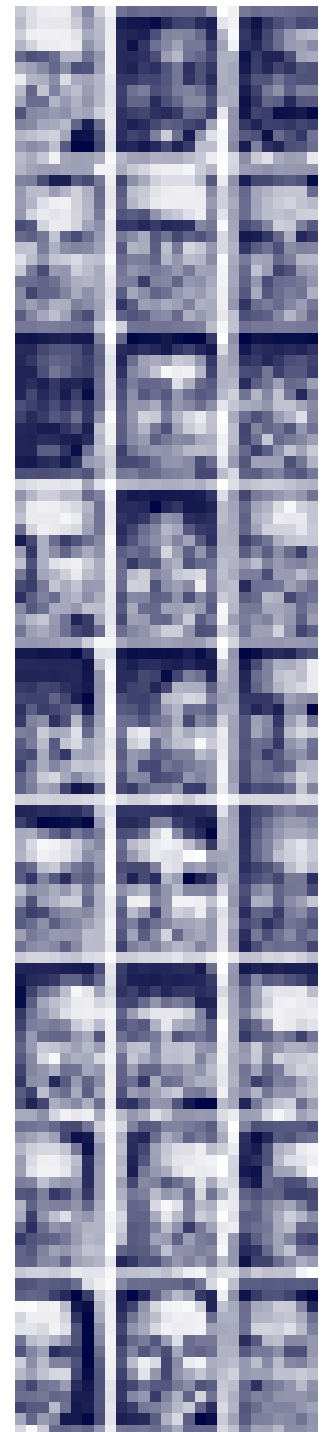
Parte del lavoro nelle comunità minoritarie è familiare con le pratiche e credenze indigene e le rispetta.

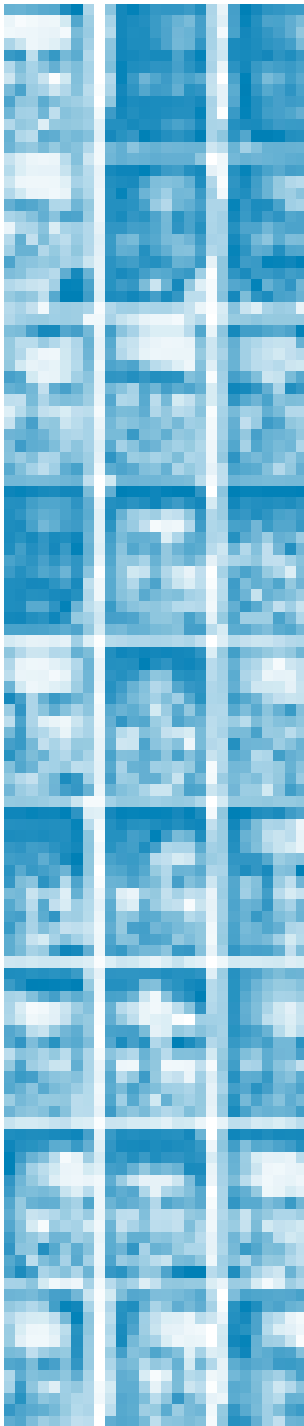
Dichiarazione illustrativa: I tradizionali guaritori (sciamani, curanderos, esperitistas) hanno un importante ruolo nelle comunità minoritarie.

L'intervento psicologico effettivo può essere supportato dalla consultazione e/o inclusione di praticanti/leaders religiosi/spirituali rilevanti per la cultura e i sistemi di credenze del cliente.

Gli psicologi:

- interagiscono con la lingua richiesta dal cliente e, se questo non è possibile, rimandano ad un consulto appropriato. I problemi potrebbero sorgere quando le capacità linguistiche dello psicologo non si combinano con la lingua del cliente. In questo caso, gli psicologi indirizzano il cliente ad un professionista di salute mentale che è competente nell'interagire con la lingua del cliente. Se questo non è possibile, gli psicologi offrono un traduttore con una conoscenza culturale ed una appropriata struttura professionale. Quando non è disponibile alcun traduttore, allora un paraprofessionista addestrato nella cultura del cliente viene utilizzato come un traduttore/mediatore culturale. Se è necessaria una traduzione, gli





psicologi non mantengono i servizi dei traduttori/paraprofessionisti che potrebbero avere un duplice ruolo con il cliente, evitando di mettere in pericolo la validità di soluzioni o l'efficacia dell'intervento;

- interpretano e riferiscono i risultati del test in modo comprensibile e rilevante ai bisogni degli assistiti;
- considerano l'impatto di fattori avversi sociali, politici e ambientali nel valutare problemi, progettare interventi, definire strategie da usare assieme al livello dei bisogni del cliente (gerarchia dei bisogni di Maslow).

Dichiarazione illustrativa: un basso reddito potrebbe essere associato con alcuni fattori di stress, come la malnutrizione, una modalità di vita al di sotto della norma, cure mediche indigenti; e le residenze rurali potrebbero significare un'inaccessibilità di servizi. I clienti potrebbero non accettare il trattamento del governo per alcune esperienze avute precedentemente (per esempio lo stato di rifugiato potrebbe essere associato con trattamenti violenti da parte delle agenzie e dagli ufficiali del governo).

Gli psicologi:

- lavorano entro la collocazione culturale per aumentare il benessere di tutte le persone interessate, e se c'è un conflitto tra valori culturali e diritti umani;
- fanno attenzione e lavorano per eliminare tendenze sbagliate, pregiudizi e pratiche discriminatorie;
- riconoscono le rilevanti pratiche discriminatorie al livello sociale e di comunità che potrebbe avere degli effetti sulla stabilità psicologica delle popolazioni che sono in oggetto.

Dichiarazione illustrativa: La depressione potrebbe essere associata a tentativi frustranti per raggiungere la scala sociale in un'organizzazione che è dominata da uno scaglione superiore di maschi Bianchi.

Gli psicologi:

- sono coscienti dei contesti sociopolitici nel portare risoluzioni e nel fornire interventi; essi sviluppano una sensibilità ai problemi di oppressione, sessismo, elitismo e razzismo.

Dichiarazione illustrativa: Un'impennata nell'espressione pubblica di rancore o anche violenza tra due gruppi etnici o culturali potrebbe aumentare l'ansietà in ogni membro dei gruppi. Questa ansietà interagirebbe con la sintomatologia prevalente. A livello di organizzazione il conflitto comunitario potrebbe interferire con l'aperta comunicazione all'interno dello staff.

Gli psicologi che lavorano con le popolazioni differenti culturalmente dovrebbero aggiornare gli archivi di fattori rilevanti culturalmente e sociopoliticamente:

- numero di generazioni nel paese;
- numero di anni nel paese;
- fluenza nella lingua inglese;
- estensione di supporti familiari (o disintegrazione della famiglia);
- risorse di comunità;
- livello di educazione;
- cambiamento di stato sociale come risultato dell'arrivo in questo paese (per immigrati o rifugiati);
- relazioni intime con persone di diversi background;
- livello di stress in relazione all'acculturazione.

Etnopsicologia, etnopschiatra, etnomedicina: un approccio antropologico per l'integrazione di sistemi socio-sanitari

AZZO GHIDINELLI

In questo articolo viene tenacemente esposta la tesi della necessità di un'integrazione tra i vari sistemi socio-sanitari esistenti in America centrale. Diversamente da molti medici latino-americani, l'autore ritiene l'istituzione sciamanica un patrimonio culturale di base da riscattare e da studiare a fondo per arrivare allo sviluppo di una psichiatria e di una terapia coerente con le culture della regione. Per queste ragioni l'OMS nel 1978 ha raccomandato il riconoscimento dei THW (*Traditional Health Workers*) e la loro incorporazione nei programmi di studio della comunità, in modo da creare una rete di scambio d'informazione con il personale

INTRODUZIONE

Cultura, magia ed etnomedicina

Se noi accettiamo che cultura è l'insieme complesso di modelli che sono stati interiorizzati dall'uomo e che servono per risolvere i problemi della condizione umana (Ghidinelli-Orozco, 1983) capiremo la funzione necessaria che ha nei diversi gruppi. Come l'antropologia ha definitivamente dimostrato, la cultura non è soltanto una parte intrinseca della natura dell'uomo, ma anche ciò che lo distingue dagli altri animali. Non c'è una sola cultura, come correntemente si crede, ma tante quanti sono i gruppi umani sulla terra. Ogni gruppo, con la sua peculiare esperienza storica, a poco a poco, si è adattato al proprio ecosistema, giungendo così a diversi modi di risoluzione dei problemi della condizione umana. Gli inconvenienti sorgono quando dobbiamo valutare i modelli, le condotte o le azioni fuori del nostro ambito culturale. La tendenza, in questi casi, è di cercare di capire il diverso attraverso i nostri canoni. Da qui deriva l'atteggiamento etnocentrico, cioè la tendenza a valutare idee e modelli sul calco dei nostri propri schemi culturali. È un atteggiamento di sfiducia verso tutto ciò che è diverso dalle nostre abitudini, dalla nostra mentalità, che radica nel subconscio e ci difende da ciò che ignoriamo e ci sembra lontano, o che è nuovo.

La nostra civiltà, ad esempio, fortemente influenzata dal razionalismo illuminista e della rivoluzione industriale oppone la ragione e la scienza alla magia e alle credenze. Ragione e scienza sono concepite come fondamento della nostra cultura moderna, mentre la magia è considerata come appartenente ad un orizzonte arcaico e primitivo, già superato dal progresso umano.



La cura dell'etnoterapeuta raramente è soltanto magica, religiosa o scientifica, ma è una combinazione di queste azioni o atteggiamenti

Non esiste ancora un consenso sulla magia ed è proprio questo che la differenzia dalla religione e dalla scienza (Wax M. e R. , 1963). Anche se qui non ci soffermiamo a considerare le molteplici opinioni esistenti, ci basta osservare che gli indigeni usano la magia soltanto per proteggersi in condizioni eccezionali e nella calamità; la sua esistenza è necessaria e, in una certa misura, anche funzionale.

Così, come afferma M. Wax, la categorizzazione della magia come "immorale" o come "pseudoscientifica" dovrebbe essere scartata dalle scienze sociali. Inoltre la cura dell'etnoterapeuta raramente è soltanto magica, religiosa o scientifica, ma è una combinazione di queste azioni o atteggiamenti, anche ammettendo che in casi specifici possa prevalere uno dei tre. In questo universo instabile i fenomeni sono osservati e l'uomo stabilisce identità, osserva ripetizioni, nota rapporti, stabilisce correlazioni e percepisce segni. È dentro questa cornice che devono essere definite le sue cure.

Le azioni dell'etnoterapeuta si svolgono nell'ambito dell'etnomedicina, cioè della scienza che studia le credenze e le pratiche mediche dei gruppi naturali. Il ricercatore deve distinguere due tipi di pratiche mediche: la medicina popolare, le cui conoscenze e pratiche sono comuni a tutti i membri del gruppo, e la medicina specializzata, le cui conoscenze sono un patrimonio di alcune persone che si dedicano a queste pratiche, anche se non esclusivamente.

Le pratiche mediche naturali variano con il grado di acculturazione, anche se le idee sulle malattie e la sua cura sono persistenti nella persona e condizionano i suoi modelli d'azione durante tutta la vita. L'influenza della vita urbana ha influenzato questo quadro in diverse maniere, ma la maggior parte dei valori di base permangono simili a quelli della società d'origine.

La promozione e lo sviluppo della medicina tradizionale

I concetti e le idee che si hanno su salute, malattia e medicina in un gruppo etnico o sociale determinato dipendono dal nucleo ideologico di quella cultura e producono una sicurezza individuale e un controllo sociale. È stato B. Paul (1953) a evidenziare per la prima volta le funzioni di questi concetti e idee. In primo luogo, **controllo psicologico**: l'interpretazione popolare della malattia dà una sicurezza che si rafforza con i riti propiziatori o coercitivi. La malattia può essere attribuita ad un atto di trasgressione morale da parte del paziente o di un parente, o provenire da un nemico. In ogni caso la malattia non è vista come una circostanza naturale, ma come un *lapsus* morale. **In secondo luogo, controllo tecnico**: la tecnica utilizzata per trattare la malattia ha una funzione integrativa perché relaziona i precetti medici con altri aspetti della cultura.

È utile a questo punto ricordare la definizione di medicina tradizionale, accettata anche dall'Organizzazione Mondiale della Salute (1980): «Il complesso totale di tutte le conoscenze e le pratiche, che si possano spiegare o no, utilizzate per il diagnostico, prevenzione e trattamento dei disordini fisici, mentali o sociali, basati sull'esperienza e l'osservazione e trasmessi verbalmente o per iscritto da una generazione all'altra». La medicina tradizionale può anche essere considerata un solido miscuglio di conoscenze empiriche dinamiche e di esperienza ancestrale. Inoltre il rito ed altri metodi di cura, sono frutto della lotta secolare dell'uomo contro il dolore e la morte, che generano angoscia.

Dal 1978 l'OMS comincia ad insistere sulla necessità di promuovere la medicina tradizionale. Si è osservato che il personale professionale di salute spesso vede questa medicina come una pratica in regresso e senza importanza, il che è una fallacia, in quanto la medicina tradizionale è parte di una cultura che non è né statica né morta. Ovviamente ha bisogno di essere valutata per migliorare la sua efficacia, sicurezza, accessibilità ed ampia copertura a prezzi bassi. La valutazione è necessaria perché la medicina tradizionale è il sistema di salute accettato dalla maggior parte della gente, perché parte integrante della sua cultura ed efficace per risolvere alcuni problemi di salute, oltre che per avere un approccio globale dell'essere con un ampio spettro ecologico.

Etnopsichiatria e discipline affini

Gli antropologi socioculturali intervengono in attività dei docenti o in ricerche portate avanti da dipartimenti di psichiatria dalle facoltà di medicina degli USA. Anche organizzazioni private ed agenzie governative relazionate con la salute mentale utilizzano i servizi degli antropologi socioculturali. I rapporti tra antropologia e psichiatria sono molto stretti. Molti studi antropologici sui gruppi naturali hanno dimostrato l'importanza dei fattori culturali nelle malattie psicosomatiche e nello sviluppo della personalità degli individui. Gli studi antropologici sul processo d'acculturazione hanno dimostrato che essa, quando è veloce e prodotta da imposizioni, provoca un effetto dannoso sulla salute mentale della gente. Il processo prevede situazioni nelle quali psichiatri ed antropologi possano collaborare nell'area della salute mentale.

La etnomedicina è un'importante parte dell'antropologia medica (Foster & Gallatin, 1978) e la etnopsichiatria è un approccio dell'etnomedicina.

Mentre la prima studia le credenze e pratiche mediche dei gruppi naturali, la etnopsichiatria studia la cura delle psicopatologie in contesti culturali naturali. La etnomedicina si suddivide in etnoanatomia, etnofisiologia, etnopatologia, etnoterapeutica ed etnofarmaceutica; la etnopsichiatria si suddivide in etnoneurologia, etnopsicologia, etnopsicopatologia, etnopsicoterapeutica.

L'etnofarmaceutica è frequentemente un complemento dell'etnopsicoterapeutica perché le malattie sono concepite come psicosomatiche. La etnomedicina ha come fonte principale le credenze e le pratiche degli etnoterapeuti (anche chiamati *Traditional Health Workers*, Thw), ma quando l'approccio è propriamente etnopsichiatrico la fonte principale si trova in quegli etnoterapeuti che sono etnopsichiatri.

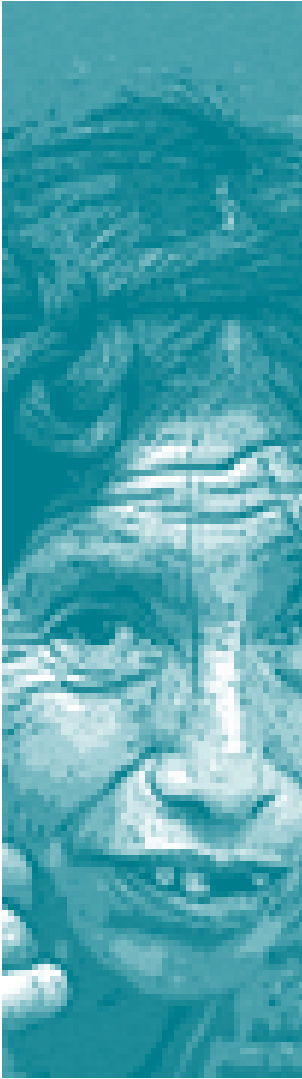
La **psichiatria transculturale** affonda le sue radici nella psichiatria e nell'antropologia culturale, più propriamente nella scuola della "cultura e personalità". Dal concetto di cultura deriva il relativismo culturale, secondo il quale ogni cultura ha categorie proprie sulla base delle quali deve essere compresa e valutata (A. Ghidnelli & A. Orozco, 1983). Questa scuola antropologica stabilisce una relazione tra cultura e personalità. La teoria della "personalità di base", edificio di base con il quale si focalizza l'aspetto culturale e collettivo di ogni struttura psicologica individuale, parte dal presupposto che ogni persona umana si sviluppa con le sue caratteristiche specifiche soltanto sotto l'azione formatrice dell'ambiente socioculturale nel quale nasce e vive (C. Tullio-Altan, 1979).

Con queste radici la psichiatria transculturale ha per oggetto la psicoterapia transculturale o, in altri termini, la riabilitazione psichiatrica del paziente di diversa cultura (la cultura del paziente emerge in situazioni difficili, di sofferenza). Wen Shing e Hsu Jing (1978) affrontano la situazione della **psicoterapia interculturale**; vi è un grande bisogno per il terapeuta e per il paziente di registrare completamente i fattori culturali che avrebbero qualche effetto nella pratica curativa. Il terapeuta dovrà essere attivo e percepire il significato degli atti espressi dai pazienti ed essere aperto per imparare da loro. La sua tecnica dovrà essere flessibile in modo che sia sempre congruente con le aspettative ed i bisogni dei pazienti. La etnopsichiatria, invece, è lo studio della etnopsicoterapia dell'etnopsichiatra. La differenza è facilmente comprensibile se si considera che l'antropologo medico studia, mentre lo psichiatra essendo un medico ha l'obiettivo di ristabilire lo stato di salute mentale del paziente.

L'io-culturale ha una importanza fondamentale per la terapia dello psichiatra transculturale il quale deriva le sue pratiche dal rapporto col malato e dalla animazione territoriale utilizzando i valori simbolici della sicurezza. La metodologia dell'etnopsichiatria è diversa. L'etnomedicina, nel suo approccio etnopsichiatrico, studia il sistema di idee sulle malattie soprannaturali (etnopatologia), il potere psicoterapeutico della magia (rituali e rappresentazioni), i complementi farmaceutici per le malattie psicosomatiche, la solidarietà gruppale, la confessione, i sogni confermatori e gli oracoli. Riassumendo, la etnopsichiatria costituisce lo studio di tutto ciò che si relaziona con l'attività psicoterapeutica di qualsiasi etnoterapeuta, includendo l'uso di eventuali piante maestre.



Gli studi antropologici sul processo d'acculturazione hanno dimostrato che l'acculturazione quando è veloce e prodotta da imposizioni, provoca un effetto dannoso sulla salute mentale della gente



I nuovi progressi delle scienze applicate spingono oggi la psichiatria, la psicologia transculturale, la psicoantropologia, l'etnomedicina e la medicina transculturale ad intervenire nelle ricerche sulle medicine tradizionali

Questi sistemi sanitari della tradizione culturale sono stati studiati finora soltanto dagli antropologi, dagli etnografi e dai folcloristi. I nuovi progressi delle scienze applicate spingono oggi la psichiatria, la psicologia transculturale, la psicoantropologia, l'etnomedicina e la medicina transculturale ad intervenire nelle ricerche sulle medicine tradizionali.

Nessuno degli studi che abbiamo consultato ed analizzato usa controlli psichiatrici per valutare in cosa può consistere l'efficacia del trattamento tradizionale e non ci sono neanche statistiche su successi o fallimenti dei trattamenti, né su possibili effetti dannosi o benefici. Non esistono dati clinici-medici utili ad una conoscenza psichiatrica della medicina tradizionale. Si analizzano invece motivi sociali, antropologici, economici, che inducono le popolazioni ad usare la loro medicina tradizionale.

Mentre la conoscenza delle piante medicinali è relativamente avanti, la ricerca sugli aspetti clinici della medicina tradizionale è decisamente più indietro. La ragione di questa differenza sta nel fatto che da una parte è molto delicato il rapporto con il Thw (etnoterapeuta) e dall'altra non ci sono medici preparati in senso antropologico e psicosociale per portare avanti questo tipo di ricerche, le rilevazioni cliniche e le discussioni scientifiche con gli etnoterapeuti.

Da qui la necessità che lo psichiatra lavori insieme all'etnologo od antropologo, pur con le difficoltà che implica il lavoro interdisciplinare tra la medicina accademica e l'etnologia. La psichiatria ha per obiettivo la riabilitazione del malato mentale, ma quando costui appartiene ad un gruppo naturale, lo psichiatra transculturale ha bisogno di servirsi dell'etnomedicina, la quale ha per obiettivo finale conoscere le credenze e pratiche mediche dei gruppi naturali.

GLI ETNOTERAPEUTI (Thw)

Gli etnoterapeuti sono persone che nel gruppo naturale hanno la funzione specializzata di sanare quelle malattie che i membri del gruppo non hanno potuto curare con le proprie conoscenze. Gli specialisti che curano per mandato divino non possono farlo senza il permesso ed appoggio delle divinità. Capiamo di conseguenza che la religione e i riti propiziatori sono importanti per curare, specialmente quando le cause della malattia sono considerate soprannaturali o quando il malessere è un castigo inflitto dalla divinità perché il malato non ha rispettato il codice morale del gruppo. È indispensabile in questo caso la mediazione del "santo".

Anche se i membri dei gruppi naturali possono spontaneamente chiedere i servizi della medicina occidentale, l'attenzione che possono ricevere dai posti di salute è sempre parziale, perché gli infermieri o medici non sanno estrarre il male, neutralizzare il potere maligno dello stregone, non implorano le divinità. Il medico raramente spiega come agirà la cura e poi non rappresenta un tipo di vita compartido dai naturali. Invece nella comunità gli specialisti, maschi o femminile, esercitano un ruolo altamente professionalizzato e sono rispettati per le loro conoscenze ed abilità terapeutiche. Prestigio addizionale esiste quando le vocazioni sono originate in sogni o in rivelazioni soprannaturali. Quella dell'etnopsichiatra è una specialità teorica, visto che cura malattie causate dall'intervento inopportuno degli spiriti o degli umani, le quali spesso si incontrano associate con altri disturbi fisici. Quasi sempre l'etnoterapeuta è anche un etnopsichiatra, perché il rituale appare come elemento costitutivo di ogni cura complessa. L'etnopsichiatra, oltre ad estrarre il male, recupera anche l'anima con il permesso delle divinità e, con l'aiuto degli spiriti, contrastando il potere malefico dello stregone.

Lo sciamanesimo in America

Lo sciamanesimo è una tecnica psicologica istituzionalizzata nei gruppi naturali di cacciatori (o pescatori) - raccoglitori, o di pastori, attuata da un etnopsichiatra secondo i canoni della tradizione culturale, con lo scopo di riaggiustare la psiche collettiva ed individuale dinanzi alle avversità sofferte.

Lo sciamano raggiunge i suoi poteri spirituali soltanto attraverso una dura e lunga iniziazione; può essere malato per anni prima di raggiungere i poteri che caratterizzano le sue funzioni. Il processo psicologico attraverso il quale la debolezza si trasforma in forza non è stato ancora bene compreso. Sembra che la debolezza fisica riesca a stimolare poteri mentali e una ipersensibilità extrasensoriale che rende più facile l'utilizzo della tecnica dell'estasi.

Lo sciamano è un interprete umano posseduto dallo spirito o dalla divinità. Questa possessione è chiamata stato di trance. In trance l'etnopsichiatra medium può scoprire le cause della malattia. Tra i gruppi naturali dell'America lo sciamano ottiene il suo potere soprannaturale attraverso la ricerca della visione: per esempio un periodo di digiuno e solitudine.

Secondo W. La Barre (1976) la visione sciamanica rappresenta la prima origine di ogni pratica e credenza religiosa. Per questo si utilizzano sostanze psicotrope, nella maggior parte dei casi vegetali, come fonti della rivelazione e di potere "magico". Tanto è grande la varietà di sostanze psicotrope che potremmo delineare un "complesso narcotico" nelle Americhe, la cui diffusione si estende per quasi tutto il continente.

La più importante di tutte le piante psicotrope d'America è il tabacco, che si fumava in pipe e sigari quasi ovunque. Si poteva anche masticare o sniffare. Il fatto significativo è che mai si usava in occasioni profane, ma sempre in un contesto sacro o magico. Al secondo posto abbiamo una serie di piante allucinogene come il peyote (*Lophophora williamsi*) conosciuto nelle praterie del Nordamerica e del Messico. Il peyote contiene nove alcaloidi, uno dei quali, la mescalina, produce visioni con intensi colori ed altre allucinazioni sensoriali. Abbiamo inoltre l'uso delle dature, gruppo di solanacee, e dei funghi allucinogeni, che contengono xilocibina e il cui consumo è proprio dell'area mesoamericana.

Quando i cacciatori-raccoglitori si convertono in cacciatori-orticoltori si comincia a distinguere lo sciamano, sempre etnopsichiatra, dal guaritore, che si occupa di curare soprattutto malattie naturali. Gli agricoltori sistematici presentano poi una differenziazione delle funzioni mediche ancora maggiore. Compiono gli aggiustaossa, che si differenziano dai guaritori; le levatrici non sono più anziane con maggiore esperienza, ma sono scelte dalle divinità, assumendo un ruolo quasi sacro. La funzione sciamanica si distribuisce tra il sacerdote e lo stregone. Il primo, sacralizzato dalle sue funzioni, si contrappone al secondo, che opera con la magia nera. Lo stregone invia spaventi e malattie alle sue vittime, mentre il sacerdote estrae il male ristabilendo l'equilibrio psichico e la salute della vittima. Il sacerdote impiega magia curativa con l'aiuto di spiriti celesti e con terapia gruppale (presenza di parenti nel rituale per la cura) con lo scopo di contrastare la magia nera dello stregone, aiutato in segreto dagli spiriti dell'inframondo.

Lo sciamanesimo in Honduras

Lo sciamanesimo si manifesta in Honduras tra Miskitos, Sumos, Payas, Jicaques e Garifunas. Si tratta di culture di cacciatori e pescatori, che integrano la loro dieta con raccolta e cultura di tuberi. Diverso è il caso delle culture mesoamericane, in Honduras rappresentate dai Chortis e dai Lencas, dove non si può parlare propriamente di sciamanesimo.

Con il cambio da culture matrifocali orticole a patrifocali agricole, le funzioni sciamaniche si specializzano e si istituzionalizzano diventando un attributo della élite sacerdotale. Gli sciamani propriamente detti, che derivano le loro arti da orizzonti primigeni del gruppo, diventano "stregoni", ossia persone che hanno poteri magici da medium, ma che agiscono con l'aiuto di spiriti maligni e con fini temuti dalla comunità.



Si comincia a distinguere lo sciamano, sempre etnopsichiatra, dal guaritore, che si occupa di curare soprattutto malattie naturali



L'etnopsichiatra cura malattie causate dall'intervento inopportuno degli spiriti o degli umani, le quali spesso si incontrano associate con altri disturbi fisici. Quasi sempre l'etnoterapeuta è anche un etnopsichiatra

Così con le élite sacerdotali mesoamericane, durante il periodo classico, esisteva già una chiara diversificazione delle funzioni: sacerdoti dei riti agrari, sacerdoti astronomi, sacerdoti indovini, sacerdoti terapeuti, questi ultimi probabilmente con diverse specializzazioni, inclusa quella di difendere il paziente dai poteri malefici degli stregoni.

Dopo l'invasione Spagnola, con la veloce estinzione della élite sacerdotale pre-ispánica, fra i Chortis e i Lenca rimasero da una parte gli specialisti della religione (*rezadores*) e del potere civico (*principales*) e dall'altra i terapeuti con le loro specializzazioni: guaritori, aggiustaossa, *sobadores* (massaggiatori), indovini e levatrici.

Secondo P. Massajoli (1967) gli elementi dello sciamanesimo sono bene individuabili nella cultura jicaque, sia per la pratica del soffio che per le predizioni. Nella cerimonia del soffio il malato è rinchiuso nella casa dell'etnopsichiatra, il quale gira due volte intorno al paziente in senso orario e in senso contrario, per soffiargli poi nella bocca *pinol* (mais tostato e macinato). Con il soffio trasferisce il potere magico che possiede contro la malattia, dal suo corpo a quello del paziente. La circostanza in cui si evidenziano con maggiore chiarezza le pratiche magiche, è la predizione che lo sciamano porta a termine con corde di agave. La predizione si riferisce alla morte, ai risultati della caccia, alle malattie e per ritrovare oggetti perduti. Il paziente sostiene l'estremo di quattro fili, ognuno diverso dagli altri per il numero di nodi e legati nell'estremità opposta. Lo sciamano agisce con movimenti rituali specifici, pronuncia parole magiche con una mimica determinata e muove i fili interpretando, dalle forme che questi assumono, i presagi e diagnosticando le malattie.

R. Coelho descrive diverse pratiche magiche dei Garifuna honduregni e menziona l'esistenza di preghiere che tra i suoi molteplici propositi si distinguono in quelli adivinatori e per recuperare la salute (1981). Il complesso processo di transculturazione per il quale sono passati i Garifuna (Ghidinelli, 1972) ha avuto come risultato una serie di specialità. In primo luogo si distingue il *buiei*, un uomo o una donna, grande sciamano che regge il rituale agli antenati e che cura le malattie provocate dagli spiriti, che noi potremmo considerare psicosomatiche. In secondo luogo incontriamo il *gariahati*, citato da Coelho (1981), cioè l'indovino, che non si fa ancora aiutare da spiriti ausiliari, ma impiega una zucca piena d'acqua e ci guarda dentro nel buio alla luce di una candela. Si crede che aver pronunciato una formula magica il *gariahati* potrà diagnosticare una malattia o dire se può essere curata. Esistono inoltre i *surusie*, cioè quelli che conoscono le proprietà curative delle erbe.

Lo sciamanesimo tra i Sumo ed i Miskito dell'Honduras fu per primo evidenziato da E. Conzemius (1932) e poi riportato da Massajoli (1968). Secondo questo autore esiste la credenza che lo sciamano possieda gli spiriti durante le attività adivinatorie ed etnopsichiatriche. Nella costa della Mosquitia si chiama *sukia*.

I *sukias* sono abbastanza diffusi ed hanno una vasta clientela: sono considerati di un'intelligenza superiore, con notevoli conoscenze di erboristeria, si interessano di tutte quelle cose che gli indigeni considerano misteriose: la cura delle malattie, le premonizioni, le propiziazioni magiche e l'interpretazione degli astri. Sembra che ogni comunità abbia il suo *sukia*. Ci sono poi *sukia* buoni ed altri cattivi con una forte tendenza a considerare buono quello della propria comunità e cattivo quello della comunità vicina.

Si diventa *sukia* attraverso una rivelazione casuale: sotto l'influenza di uno spirito, si compiono atti che sembrano pazzia. Non appena il futuro *sukia* prende conoscenza di questi segnali del destino, inizia a prepararsi con digiuni e veglie; durante questo periodo preparatorio è sotto la guida di uno spirito guida. Quando ormai, diventato *sukia*, inizia le sue attività deve rafforzare i suoi poteri con una dieta particolare, digiuni ed astinenze. Molte volte anche queste rivelazioni accadono nella stessa famiglia e ciò a fatto pesare che l'istituzione sciamanica possa essere ereditaria.

Massajoli (1968) riporta che tra i Sumo sembra che i *sukia* debbano provare i loro poteri camminando nudi sulle brache ardenti. Anche Conzemius (1932) racconta di avere visto una sciamana camminare con lo stesso proposito tra i Miskitos e il fatto era ricordato da un informante di R. Velasquez (1980). Lo sciamano svolge le sue attività preferibilmente durante la notte seguendo i metodi propri della tradizione. Le cure consistono in fischiare sul malato. Qualche volta il *sukia* fissa dei paletti per terra

intorno al paziente, per mantenere lontani gli spiriti, e poi balla intorno cantando strofe sacre. Impone anche delle prescrizioni negative, come per esempio che il malato si astenga da mangiare certi alimenti o che non faccia certe cose. Non è raro inoltre, che lo sciamano diventi chirurgo in caso di bisogno ed effettui piccole operazioni con strumenti occasionali come coltelli di ossidiana o schegge di vetro. I sukia sono temuti perché, anche se le loro azioni normali sono benefiche, volendo possono infliggere danni ai nemici, sia propri che di altre persone, utilizzando per tale fine magia e/o veleni.

Nel 1980 è apparso in Honduras il lavoro di Rony Velasquez sullo "Sciamanesimo miskito in Honduras", apparentemente il più esaustivo scritto finora. Lo raccomandiamo a chi vuole approfondire l'argomento. Considerata l'importanza del sukia, dallo sciamano accorrono i membri della comunità quando si ammalano e, quando muoiono guida le anime alla dimora delle ombre. Comunque, al di là delle considerazioni strettamente teoriche sullo sciamano come specialista dell'anima, esistono problematiche che diventano prioritarie nella ricerca etnopsichiatrica.

Lo studio dell'istituzione sciamanica è importante per capire il ruolo stabilizzatore che ha nella società tradizionale e le sfaldature che si provocano quando quest'elemento stabilizzatore smette di esistere come conseguenza del processo di acculturazione. Questo è il contributo che può dare una ricerca sull'istituzione sciamanica alla problematica generale del cambio culturale e sociale. Cosa accade quando manca la funzione stabilizzatrice dello sciamanesimo a causa del processo di acculturazione? Cosa succede quando il gruppo non ha più nessuno che curi la sua anima?

Il bisogno che hanno i gruppi della funzione sciamanica non sembra diminuire con il processo di decondizionamento biologico, di meticciato e di acculturazione. Ciò che diminuisce in questi casi è la capacità di operabilità dei propri modelli che non costituiscono più un sistema funzionale. È il caso di molte comunità meticce dove la funzione sciamanica continua ad essere necessaria, come si dimostra dalla persistenza del bisogno di ricorrere agli indovini, ai guaritori, agli stregoni o a qualsiasi specialista dell'anima. La funzione sciamanica può perfino persistere in comunità altamente urbanizzate.

Gli etnoterapeuti Maya-quiché del Guatemala

Gli etnoterapeuti possono avere un grado d'acculturazione maggiore o minore. Nella ricerca IST-IGET tra i Maya-quiché di Totonicapàn, Guatemala, il maggior numero di personalità tradizionale furono trovate tra i THW che esercitavano in località acculturate, mentre non si trovarono THW ladinizzati esercitando in località tradizionali. Inoltre risulta chiaro che tendenzialmente i THW esercitano in una località la cui popolazione è di uguale o maggiore grado di acculturazione, per cui non risultano soltanto "tradizionali" rispetto al sistema medico accademico, ma anche rispetto alla popolazione nella quale esercitano. Tra i Maya-quiché del municipio di Totonicapàn abbiamo i seguenti THW:

Gli aggiustaossa

Curano fratture, lussazioni e in genere traumi fisici con erbe (80%), massaggi (75%), bagni (30%), impacchi (20%). È la specialità che meno impiega tecniche terapeutiche d'interesse psichiatrico. Corrispondono ai traumatologi accademici. Il 20% degli aggiustaossa Maya-quiché del municipio di Totonicapàn impiega poteri religiosi per propiziarsi le divinità prima della cura, spesso dolorosa.

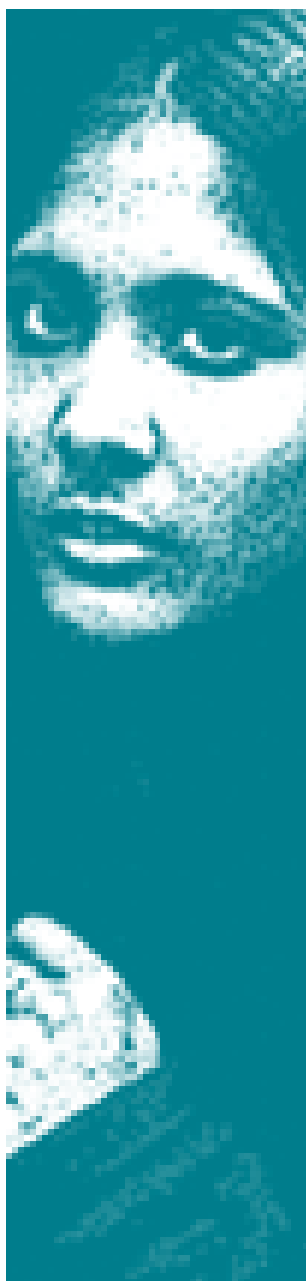
Le levatrici o parteras.

Soltanto la metà esercita attività terapeutica avendo come pazienti donne e bambini. Di questa metà l'88.88 % dichiara di curare il malocchio e soltanto il 5.55 % cura lo spavento. Quando le levatrici esercitano un'attività terapeutica applicano una terapia composta di bagni, erbe, massaggi e poteri religiosi.

Le levatrici che esercitano attività terapeutica, inoltre, dichiarano di curare i seguenti disturbi:



Il paziente sostiene l'estremo di quattro fili, ognuno diverso dagli altri per il numero di nodi e legati nell'estremità opposta. Lo sciamano agisce con movimenti rituali specifici, pronuncia parole magiche con una mimica determinata e muove i fili interpretando, dalle forme che questi assumono, i presagi e diagnosticando le malattie.



In molte comunità meticce la funzione sciamanica continua ad essere necessaria, e può perfino persistere in comunità altamente urbanizzate

Disturbi alla salute	Numero di levatrici	%
Malocchio (boq'och)	16	88,88
Vermi (awaj')	8	44,44
Febbre (q'aq')	5	27,77
Mal di stomaco (q'ex upam)	4	22,22
Angina o laringiti (sipoj qui kul')	4	22,22
Indigestione (ajit)	3	16,66
Fontanella (u pu jaj)	2	11,11
Mancanza di appetito	2	11,11
Macchie alla pelle (chäk')	2	11,11
Alterazioni alla matrice (Ki kaj qui pam)	2	11,11
Altri disturbi	4	22,22

In ogni modo non tutte applicano i quattro elementi terapeutici: soltanto il 44.44 % lo fanno, le restanti ne applicano soltanto uno o due o tre.

Elementi terapeutici	Levatrici	%
Bagni	11	61,11
Erbe	18	100,00
Massaggi	12	66,66
Poteri religiosi	8	44,44

Guaritrici/ori.

Tra le malattie che curano diverse sono d'interesse psichiatrico. Altri disturbi che curano:

Disturbi alla salute	N° di Guaritrici /ori	%
Vermi	7	53,84
Fontanella	3	23,07
Influenza	2	15,38
Febbre	2	15,38
Mal di stomaco	2	15,38

Terapia	N° Guaritrici/ori	%
Erbe	10	76,92
Massaggi	7	53,84
Bagni	6	46,15
Pomate	2	15,38
Altro	1	7,69

Il 76.92 % delle guaritrici cura il malocchio dei bambini e il 23.07 % cura lo spavento. A queste malattie applicano le seguenti terapie etnopsichiatriche a persone di qualsiasi sesso ed età:

Poteri religiosi	30.76 %
Aiuto di spiriti	15.38 %
Saturazione magica	15.38 %

Gli stregoni

Compiono funzioni etnopsichiatriche. Il campione del censimento è troppo piccolo a causa della poca collaborazione e diffidenza dimostrata da questa specialità. Gli stregoni sono stati perseguitati dalla propria gente, accusati di provocare malattie. Le malattie provocate dallo stregone sono curate dal sacerdote maya. Molti stregoni, inoltre, si rifugiano sotto la specialità di sacerdoti. I pochi stregoni del campione dichiararono di curare il malocchio, malefici e pazzie con l'aiuto degli spiriti.

I sacerdoti maya

Oltre alle loro funzioni specifiche sacerdotali, ne hanno delle altre che possono considerarsi d'esercizio etnopsichiatrico. La predisposizione all'esercizio di questa attività è data dal segno. Dodici sacerdoti maya, che curano pazienti di ogni età e sesso, dichiararono curare malefici (66.66%) e malocchio (50.00%) con l'aiuto di spiriti (75.00%) e poteri religiosi (66.66%).

Altre Terapie	Sacerdoti Maya	%
Erbe	7	58,33
Massaggi	6	50,00
Bagni	5	41,66
Altre terapie	1	8,33

L'attività etnopsichiatrica

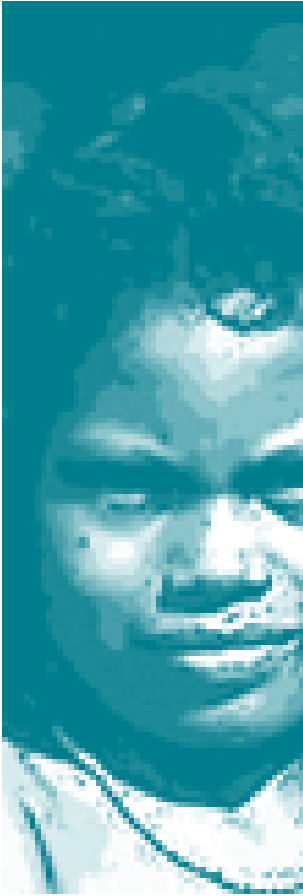
È esercitata da tutti, da una gradualità minima degli aggiustaossa fino ad una massima dei sacerdoti maya e degli stregoni. Le guaritrici sono quelle che assistono il numero maggiore di pazienti.

THW del campione	Media Mensile
Levatrici	5,13
Aggiustaossa	6,00
Guaritori	19,00
Stregoni	3,00
Sacerdoti	7,00

Il sacerdote è il rappresentante della religione maya, anche se molti dichiararono di essere cattolici. I disturbi di interesse etnopsichiatrico sono di solito psicosomatici, quindi richiedono l'impiego di tecniche etnopsichiatriche coniugate ad altre. Le malattie di interesse più propriamente etnopsichiatrico trattate dalle diverse specialità etnomediche sono il malocchio, lo spavento e il maleficio. L'uso di poteri religiosi è riportato da tutti gli specialisti, specialmente dagli stregoni e dai sacerdoti, le cui funzioni sono più propriamente etnopsichiatriche. All'aiuto degli spiriti ricorrono tutti i THW, tranne le levatrici, mentre la saturazione magica è propria degli stregoni.



I disturbi di interesse etnopsichiatrico sono di solito psicosomatici, quindi richiedono l'impiego di tecniche etnopsichiatriche coniugate ad altre



In tutta l'area mesoamericana la "causa" della malattia ha un'importanza determinante per stabilire la sua cura, mentre la sua sintomatologia non la possiede. Per questa ragione i mesoamericani distinguono le malattie in due gruppi che noi chiamiamo "naturali" e "soprannaturali"

ETNOPSICOPATOLOGIA

Cosa significa "malattia" per i THW mesoamericani? Che disordini riconoscono e come li classificano? A questi interrogativi da una risposta la ricerca della eziologia, il diagnostico e la sintomatologia delle malattie in un'area culturale definita. Ho già cercato di avvicinarmi al sistema di idee sulla malattia nelle comunità mesoamericane più tradizionali (A. Ghidinelli, 1986).

L'insieme dei sintomi può esprimersi mediante la seguente formula: condizione interna dell'organismo + agenti esterni = malattia. Oggi esistono dati sufficienti per affermare che questo meccanismo concettuale si ritrova alla base del sistema di idee di tutti i gruppi mesoamericani. La condizione dell'organismo si riferisce alla forza o alla debolezza, freddo o caldo, cioè uno stato particolare del corpo al momento esatto in cui qualcosa di provenienza esterna può provocare una malattia. L'agente esterno può essere naturale o soprannaturale e determina l'indole della malattia. In tutta l'area mesoamericana la "causa" della malattia ha un'importanza determinante per stabilire la sua cura, mentre la sua sintomatologia non la possiede. Per questa ragione i mesoamericani distinguono le malattie in due gruppi che noi chiamiamo "naturali" e "soprannaturali".

Le malattie naturali: fanno parte di questa categoria le malattie intrinseche al corpo umano e relazionate con l'habitat. Distinguiamo tre classi di malattie naturali: quelle di *calentura (febbre)*, quelle da raffreddamento e le fisiche. Non sono malattie di diretto interesse etnopsichiatrico.

Le malattie soprannaturali: si considera che siano causate da un inopportuno intervento degli spiriti o di certi umani. In tutti i gruppi mesoamericani la persona "debole" è molto suscettibile agli spaventi, agli *aigres* e alla stregoneria, mentre quella "forte" si trova comparativamente sicura. Tra i Maya troviamo sei classi di malattie soprannaturali: lo spavento o *espanto*, il male d'aria o *remolino* o vento. I disturbi causati dagli spiriti dei morti, quelli causati da spiriti cattivi, il malocchio e i danni causati dalla stregoneria.

Nell'area mesoamericana la sindrome dello **spavento** è presente ovunque ed è causato da:

- una paura attuale, usualmente improvvisa, di una o di altra classe, risultante da incidenti seri e da incontri e contatti con ciò che è ritualmente impuro;
- diversi gradi di nevrosi isteriche femminili indotta dall'assistere ad una violenza o distruzione di qualsiasi tipo;
- estrema tristezza comunemente improvvisa e inaspettata che influenza la normale condizione di equilibrio. Lo "spavento", come malattia è qualsiasi trauma emotivo causato dall'incontro o dal timore all'incontro con qualcosa che spaventa o terrorizza.

Una seconda categoria di malattie soprannaturali in alcuni gruppi maya sono "i cattivi venti", "*aigres*" o "*remolinos*". I cattivi venti consistono in un danno etero che entra nel corpo attraverso la bocca o ferite causando dolori o sfasature. La condizione interna più suscettibile a questa lesione è quella del corpo "spaventato". "L'aria cattiva" può alloggiare in qualsiasi parte dell'organismo e rimanere localizzata. Se si muove, allora si tratta di *ventosidad*, una forma particolarmente violenta e dolorosa. Tra i Maya-Chortis si afferma che gli *aigres* somigliano all'aria o al vento ordinario. Prima che possa entrare nell'organismo questo deve essere stato reso debole da qualche causa: la più comune è lo spavento. La vittima cade prostrata, la sua anima è strappata da alcuni spiriti e l'aria cattiva penetra nel suo corpo.

Gli **spiriti dei morti** possono spaventare. Sono gli *aires de matado*. Quando l'anima del familiare deceduto disturba non è male intenzionata, soltanto chiede al parente negligente il tributo dovuto che gli corrisponde. Il disturbo di questi spiriti, assomiglia alla comparsa dello spavento e i suoi sintomi sono molto simili: mutismo, incapacità di camminare e febbre. In tutta l'area mesoamericana, il "figliolino" è

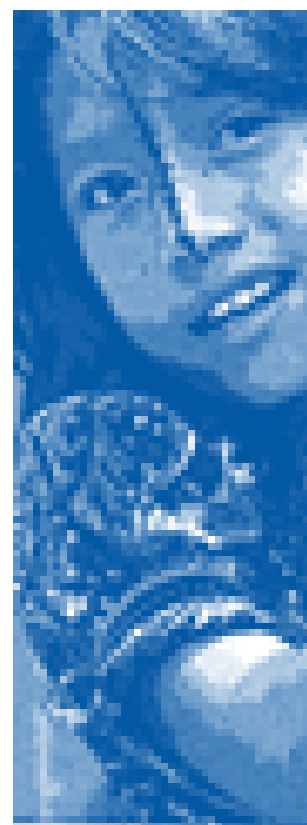
uno degli *aigres* più pericoloso, essudato dai cadaveri (chiamato anche *aigre de la muerte*) il quale permane nel morto fino alla sua completa disintegrazione. Il "figliolino" può provocare qualsiasi malattia e perfino la morte ma, generalmente, produce soltanto escoriazioni, dolori secondari, macchie sulla pelle, prurito su tutto il corpo e febbre. Le medicine che si usano per purificare il corpo colpito hanno anche un carattere preventivo rispetto al medesimo male.

Una quarta categoria di malattie sono i disturbi causati dagli **spiriti maligni**. Tra i Maya-Cakchiqueles oltre ai defunti della famiglia la gente anche può ricevere danni dagli spiriti maligni. I bambini sono le vittime preferite dagli angeli, una categoria temibile di spiriti come San Raffaello, San Michele, Santa Isabella e San Gabriele. I posti più pericolosi sono i campi, le montagne. La condizione interna è la debolezza innata del bambino e l'agente esterno è l'apparizione e l'aggressione degli angeli. Per i Maya- cakchiqueles, oltre agli angeli, esiste anche uno spirito che esce dall'acqua con aspetto femminile e vaga tra la mezzanotte e l'alba. Le discariche di spazzatura sono anche fonte di spiriti maligni.

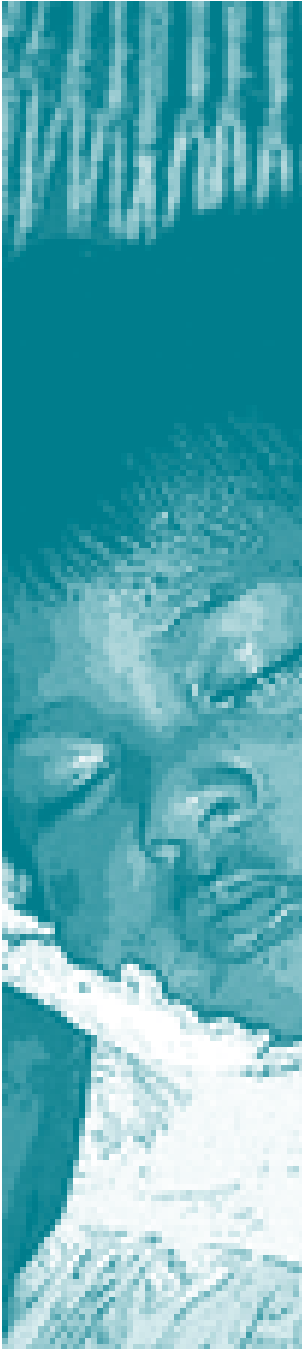
La quinta categoria di malattie soprannaturali è il **malocchio**. Si può schematizzare questa affezione nella seguente maniera: Debolezza naturale del bambino + incuria della madre (più bella è la creatura, più c'è propensione al male) + sguardo o contatto con una persona con sangue forte o sguardo di qualcuno che desidera ardentemente un figlio = malocchio (il bambino è stato *ojeado*). I sintomi sono diversi tra i più frequenti il pianto e la frequente debolezza. Alcune donne si trovano nella situazione di avere "sangue troppo forte", ossia essere incinte o avere mestruazioni e *ojear* involontariamente qualsiasi creatura. La forza della persona può anche *ojear* attraverso l'affetto esteriorizzato con carezze o baci. Lo stato di maggiore debolezza nel quale si trova il bambino *ojeado* lo rende più suscettibile ad altre malattie.

La sesta categoria di malattie soprannaturali è un'altra perturbazione provocata da altri esseri umani malvolenti: la fattura o **stregoneria**. Come nel caso precedente, l'area di questa credenza è molto ampia. Si descrive nell'area mesoamericana come spaventi e venti maligni inviati mediante pratiche magiche da uno stregone al corpo della vittima attraverso magia imitativa. Anche tra i Maya-chortì l'impossessamento magico deriva dall'introduzione di sostanze nocive nel corpo e dal danno causato all'organismo per mezzo della magia simpatica. Lo stregone può introdurre nello stomaco della vittima ogni tipo di animale ripugnante o aria maligna. Quando lo stregone introduce aria maligna nell'organismo della vittima la malattia si presenta con una sintomatologia chiarissima: malinconia, anoressia, pallidezza generale e convincimento da parte della vittima che è vicina all'ora della sua morte. Eppure la malattia più temuta causata dalla stregoneria è lo spavento e per la sua cura bisogna usare in parte procedimenti magici. Non soltanto lo stregone, ma anche altre persone possono causare danni ai nemici desiderandoli continuamente ed intensamente. Per questo si bruciano candele nei gradini esterni della chiesa.

Relazione malattia-mondo soprannaturale: anche se i Maya riconoscono, nel primo gruppo di malattie qui analizzate, l'intervento di cause naturali, credono che la base dell'infortunio abbia le sue ultime origini nella volontà divina: anche se uno si ammala per aver mangiato qualcosa d'improprio, sempre si penserà che qualcosa non funziona nel suo rapporto con il mondo soprannaturale. Questo anche quando la causa immediata si è potuta identificare e spiegare facilmente. Frequentemente tuttavia non si può identificare la causa della malattia.



La condizione dell'organismo si riferisce alla forza o alla debolezza, freddo o caldo, cioè uno stato particolare del corpo al momento esatto in cui qualcosa di provenienza esterna può provocare una malattia. L'agente esterno può essere naturale o soprannaturale e determina l'indole della malattia



L' ETNOPSICOTERAPIA

L'asse portante della etnopsicoterapia è il rito. La scienza sociale mantiene posizioni contraddittorie riguardo al rituale. L'orientamento positivo vede il rituale, così come il mito, come uno dei fondamenti di ogni cultura e coscienza umana, mentre quello negativo lo interpreta come un guscio vuoto, residuo di credenze e pratiche le cui funzioni sono irrimediabilmente perse.

Thomas Scheef (1977) delineò una teoria del rituale basandosi sulla teoria della **catarsi**, enunciata da S. Freud e J. Breuer (1966) per curare la nevrosi. T. Scheef definisce la catarsi come scarica di emozioni (paura, disagio, depressione od ansia, tensione prodotta da stress), stabilendo una chiara distinzione tra emozioni per accumulazione ed emozioni come scarica (1977). Secondo questa teoria l'etnopsichiatra che si trova di fronte ad un paziente teso e con paura che con controlli interni ed esterni ha accumulato emozioni represses scarica queste emozioni e l'esperienza dolorosa attraverso del rituale. L'effetto del rituale è determinato dal fatto che distanzia esteticamente l'emozione (Scheef, 1977). Nel rituale si verifica l'incontro simultaneo di bisogni individuali e collettivi, permettendo agli individui di scaricare la tensione accumulata e creando solidarietà del gruppo nel processo. La nuova teoria del rituale sorge dalla tradizionale psicologia del profondo. Comunque l'affermazione di Scheef che tutti i rituali hanno soltanto questa funzione sembra esagerata. Tutti i rituali stabiliscono (o pretendono di farlo) anche un rapporto etico con qualche potere soprannaturale. Il concetto di reciprocità è ugualmente importante perché potremmo individuare l'attività rituale basandoci sulla premessa che l'etnopsichiatra può stabilire reciprocità tra l'uomo e gli esseri divini.

Sfortunatamente non abbiamo ancora una teoria del rito che sia completamente soddisfacente, ma uno studio profondo delle sedute etnopsichiatriche ci potrebbe illustrare i diversi aspetti delle loro complessità, i quali sono in notevole misura vincolati al resto del sistema culturale ed al suo nucleo ideologico. Le implicazioni di questa posizione meritano di essere elaborate in future osservazioni sistematiche. La catarsi appare soltanto nel paziente al quale è destinato il rito e dal quale si rimuove lo spirito della malattia con l'aiuto dell'etnopsichiatra medium.

Questo quadro teorico, che incornicia la problematica del rito nella pratica etnomedica, richiede il concorso di diverse discipline come la psicologia, la psichiatria, la sociologia e la antropologia. Risulta che non si è avuta una sufficiente applicazione allo studio dei rituali etnopsichiatrici. Mentre nella pratica clinica della psichiatria europea la catarsi è riconosciuta come terapeutica, non si può dire lo stesso del resto della medicina occidentale. Come conseguenza l'inesistenza del rito nella pratica dei medici accademici allontana i pazienti *indios*.

CONCLUSIONI

Fino a quale punto in queste società naturali il sistema di credenze ed i modelli d'azione associati con lo sciamanesimo costituiscono un sistema effettivamente operante, che raggiunge il suo obiettivo grazie alla articolazione armonica e complementare dei suoi elementi? Fino a quale punto il residuo sciamanico è una zavorra per il progresso del gruppo? Può il guscio vuoto residuale avere dei nuovi contenuti funzionali alla problematica della stabilizzazione? La risposta a queste domande è necessaria per una corretta antropologia medica applicata. Sfortunatamente i diversi colleghi medici latinoamericani hanno disprezzato e perfino represso il sistema di idee ed i modelli d'azione dell'istituzione sciamanica, offrendo in cambio una pratica medica insufficiente o incompleta.

In Europa, così come si è tratto profitto dalle piante medicinali nella farmacologia moderna, la psichiatria e la medicina psicosomatica, si beneficiano dello studio

delle pratiche sciamaniche. La medicina in America Centrale potrebbe avere un carattere regionale, uno sviluppo proprio se si avvallesse delle conoscenze derivate da queste pratiche. In questo senso l'istituzione sciamanica dovrebbe essere difesa come un patrimonio culturale di base, che possa essere riscattato, nella sua piena funzionalità, per la salute mentale e fisica dell'individuo centroamericano e per lo sviluppo di una psichiatria e di una medicina psicosomatica coerente con le culture della regione.

Durante gli anni '80 si fece un nuovo sforzo per riconsiderare ed approfondire la conoscenza della medicina tradizionale maya cercando di applicarla o di relazionarla ai problemi specifici di salute. Il primo, all'inizio del decennio, è l'intento di M.M. Medina (1981) che prende in considerazione i problemi relazionati con la medicina popolare tradizionale. Il suo obiettivo è analizzare la medicina tradizionale dal punto di vista scientifico. Manca tuttavia uno studio sulla settorializzazione della ricerca etnomedica. In questo senso chi scrive (Ghidinelli, 1981) pone le basi per studiare la etnomedicina proponendo anche strategie per ricerche future. Per l'integrazione della medicina tradizionale è necessario conoscere le idee che gli etnoterapeuti hanno delle malattie. Segue quindi il lavoro sul concetto di malattia nell'area mesoamericana (A. Ghidinelli, 1986). Comunque, pur con l'abbondanza di letteratura, non si sono ancora pubblicati dati clinico-medici utili ad una conoscenza scientifica della medicina tradizionale, né in Centro America, né in altri paesi del mondo. L'atteggiamento più comune è analizzare motivi sociali, antropologici ed economici che inducono le popolazioni ad usare la medicina tradizionale. Non sembra neanche che attraverso queste ricerche si sia definito esattamente la natura delle affezioni per quanto riguarda il rango fondamentale dell'eziologia (cioè se le pratiche cui si fa riferimento sono funzionali o meno nella categoria delle malattie che hanno un'origine fondamentalmente biologico psicosomatico o fondamentalmente biologico, psicosomatico o soltanto emotivo).

La prospettiva ecologica ci spinge ad una ricerca integrativa che include l'interazione dell'individuo, dell'ambiente e della popolazione nel processo della malattia. Per George Armelagos ed altri (1978) i fattori ecologici svolgono un ruolo molto importante nella proliferazione delle malattie. Questo approccio deve prevalere nella previsione di conseguenze e in situazioni epidemiologiche o cliniche specifiche. Nei concetti della medicina tradizionale la salute è conseguenza dell'equilibrio dell'essere umano nel suo sistema ecologico. La malattia deriva dalla spaccatura dell'equilibrio globale e non soltanto dall'agente patogeno o dalla evoluzione patogena. La medicina tradizionale inoltre è il mezzo più efficace per raggiungere una copertura totale nella cura della salute.

Per queste ragioni l'OMS, già dal 1978, raccomanda di riconoscere i THW e di incorporarli nei programmi di sviluppo della comunità, informare il personale di salute professionale e gli studenti di medicina dei principi della medicina tradizionale per promuovere il dialogo, la comunicazione e l'eventuale integrazione. È necessario, inoltre, educare la popolazione all'idea che la medicina tradizionale non è di seconda classe. Anche per raggiungere questo scopo l'OMS collabora con i ministeri della salute nella elaborazione di politiche nazionali di politica tradizionale, includendo l'integrazione della medicina tradizionale nell'attenzione primaria della salute e capacitando i THW per aggiornare le loro tecniche.



La prospettiva ecologica ci spinge ad una ricerca integrativa che include l'interazione dell'individuo, dell'ambiente e della popolazione nel processo della malattia



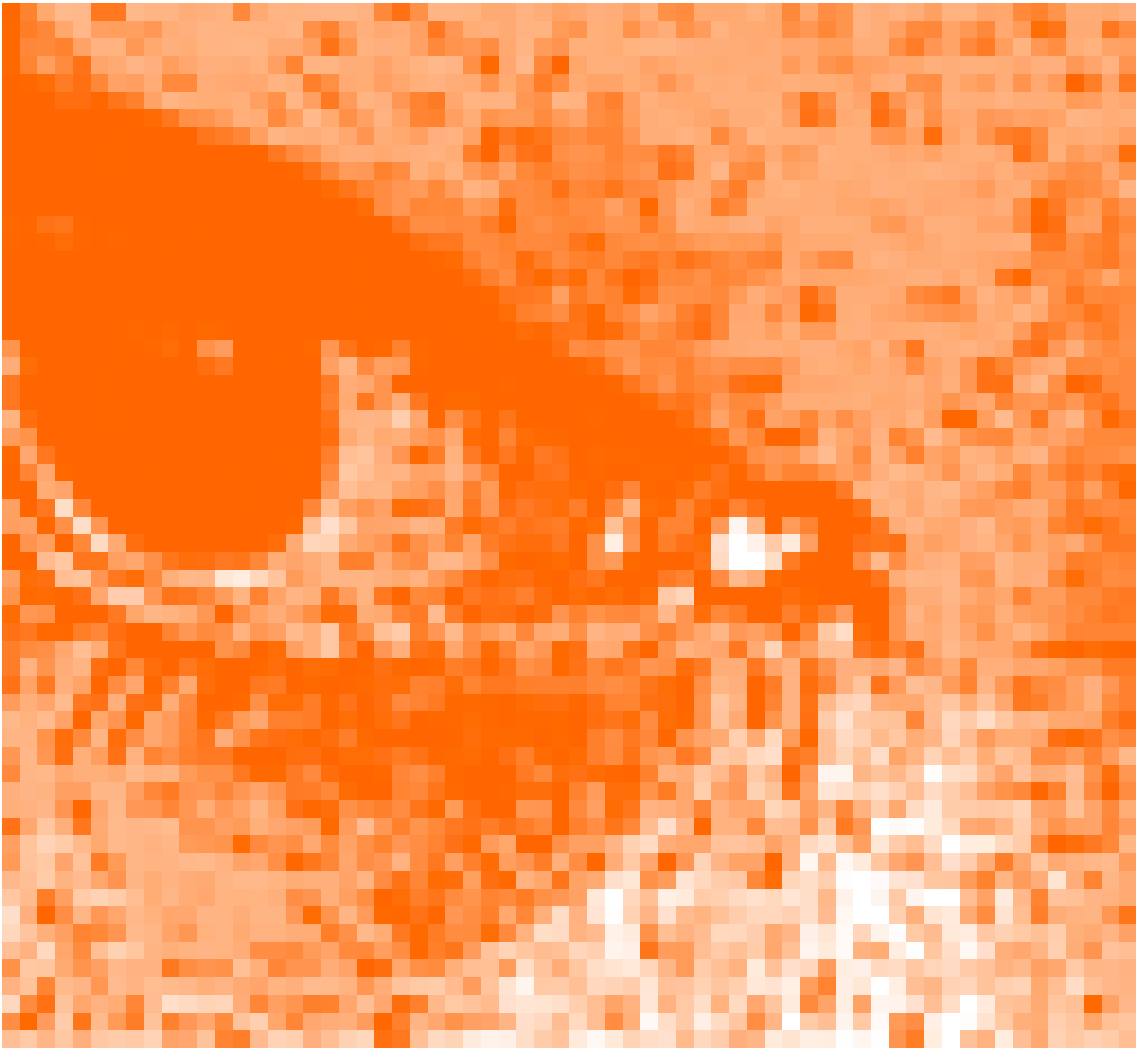
BIBLIOGRAFIA

- Adams R. (1952), *Un análisis de las creencias y prácticas médicas de un pueblo indígena de Guatemala*, Publ.n.17 del Instituto Indigenista de Guatemala, Guatemala.
- Armélagos G. e coll. (1978), *The ecological perspective in disease*, Ed. Michael Logan & Edward Hunt: Health and the human condition, Perspectives on Medical Anthropology, Wadsworth Publishing Company Inc. Belmont, California, pag. 71-82.
- Coelho R. Galvao de Andrade (1981), *Los negros caribes de Honduras*, Ed. Guaymuras, Tegucigalpa, trad. esp. de Black Carib of Honduras (1955) Northwestern Univ., Evanston, Illinois.
- Conzemius E. (1932), *Ethnographical Survey of the Miskito and Sumu Indians of Honduras and Nicaragua*, Washington, U.S. Government Printing Office, pag.191.
- Frazer J. G. (1922), *The Golden Bough*, Part I: Magic Art and the Evolution of Kings, vol 1, Mc Millan, London.
- Freud S. e Breuer J. (1966), *Studies on Hysteria*. New York, Avon.
- Ghidinelli A. (1971), *Sottosviluppo, etnocentrismo ed acculturazione*, Terzo Mondo, n.12, Milano.
- Ghidinelli A. (1973), *Subdesarrollo, etnocentrismo y aculturación*, Guatemala Indígena, vol.III, n.1, Guatemala, pag.33-42.
- Ghidinelli A. (1975), *Apuntes para una teoría y metodología de la investigación sobre el roce interétnico*, Guatemala Indígena, Vol.X, N.1-2, Guatemala, pag.3-212..
- Ghidinelli A. (1981), *La investigación etnomédica y su sectorialización*, Guatemala Indígena, Vol. XVI, N.1-46 IIN, Guatemala
- Ghidinelli A. (1986), *El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica*, Tradiciones de Guatemala, USAC-CEFOL, N.26, Guatemala, pag.69-89.
- Ghidinelli A. e Orozco A. (1983), *El Concepto de Cultura*, Ciencia y Cultura, Dirección de Investigación Científica de la UNAH, Tegucigalpa, pag. 45-52.
- La Barre W. (1976), *I narcotici del Nuovo Mondo*, Terra Ameriga, N.37-40, pag.31-40.
- Massajoli P. (1967), *I Jicaques*, L'Universo, Rivista dell' Instituto Geografico Militare, XLVII (2), pag.1040-63.
- Massajoli P. (1968), *I Sumu e i Misquito*, L'Universo, vol. XLVIII (4), Firenze, pag.728-776.
- Medina M. M. (1981), *Las enfermedades de los niños en la medicina tradicional*, Tesis Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.
- Organización Mundial De La Salud OMS (1980), *Salud para todos en el Año 2000*, Organización Panamericana de la Salud, documento ufficiale No.173.
- Paul B. (1953), *The Cultural Context of Health Education*, Symposium Proceedings, School of Social Work, University of Pittsburg.
- Scheef T. (1977), *The distancing of emotion in ritual*, Current Anthropology, 18 (3), pag.487-505.
- Shing W. e Jing H. (1978), *Suggestions for Intercultural Psychotherapy*, ed Michael Logan & Edward Hunt, Health and The Human Condition. Perspectives on Medical Anthropology, Wadsworth Publishing Company Inc., Belmont, California, pag..294-298.
- Tullio-Altan C. (1979), *Manuale di Antropologia Culturale*, Bompiani, Milano.
- Tylor E. B. (1958), *Primitive culture*, Harper Torchbook, New York.
- Velasquez R. (1980), *El chamanismo miskito en Honduras*, Yaskin, vol. III, n.4, Tegucigalpa, pag.273-310.
- Wax Murray and Rosalie (1963), *The notion of Magic*, Current Anthropology, vol. 4 (5), pag.495-518.

The ethnopsychologie, ethnopsychiatrist, ethnomedicine: an anthropologic approach bound to an integration of medical systems

The author exposes his theory about the necessity of an integration among the various medical systems of the Central America. Differently from many Latin-American doctors, the author considers the schamanistic institution as part of the basic cultural property. Therefore, in order to develop a psychology and a psychosomatic medicine coherent with the culture of these areas, the shamanism has to be deeply studied.

In 1978, the OMS beg for the identification of the THW (Traditional Health Workers) and their incorporation in the study's programs of each community, in order to create and to change information among this professional figures, medicine's students and the mental health's staff.

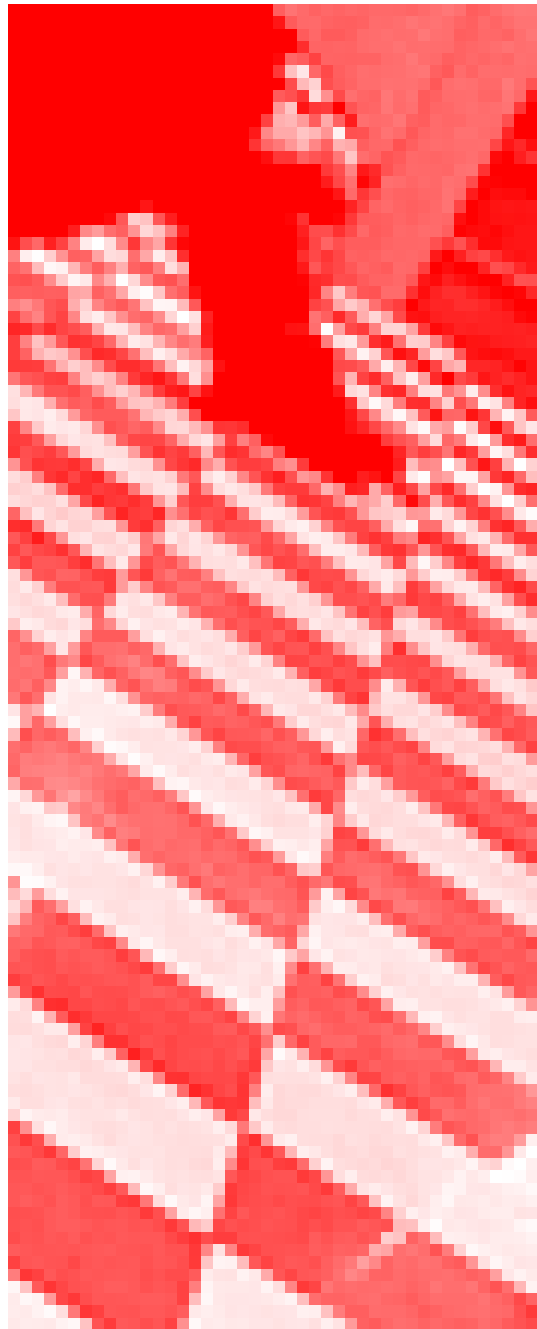


strumenti

Linea 01

Tell me a story

Valutazione medico
legale
del danno biologico
di natura psichica



Tell me a story

GIUSEPPE COSTANTINO, ROBERT G. MALGADY

Validità transculturale del test Temas (*Tell-Me-A-Story*), il test tematico-proiettivo sulla valutazione dell'aggressività e dell'abuso sessuale. In spagnolo e in italiano Temas significa *tema*, e in inglese è un acronimo (*Tell-Me-A-Story*, "raccontami una storia"). È stato sviluppato come un test tematico-proiettivo multiculturale per giovani appartenenti alle minoranze etniche. Le tavole si presentano meno strutturate e ambigue del Tat; ognuna presenta una scena con situazioni problematiche che pongono un conflitto psicologico interpersonale e/o intrapersonale. Il Temas è stato standardizzato e validato su giovani bianchi, spagnoli e neri con età compresa fra i 5 e i 18 anni negli Stati Uniti d'America. Vari studi con bambini argentini, peruviani, portoricani, salvadoregni e italiani ne hanno confermato la validità transculturale. Una nuova versione è in procinto di essere validata con bambini americani-asiatici in America e twainesi in Taiwan. L'utilità clinica del test nella valutazione dell'abuso sessuale giovanile e dell'aggressività è stata confermata da studi multiculturali in America e tansculturali a Puerto Rico e in Italia. Come test multiculturale tematico-proiettivo «rappresenta una pietra miliare nella valutazione della personalità dei giovani di vari gruppi etnici e razziali»

Le tecniche tematiche-proiettive, come il Rorschach ed il Tat, tradizionalmente sono usate per la valutazione della personalità delle persone in culture diverse. Dal principio delle investigazioni transculturali effettuate con i tests tematici-proiettivi, negli anni Quaranta, si osservò che le immagini del Tat (H. A. Murray, 1943) avevano una validità equivoca per individui di culture diverse; stimoli culturalmente sensibili furono sviluppati per studiare la personalità di vari gruppi, come gli indiani messicani, gli indiani Ojibwa e gli africani del sudovest (Henry, 1955). Questi studi iniziali non sono stati però sistematicamente portati avanti (R. H. Dana, 1986). Anche le tavole del Rorschach hanno una validità equivoca con persone di minoranze etniche e razziali (G. Costantino, R. Flanagan e R. G. Malgady, 1998), nonostante la validità psicométrica del *Sistema Comprensivo* del Rorschach (Exner, 1993). I tests tematici-proiettivi sono stati messi in discussione per la loro validità nella valutazione di persone appartenenti alle minoranze etniche e razziali, linguistiche e socio-economiche perché non riflettono le esperienze, gli stili linguistici e cognitivi e i valori culturali di individui provenienti da diverse culture. In più, i tests psicologici, nonostante il loro successo nel campo clinico, hanno mostrato una validità psicométrica equivoca anche con i giovani bianchi (R. H. Dana, 1993, 1998; Olmedo, 1981; Ritzler, 1993). C'è dunque un bisogno di sviluppare dei tests psicologici validi e attendibili per la valutazione delle funzioni della personalità in gruppi multiculturali.



Dopo avere stabilito una relazione empatica con il bambino, l'esaminatore dirà: «Mi piacerebbe che mi raccontassi una storia...»

Sviluppo del Test Temas

Il Temas, che in inglese è un acronimo di *Tell-Me-A-Story* (raccontami una storia) e in spagnolo e in italiano (senza la "s") significa "tema", è stato sviluppato per superare le limitazioni dei tests tradizionali tematici-proiettivi. Il test è progettato come una tecnica di valutazione delle funzioni cognitive, affettive e della personalità di bambini e adolescenti, appartenenti a gruppi culturalmente diversi negli Stati Uniti. Ci sono due versioni del test: la versione per le minoranze di bambini spagnoli e neri, e quella per i bambini bianchi. In più ci sono: la forma lunga che è composta da 23 tavole, e la forma breve, di 9 tavole. Le tavole sono in colori (Costantino, G., 1987).

Il Temas è stato standardizzato e validato su giovani bianchi, spagnoli e neri con età compresa fra i 5 ei 18 anni (Costantino, G., Malgady, R. G. e Rolger, L., 1988). Inoltre, vari studi hanno valutato la validità transculturale di questo test con bambini argentini (Costantino G., Malgady R. G., Casullo M. M. e Castillo A., 1992; Gomez-Depertuis e Rapallo, 2001), peruviani (Costantino, G., Faiola, T., Castillo A. e Malgady, R. G., 1996), salvadoregni (Walton, J.R., Nuttall, R.L., e Vazquez-Nuttall, E., 1997; 1998), portoricani (Cardalda, E., 2001), italiani (Sardi, G. M., 2000; Summo, B., 2000; Carnabuchi, C., 2000; Sulfaro, C., 2000), americani-asiatici (Costantino e Tsui, 2001) e taiwanesi (Yang e Lin, 2002).

Inquadramento Teorico

Il Temas si basa sulle funzioni della personalità come sono manifestate nelle relazioni interpersonali o intrapersonali e interiorizzate dal giovane. La teoria del Temas è basata sulle teorie dinamiche-cognitive in cui si afferma che lo sviluppo della personalità avviene all'interno di un sistema socioculturale e principalmente nella famiglia. Dentro questo sistema i bambini interiorizzano i valori culturali e le credenze della società e della famiglia (Bandura e Walter, 1967; Sullivan, 1953). Le funzioni della personalità sono originariamente apprese conformandosi ai modelli presentati dagli adulti, principalmente i genitori, e sono poi sviluppate tramite processi verbali e immaginali (Paivio, 1971; Piaget e Inhelder, 1971). Siccome gli stimoli proiettivi del Temas riflettono situazioni familiari della vita psicosociale simili alle circostanze in cui le funzioni della personalità sono state apprese, queste funzioni sono direttamente riferite alle situazioni del test e proiettate nelle narrazioni (Auld, F., 1954).

Funzioni Cognitive, Affettive e della Personalità

Il test "tira fuori" nove funzioni della personalità (*relazioni interpersonali, ansia/depressione, aggressività, la motivazione al successo, la dilazione della gratificazione, il concetto del sé, il concetto sessuale, il giudizio morale, e il concetto della realtà*), 10 funzioni cognitive (*tempo di reazione, tempo totale, fluenza verbale, omissioni, conflitto, immaginazione, sequenza temporale, relazioni interpersonali, domande senza risposte, e trasformazioni*) e 7 funzioni affettive (*felice, triste, arrabbiato, impaurito, neutrale, ambivalente, stato emotivo inappropriato*).

Somministrazione

La somministrazione del Temas test è simile a quelle del Tat classico (Murray, 1943) e del Sistema Comprensivo del Rorschach (Exner, 1993). Dopo avere stabilito una relazione empatica con il bambino, l'esaminatore dirà: «Mi piacerebbe che mi raccontassi una storia. Ho molte tavole interessanti che ti mostrerò. Cerca di prestare attenzione alle persone, agli eventi, e gli ambienti delle tavole e poi raccontami una storia con un principio ed una fine». A questo punto, l'esaminatore prende la

prima tavola, e prima di darla al bambino, continua: «Per questa tavola e per tutte le altre tavole che ti presenterò raccontami una storia e dimmi cosa sta succedendo nelle tavole, cosa è successo prima e cosa succederà nel futuro». Finita l'introduzione, l'esaminatore porge la tavola al bambino e incomincia a scrivere la storia parola per parola. Una volta che il giovane termina di raccontare la storia, l'esaminatore farà delle domande strutturate a seconda se la storia ha tutti gli elementi necessari per la decodificazione o meno. Per la somministrazione della forma corta (9 tavole) ci vogliono 30 minuti; per la forma lunga, (23 tavole) circa 80 minuti. Per uso clinico si usa la forma corta e altre 2-3 tavole rappresentanti i sintomi indicati.

Codificazione

Le funzioni cognitive e affettive per ciascuna tavola sono codificate con punteggi obiettivi come occorrono nella realtà; per esempio, al tempo di reazione si dà un punteggio in secondi e alla scioltezza della narrazione (delle storie) si dà un punteggio secondo il numero delle parole nelle storie. Le funzioni della personalità sono codificate con un punteggio da 1 a 4 per ogni funzione che appare nelle tavole ed è presente nelle storie: "1" per una risoluzione molto disadattativa del conflitto, "2" per una risoluzione moderatamente disadattativa; "3" per una risoluzione moderatamente adattativa e "4" per una risoluzione adattativa del conflitto.

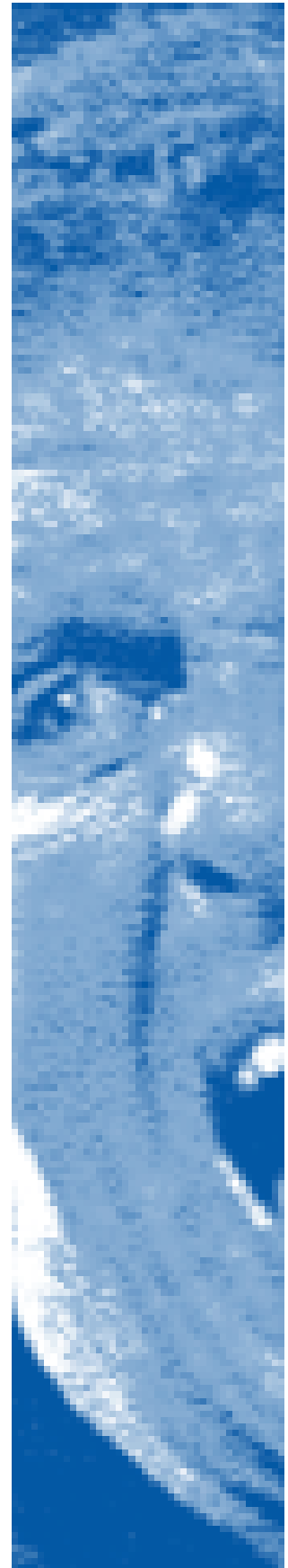
Standardizzazione

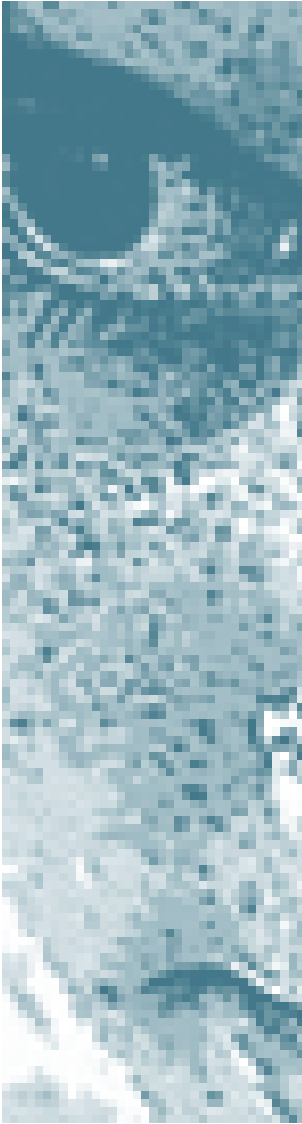
Negli Stati Uniti, il test Temas è stato standardizzato su un campione di 642 giovani (281 ragazzi e 361 ragazze) di età compresa tra i 5 e i 13 anni, con una età media di 8.9 anni (SD=1.9), appartenenti al livello socio-economico medio-basso. In più il test è usato con giovani da 14 a 18 anni. Il campione totale rappresenta quattro gruppi etnici/razziali: bianchi, neri, portoricani e spagnoli. Sono emerse molte correlazioni significative tra l'età e le funzioni del test Temas, per cui l'età del campione è stata divisa in 3 livelli: 5-7 anni; 8-10 anni e 11-13 anni. Il test è formato da scale quantitative trasformate in T-punteggi, le scale descrittive sono trasformate in percentuali; questo rende facile e valido lo sviluppo dei profili clinici dei giovani esaminati con questo strumento.

Validità clinica del test Temas

Diversi studi attestano la validità clinica del test. Un primo studio investiga le differenze tra bambini neri e spagnoli normali e clinici. I risultati indicano che i profili Temas divergono significativamente fra i due gruppi al ($p < .001$), questi spiegano il 21% della varianza indipendentemente dalla etnicità, età e livello socio-economico, e mostrano una accuratezza di classificazione del 86% (Costantino, G., Malgady, R., Rogler, L. e Tsui, E., 1988). Un secondo studio investiga il deficit di attenzione e l'iperattività tra bambini bianchi, spagnoli e neri utilizzando i quadri del Temas. I risultati indicano che i bambini con deficienze attenzionali e iperattività mostrano in modo significativo più omissioni di personaggi, eventi, ambienti e conflitti rispetto ai bambini normali (Costantino, G., Colon-Malgady, G., e Perez, A., 1991). Un terzo studio investiga la validità clinica della versione del Temas con bambini bianchi normali e clinici.

I risultati indicano che i profili del Temas distinguono significativamente fra i due gruppi al ($p < .001$), e mostrano una accuratezza della classificazione del 89% (Costantino, G., Malgady, R. H., Colon-Malgady, G. e Bailey, J., 1991). Un quarto studio investiga la validità transculturale/ multiculturale clinica del test con bambini bianchi, messicani e messicani-americani. I risultati indicano che il Temas mostra maggiore validità culturale e utilità clinica rispetto al *Robert's Apperception Test* (Bernal, I., 1991).





Validità clinica: abuso sessuale giovanile e aggressività

Il punto focale di questo articolo resta su diversi studi che mostrano la validità clinica del Temas nell'area dell'abuso sessuale giovanile e dell'aggressività.

La letteratura indica che negli Stati Uniti ci sono circa 7,5 milioni di bambini e adolescenti che presentano disturbi emozionali, e circa un milione abitano nello stato di New York (NAMI, 2000); in più ci sono indicazioni che i disturbi emozionali seri (DES) sembrano essere associati all'abuso sessuale infantile (Pallotta & Wagner, 1993). Il processo dell'abuso sessuale giovanile si sviluppa attraverso le fasi di *in-gaggio, incontro sessuale, segretezza, e rivelazione* (Sgroi, Canfield e Sarnacki, 1982). Le vittime mostrano i sintomi seguenti: *ansietà, depressione, sentimenti d'impotenza, comportamento autodistruttivo, isolamento sociale, autostima negativa, diffidenza, senso di persecuzione, disordine di comportamento, abuso di droghe e alcool, identità sessuale disadattata, funzione sessuale disadattata* (Beniot e Kennedy, 1992).

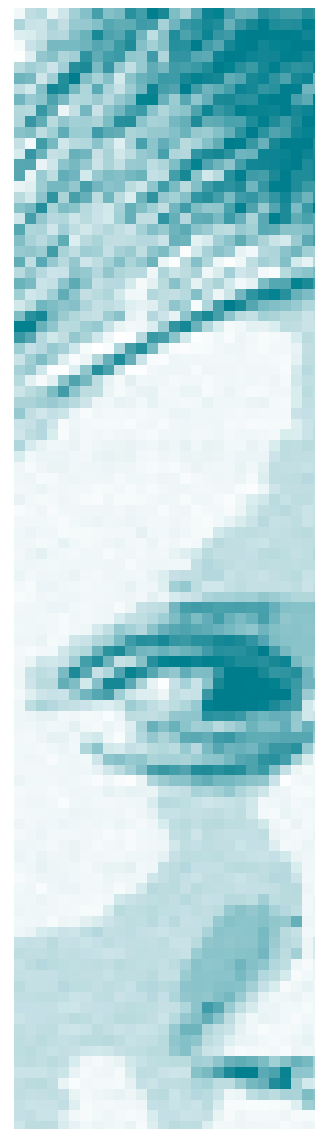
Il primo studio esplora le differenze cliniche in due gruppi di 28 vittime di abuso sessuale e 30 giovani autori di abuso sessuale (40 maschi e 18 femmine con età dai 5 ai 16 anni (M=10.16). Relativamente all'etnicità, 47% erano neri, 38% spagnoli e 12% bianchi provenienti da famiglie con livello socioeconomico basso. I giovani si sottoponevano ad una terapia inserita in un programma specializzato in un centro di salute mentale in New York. Il test Temas e il WISC-III furono somministrati a questi giovani al principio della cura. Fra i risultati più importanti, le vittime mostrano di essere più paurose, meno loquaci, e presentano più omissioni rispetto agli autori di abuso sessuale; mentre questi ultimi mostrano di essere più aggressivi. Le vittime esprimono temi di paura e confusione di identità sessuale mentre gli autori esprimono aggressività (Costantino, Rand e Malgady, 1994).

Il secondo studio esplora l'utilità clinica del Temas con bambini portoricani (20 maschi e 5 femmine con una età media di 8 anni) che attendevano un programma per vittime di abuso sessuale in San Juan, Porto Rico. Il test Temas fu somministrato a scopo di generare profili clinici per lo sviluppo di programmi individuali di cura (trattamento). I risultati indicano che questo test è culturalmente sensitivo e utile nella valutazione dei sintomi nelle vittime di abuso sessuale, perché "tira fuori" dinamiche che generalmente non sono espresse da questi bambini (Cardalda, Sayers e Machado, 2001).

La terza ricerca, intitolata *Aggressività e funzioni cognitive nella risoluzione dei conflitti nei bambini fra i 7 e gli 8 anni*, è una compilazione di 4 studi di tesi di laurea in psicologia clinica all'Università di Roma "La Sapienza" sotto l'esperta supervisione del prof. Marco Cecchini. Gli autori indicano che «Lo scopo di questa ricerca è di accertare la complementarità dei due tests per la misura dell'aggressività attraverso la correlazione fra la funzione della scala dell'aggressività del test proiettivo Temas e la scala del comportamento aggressivo del CBL, come percezione delle madri della condotta aggressiva degli stessi bambini» (p. 29). La ricerca è stata condotta in un circolo didattico di Roma con 92 coppie madre-bambino appartenenti a famiglie egualmente distribuite fra livelli socio-economico medio-basso e medio-alto. Il *Child Behavior Check List* (CBCL) (Achenbach, 1991) fu somministrato alle madri e le 8 tavole del Temas che valutano l'aggressività (Costantino, 1987) furono somministrate ai bambini. I risultati della ricerca confermano «l'ipotesi esplicitata sulla validità di costrutto dell'aggressività. La correlazione negativa (-0,41 (p< .001) è un chiaro indice della tendenza dei due test utilizzati a contribuire con due misure differenziate, ad uno stesso costrutto dell'aggressività. I dati sono particolarmente incoraggianti se si considera il fatto che i due test sono molto diversi nella struttura e nel quadro di riferimento che li sopporta. I risultati costituiscono quindi, uno stimolo per l'utilizzo congiunto di misure complementari nello studio del costrutto multidimensionale dell'aggressività». (Sardi, 2000; Summo, 2000; Carnabuchi, 2000; Sulfaro, 2000).

BIBLIOGRAFIA

- Auld, F. (1954), *Contribution of behavior theory to projective testin*, Journal of Projective Techniques, 18, pp.128-142.
- Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*, Englewood Cliff, NJ. Prentice Hall
- Bernal, I. (1991), *The relationship between level of acculturation, The Robert's Apperception Test for Children, and the TEMAS (Tell-Me-A-Story Test)*. Dissertation. California School of Professional Psychology, Los Angeles, CA.
- Cardalda, E., Sayers, S., & Machado, W. (2001, August), *Clinical utility of TEMAS with sexually abused children in Puerto Rico*, 2001 APA Convention, San Francisco, CA.
- Carnabucci, C. (2000), *Aggressività e giudizio morale nella risoluzione dei conflitti nei bambini fra i 7 e gli 8 anni*, Tesi di laurea, Università di Roma "La Sapienza", Roma.
- Costantino, G. & Malgady, R.G. (1983), *Verbal fluency of Hispanic, Black and White children on TAT and TEMAS, a new thematic apperception tests*, Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 5, pp.199-206.
- Costantino, G., Malgady, R.G., Rogler, L.H. & Tsui. (1988), *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: a thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, pp. 670-678.
- Costantino, G. (1987), *TEMAS (Tell-Me-A-Story) Picture Cards*, Western Psychological Services, Los Angeles, CA.
- Costantino, G., Malgady, R. & Rogler, L. (1988), *TEMAS (Tell-Me-A-Story) MANUAL*, Western Psychological Services, Los Angeles, CA.
- Costantino, G., Malgady, R., Casullo, M.M. & Castillo, A. (1991), *Cross-cultural standardization of TEMAS in three Hispanic subcultures*, Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13, pp.48-62.
- Costantino, G., Malgady, R.G., Colon-Malgady, G. & Perez, A. (1991), *Assessment of attention deficit disorder using a thematic apperception technique*, Journal of Personality Assessment, 57, pp. 87-95
- Costantino, G., Malgady, R.G., Colon-Malgady, G. & Bailey, J. (1992), *Clinical utility of the TEMAS with non-minority children*, Journal of Personality Assessment, 59, pp. 433-438.
- Costantino, G. & Malgady, R.G. (1994), *Development of TEMAS, a multicultural thematic apperception tests: Psychometric properties and clinical utility*, in G. R. Sadowsky & J.C Impara (Eds.) *Multicultural Assessment in counseling and clinical psychology* pp. 85-136, Buros Institute of Mental Measurements University of Nebraska-Lincoln, Lincoln, NE.
- Costantino, G., Malgady, R.G. & Faiola, T. (1997, July), *Cross-cultural standardization of TEMAS with Argentinean and Peruvian children*, ICP Cross-Cultural Conference, Padova, Italia.
- Costantino, G., Tsui, E., & Malgady, R.G. (1998), *Validation of the Asian-American version of TEMAS*, Case Studies, St. John's University, New York.
- Dana, R.H. (1993). *Multicultural assessment perceptive for professional psychology*, Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Dana, R.H. (1997), *Cultural competence in school psychology: an assessment perspective*, Professional Psychology: Research and Practice: Special Edition, pp. 87-90.
- Dana, R.H. (1996), *Culturally competent assessment practice in the United States*, Journal of Personality Assessment, 66, pp. 472-487.
- Flanagan, R. & DiGiuseppe, R. (1999), *A Critical review of the TEMAS: A step within the Development of Thematic Apperception Instruments*, Psychology in the Schools, Faulkner, N. (1996), Pandora Box: The secrecy of child sexual abuse. Sexual Counseling Digest, 8, pp. 134-143.
- Gomez-Dupertuis, D. & Ropaldo, M. (2001, August), *Differences and Similarities between Argentinean and North American children*, 2001 APA Convention, San Francisco, CA.
- Mc Arthur, D. S., & Roberts, G. E. (1982), *Technical manual: The Roberts Apperception Test for Children*, Western Psychological Services, Los Angeles.
- Murray, H. A. (1943), *Thematic Apperception Test Manual*, Harvard University Press, Cambridge.
- Olmedo, E.L. (1981), *Testing linguistic minorities*, American Psychologist, 36, pp. 1078-1085.
- Ritzler, B. (1993), *A new slant on an old theme*, Journal of Psychoeducational Assessment, 11, pp. 381-389.
- Ritzler, B. (1996), *Projective methods for multicultural personality assessment: Rorschach TEMAS, and the Early Memories Procedures*, In L.A. Suzuki, P.J. Meller, & J.G. Ponterotto, (Eds), *Handbook of Multicultural assessment: Clinical, psychological, and educational applications*, pp. 115-135. Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Sarnacki, F., Canfield, L., & Sgroi, S.M. (1982), *Treatment of the Sexually abused child*, pp. 109-145. In S.M. Sgroi, *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, The Free Press, New York.
- Sgroi, S.M. Canfield, L., & Sarnacki, F. (1982), *A Conceptual framework for child sexual abuse*, pp. 9-37, in S.M. Sgroi, *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, The Free Press, New York
- Sardi, G.M. (2000), *Aggressività e funzioni cognitive nella risoluzione dei conflitti nei bambini fra i 7 e gli 8 anni*, Tesi di Laurea, Università di Roma "La Sapienza" Roma, Italia.
- Summo, B. (2000), *Aggressività e funzioni emotive nella risoluzione dei conflitti nei bambini fra i 7 e gli 8 anni*, Tesi di Laurea, Università di Roma "La Sapienza" Roma, Italia.
- Sulfaro, C. (2000), *Aggressività e Iperattività nella risoluzione dei conflitti nei bambini fra i 7 e gli 8 anni*, Tesi di Laurea, Università di Roma "La Sapienza" Roma, Italia.
- Walton, J.R., Nuttall, R.L., & Vazquez-Nuttall, E. (1997), *The impact of war on the mental health of children: A Salvadoran study*, Child Abuse & Neglect, 21, pp. 737-749.
- Walton, J.R., Nuttall, R. L., & Vazquez-Nuttall, E. (1998, August), *Effects of war on children's motivation reflected in Temas stories*. In G. Costantino (Chair), *Multiculturalism/cross-cultural motivation as assessed by TAT and TEMAS*. Symposium presented at the 106th annual APA convention, San Francisco, CA.





Una delle tavole del test proiettivo Temas: una condizione multiculturale in un contesto urbano.

Transcultural validity of TEMAS (Tell-Me-A-Story), a thematic/projective test in the evaluation of sexual and aggressive abuses

The word TE.M.A.S. in Spanish and Italian means tema, but in English is an acronym for Tell-Me-A-Story. The test was born like a projective/thematic multicultural test for young people part both ethnic minority and non.

The tables are less structured and ambiguous than the TAT ones; each one shows a scene divided in conflictual situations, which inspire an interpersonal and intrapersonal psychological conflict. The TEMAS has been stardardized and confirmed on White, Spanish and Black young people of the United States of America of an age between 5 and 18 years.

Moreover, various researches confirm the transcultural value of this test with Argentine, Peruvian, Puerto Rican, Salvadorian and Italian children.

A third version is going to been confirmed with American-Asiatic children in America, and Taiwan ones in Taiwan. The clinic utility of the test in the evaluation of young sexual and aggressive abuses has been confirmed from multicultural studies in America and transcultural in Puerto Rico and Italy.

Like a multicultural, projective/thematic test, the TEMAS «represents a milestone in the evaluation of the young people personality of various ethnic and racial groups».

Valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica

FABIO BUZZI* , MARIO VANINI**

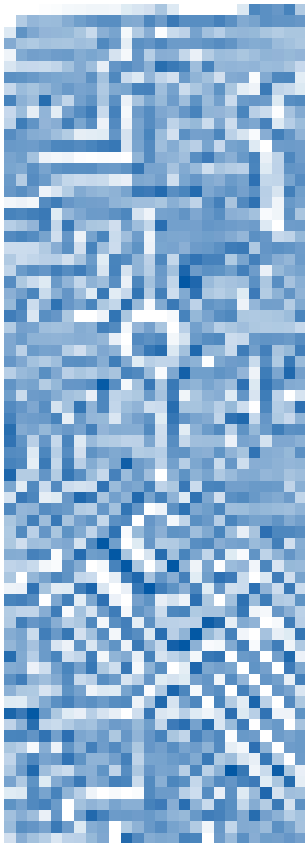
Il danno biologico viene inteso come una menomazione dell'integrità psicofisica del soggetto; la malattia psichica rappresenta un prodotto di molteplici fattori biologici, psicologici, familiari e ambientali che si potenziano reciprocamente in una successione patogena. Questi fattori interagiscono inoltre con la predisposizione personale. Viene qui proposta una procedura valutativa del danno psicologico permanente finalizzata alla determinazione del risarcimento, e vengono considerati sia criteri medico-legali che parametri psicologici, determinati con le scale VGF e SVFSL riportate nel DSM IV

Il problema della valutazione del "danno psichico" in ambito civilistico ha assunto crescente importanza consensualmente all'affermazione del danno biologico nella sua unitaria accezione di nocimento all'integrità psicofisica della persona in sé e per sé, a prescindere dai riverberi sulla capacità lavorativa e reddituale dell'individuo.

La fondamentale sentenza della Corte Costituzionale n. 184 del 1986 ha definitivamente accreditato il danno biologico come "menomazione della integrità psicofisica del soggetto", sottolineando la dimensione olistica di soma e psiche. Inoltre, per sottolineare i caratteri distintivi della componente di natura psichica del danno biologico rispetto alla categoria del danno morale, la Corte ha ritenuto opportuno precisare che tale menomazione "non è per nulla equiparabile al momentaneo, tendenzialmente transiente, turbamento psicologico del danno morale subiettivo".

Il primo problema con cui si deve confrontare la valutazione medico-legale della invalidazione psichica conseguente all'impatto di un evento psico-stressante sull'equilibrio psichico di una persona, è quello della causalità delle malattie psichiche per le quali non è possibile il riferimento alla "causalità lineare" applicabile alle malattie organiche e contraddistinto da una più agevole percepibilità e da una più semplice analizzabilità. Le malattie psichiche rappresentano infatti il prodotto di molteplici fattori, biologici, psicologici, famigliari e più estesamente ambientali, i quali si potenziano reciprocamente all'interno di una spirale patogena ("causalità circolare").

Un ruolo concausale rilevante è giocato inoltre dalla "predisposizione personale" che rende una persona maggiormente vulnerabile da parte di eventi stressanti. Traslati al campo medico-legale, questi aspetti rimandano al problema delle concause che a sua volta presuppone un necessario allargamento della valutazione alle preesistenze, tenendo peraltro conto del fondamentale concetto dell'intangibilità della personalità di ciascuno, comunque essa si atteggi e si esprima e qualunque possa essere la sua reattività agli eventi psico-stressanti.



Il primo problema con cui si deve confrontare la valutazione medico-legale della invalidazione psichica conseguente all'impatto di un evento psico-stressante, è quello della causalità delle malattie psichiche, per le quali non è possibile il riferimento alla "causalità lineare" delle malattie organiche

La presa in considerazione dell'apporto concausale dello stato psichico anteriore comporta la necessità di una "taratura" della valutazione medico-legale. Infatti, se è vero che lo stato anteriore di una persona, quantunque in «precaro equilibrio psichico, è comunque inviolabile, sia per il diritto penale, sia per il diritto civile, e il turbamento di quell'equilibrio costituisce danno, e danno risarcibile, giustizia vuole tuttavia che l'autore di un fatto illecito sia tenuto al risarcimento limitatamente al danno causato col suo comportamento» (Giannini).

Sul come far "tara" della quota parte di danno psichico non imputabile all'evento psico-stressante, al fine di consentire il giusto risarcimento, si può ragionevolmente ipotizzare che, poiché «l'importanza dei fattori individuali appare ridursi con l'intensità dello stress» (Kinzie, citato da Kaplan), la valutazione della reale carica patogena dell'evento traumatico possa essere assunta come un indicatore di quella preesistente disposizione (alias suscettibilità) personologica.

Può valere a titolo illustrativo il seguente esempio.

Due donne – che non hanno avuto precedenti psicopatologici significativi – a seguito di un evento minaccioso sviluppano una sindrome fobica che può essere ritenuta equivalente in entrambe dal punto di vista della sintomatologia e dal punto di vista della invalidazione complessiva.

In un caso la sindrome si è sviluppata a seguito di un prolungato sequestro, in ambiente confinato, in zona isolata, con minacce di morte e sevizie fisiche e psicologiche, mentre nell'altro caso la analoga sindrome si è sviluppata a seguito di atti di libidine, compiuti in pieno giorno ed in una zona altamente abitata, senza comportamenti seriamente minacciosi e con spontaneo allontanamento dell'aggressore alla reazione della donna, le cui invocazioni di aiuto avevano buone probabilità di essere state recepite da persone nelle vicinanze.

Accertata la sussistenza di un nesso di causalità materiale fra l'evento lesivo e i disturbi fobici in entrambi i casi e tenuto conto dell'assenza di precedenti psicopatologici, pur essendo le due sindromi quali-quantitativamente analoghe, sarebbe palesemente contrario al criterio giuridico dell'adeguatezza causale attribuire ad entrambi i casi un medesimo valore di danno biologico da risarcire. Applicando il criterio della causalità circolare e non lineare, proposto in letteratura proprio per adeguare la valutazione medico-legale alle peculiari caratteristiche delle condizioni psicopatologiche, è infatti fondatamente prospettabile che nel secondo caso abbiano svolto un rilevante ruolo concausale dei fattori psicopatologici con grande verosimiglianza tipologicamente affini al "substrato qualitativo" dell'evento, ma fino ad allora mantenutisi ad un livello subclinico e tali da non abbisognare di attenzioni terapeutiche e che comunque sarebbe iniquo far rientrare nel risarcimento.

Alla luce di questi principi è stata proposta la seguente "procedura valutativa del danno psichico permanente".

I) Validazione del nesso di causalità.

II) Stima percentuale (da 1 a 100%) del "danno biologico permanente tabellare", cioè della invalidazione del soggetto indipendentemente dal tipo e dall'entità dell'evento traumatico; il termine tabellare deriva dal fatto che il valore può essere individuato nelle tabelle predisposte all'uopo, secondo il sistema quantitativo consuetamente impiegato in campo medico-legale.

III) Individuazione del "coefficiente di rilevanza dell'evento", cioè dell'efficacia traumatica dell'evento sul peculiare assetto psico-comportamentale di quell'individuo, tenendo conto della "carica patogena" intrinseca all'evento medesimo; il valore del coefficiente va da 1 (nel caso in cui la sindrome sia integralmente imputabile all'evento) a 0,1 (nel caso in cui, pur in piena sussistenza del nesso di causalità, è ipotizzabile che il ruolo eziopatogenetico dell'evento nella sindrome psicopatologica sia decisamente sovrastato dai preesistenti fattori di suscettibilità personale).

IV) Moltiplicando la percentuale di "danno biologico tabellare" per il valore del "coefficiente di rilevanza dell'evento" si ottiene il valore percentuale (da 1 a 100) del "danno biologico permanente risarcibile", cioè del danno alla persona razionalmente imputabile a quello specifico evento psicotraumatico di rilievo giuridico; il risarcimento potrà così risultare il più possibile proporzionato all'effettivo impatto stressogeno dell'evento.

Utilizzando nuovamente l'esempio dianzi illustrato, applicando tale procedura il danno biologico tabellare individuabile nelle tavole sinottiche, cioè quello corrispondente ad una sindrome fobica moderata, risulta pari al 25%.

Però nel primo caso — quello della violenza brutale — tale valore coinciderà con il danno biologico risarcibile, nella fondata presunzione che i disturbi psichici siano integralmente attribuibili all'evento, essendo il loro impatto psicotraumatizzante di portata tale da rendere trascurabile qualsivoglia eventuale fattore di suscettibilità personale; il coefficiente di rilevanza dell'evento è dunque pari a 1, per cui il danno biologico risarcibile sarà così calcolabile: $25 \times 1 = 25\%$.

Nel secondo caso invece il valore di danno biologico tabellare deve essere moltiplicato per un coefficiente di rilevanza dell'evento inferiore all'unità — in questo caso 0,4 — ottenendo un valore di danno biologico risarcibile inferiore ($25 \times 0,4 = 10\%$). Generalizzando, al di fuori di eccezionali situazioni in cui il danno psichico successivo ad un evento di rilevanza giuridica è integralmente imputabile allo stesso (cioè meritevole di un coefficiente pari all'unità), il moltiplicatore inferiore all'unità funge da adeguatore del tabellare secondo una razionale proporzionalità con la reale portata stressogena dell'evento.

Nella valutazione medico-legale del danno psichico attribuibile ad un evento di rilevanza giuridica si è ritenuto indispensabile basare l'impostazione diagnostico-classificativa sul DSM IV.

Una volta formulata la diagnosi secondo i criteri del DSM, deve essere stimato il livello di gravità al quale i disturbi presumibilmente si stabilizzeranno "in permanenza". Per i disturbi risoltisi al momento della valutazione peritale, o per i quali vi sono fondati motivi per ritenere che perverranno a risoluzione sono previsti criteri particolari.

Anche per quanto concerne il giudizio di gravità ci si è attenuti alle indicazioni del DSM IV, che prevede tre livelli: *lieve, moderato, grave*.

Il riferimento al DSM comporta da un canto che la procedura e la definizione diagnostica devono avvenire nel rispetto delle precisazioni ivi contenute ("*i criteri diagnostici sono da utilizzarsi come linee guida... integrate col giudizio clinico*" da parte di persone "*con adeguato addestramento clinico*", evitando un suo uso alla stregua di un "*libro di cucina*") e, dall'altro, si deve tener conto anche dei seguenti fattori che delincono la portata dei disturbi psichici.

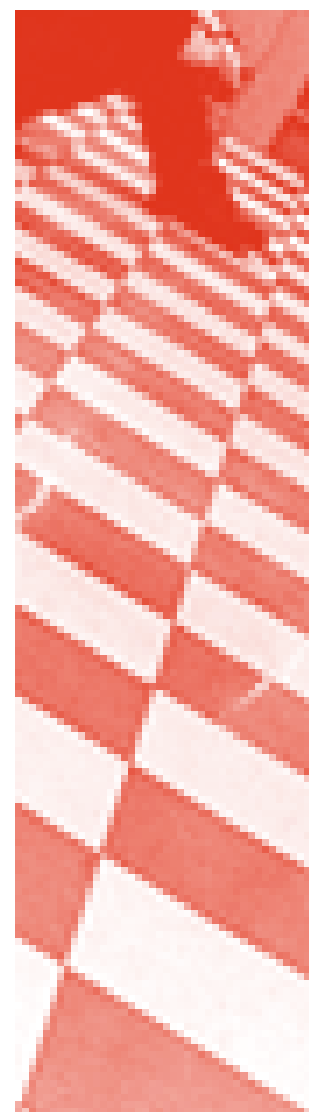
Poiché non vi è uno stretto parallelismo fra gravità della menomazione del funzionamento socio-lavorativo e gravità della sintomatologia psichica (che sono i due parametri assunti nel DSM per la individuazione del livello di gravità), per il giudizio di gravità in sede medico-legale dovranno essere attentamente ponderati i seguenti fattori:

- entità della sintomatologia;
- livello di sofferenza cosciente che i disturbi evocano nel vissuto intimo del soggetto;
- alterazioni del funzionamento psichico nella sfera personale e delle relazioni interpersonali;
- alterazioni dell'adattamento alle situazioni socio-lavorative (che si espandono oltre i confini dei concetti medico-legali di "capacità lavorativa" e di "attitudine al lavoro").

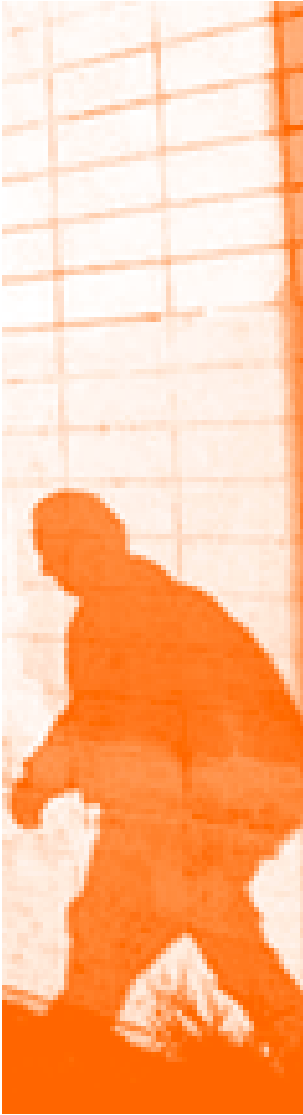
Tutti questi fattori devono essere analizzati dapprima singolarmente e poi nella loro complessiva incidenza minorativa, così da giungere alla collocazione del livello di gravità della condizione psicopatologica nei tre livelli dianzi ricordati proporzionalmente alla intrinseca severità espressa consuetamente dalla categoria nosografica di appartenenza del disturbo in esame.

È evidente, ad esempio, che nel caso di disturbi somatoformi il range di gravità della sintomatologia e dell'alterazione del "funzionamento" è sempre molto inferiore rispetto a quello dei disturbi schizofrenici a decorso continuativo.

La previsione prognostica del livello di gravità intorno al quale i disturbi si stabilizzeranno in maniera "permanente" (dando per scontato che il decorso potrà vede-



Non vi è uno stretto parallelismo fra gravità della menomazione del funzionamento socio-lavorativo e gravità della sintomatologia psichica



La prognosi del livello di gravità intorno al quale i disturbi si stabilizzeranno in maniera "permanente" si fonda sulle prospettive catamnestiche, sugli indicatori di prognosi, sull'andamento nel periodo di osservazione

re oscillazioni in positivo – miglioramenti – o in negativo – peggioramenti – delle quali si dovrà tener conto con modalità valutative di tipo algebrico) si fonda sui seguenti criteri: *prospettive catamnestiche, indicatori di prognosi, andamento nel periodo di osservazione cioè del periodo che intercorre tra l'evento a rilevanza giuridica e la valutazione peritale.*

Il criterio probabilistico, confidato alla statistica scientificamente intesa, può evidentemente risultare di notevole ausilio per questa definizione prognostica, che deve fare anch'essa a "leggi scientifiche" e non può essere affidata alla sola esperienza e all'esclusiva discrezionalità del valutatore.

Per le *prospettive catamnestiche* – consensualmente alle conoscenze statistico-epidemiologiche e all'esperienza clinica – nel testo sono previsti un giudizio prognostico di tipo generico (ad esempio: trattasi di patologia tendenzialmente cronica, ovvero il disturbo quasi sempre si risolve) e un giudizio prognostico di tipo specifico (cioè fondato su stime percentualistiche di guarigione, di miglioramento e di persistenza inalterata dei disturbi, basate sulle informazioni casistico-epidemiologiche riportate in letteratura). Ben diversa deve essere infatti la quantificazione del danno psichico permanente per disturbi che "quasi sempre si risolvono" rispetto a quella per "disturbi che tendenzialmente cronicizzano".

Pur nella sua inevitabile approssimazione di indole probabilistica – e pertanto scientificamente accettabile — tale criteriologia valutativa fa già ampiamente parte della medicina legale, come ricavabile dalle guide valutative maggiormente accreditate in campo civilistico (Bargagna e al., ed. Giuffrè, 2001) in riferimento a condizioni che possono evolvere sfavorevolmente, come ad esempio la piastrinosi post splenectomia etc., per le quali sono previste quantificazioni del danno biologico più elevate rispetto a quelle applicabili ai reliquati in essere all'epoca dell'accertamento medico-legale, dando per scontata una loro evolutività nel tempo conformemente all'esperienza statistica generale.

Se acquisiti in letteratura, nel testo vengono riportati degli *indicatori di prognosi* basati sulla presenza o meno di determinate caratteristiche sintomatologiche e di evolutività che sono abitualmente associabili – anche in questo caso sulla base di esperienze di ordine probabilistico – ad una prognosi favorevole, oppure sfavorevole. Questo parametro concorre, con le suddette prospettive catamnestiche, a configurare più attendibilmente il livello di gravità sul quale il disturbo probabilmente si stabilizzerà.

Anche in questo caso si utilizza la "sussunzione sotto una legge scientifica" (alias "legge di copertura", secondo una dizione cara ai giuristi) di ordine probabilistico. Tale criterio è ordinariamente utilizzato in altri campi della medicina legale. Ad esempio nella valutazione medico-legale delle malattie professionali, specie di quelle neoplastiche: queste hanno infatti una eziologia multifattoriale consimile alla causalità circolare delle condizioni psico-reattive e, in assenza di comprovate differenti noxae oncogene, vengono ricondotte all'esposizione ad un agente che è tipicamente in grado di cagionarle, pur nella consapevolezza che un piccolo numero di esse sarebbe potuto insorgere indipendentemente dall'esposizione a quell'agente.

L'*andamento nel periodo di osservazione* è un criterio prognostico che si basa essenzialmente sulla valutazione clinica della tendenza dei disturbi al miglioramento o al peggioramento nel periodo intercorso tra l'evento a rilevanza giuridica ed il momento della valutazione peritale, oltre che sulla responsività al trattamento psicofarmacologico e psicoterapico. Nel testo vengono indicate alcune linee guida del trattamento psicofarmacologico, le quali hanno particolare utilità per la valutazione sia dell'adeguatezza della terapia intrapresa, anche sul piano della prevenzione delle recidive e degli aggravamenti, sia di eventuali resistenze della patologia alle cure intraprese e, conseguentemente, della tendenza alla cronicizzazione.

I riscontri ottenuti con questo tipo di indicatori, essendo supportati da concrete ed oggettive forme di validazione statistico-esprienziali, rappresentano evidentemente delle solide "leggi scientifiche".

A conclusione del capitolo dedicato alla diagnosi e alla gradazione clinica dei disturbi, si fa cenno all'uso dei test psicologici.

Nel campo della psicopatologia forense sembra di massima prevalere l'opinione che

«alla loro ampia diffusione non ha corrisposto un'altrettanto chiara consapevolezza dei limiti imposti dalle tecniche stesse » (S. Ferracuti). In proposito vi è comunque da precisare che questi limiti riguardano per lo più l'applicazione in campo penalistico , mentre per l'ambito civilistico non vi è ancora una sufficiente esperienza, specie per quanto riguarda le potenzialità chiarificatrici in ordine alla previsione prognostica.

Per la trasformazione della preliminare valutazione clinica dei disturbi psichici nei termini percentuali propri della quantificazione del danno biologico sono stati indicati dei range valutativi corrispondenti alle principali categorie nosografiche, che sono stati anche raccolti in una tabella sinottica.

Per identificare questi range è stato preliminarmente necessario individuare dei presupposti di ordine quantitativo supportati da autorevoli accreditamenti in campo clinico psichiatrico e, nel contempo, da un elevato grado di integrazione col sistema valutativo percentualistico utilizzato in campo medico-legale; si è quindi proceduto alla costruzione di un sistema di correlazioni multiple proporzionalmente interdipendenti.

Il consolidato accreditamento, nella letteratura medico-legale, della stima valutativa della sindrome soggettiva da trauma cranico è stato assunto a parametro di riferimento per quei disturbi d'ansia che da un canto non soddisfano completamente i criteri diagnostici del D.A.G. del DSM IV e, d'altro canto, non possono essere ristretti all'ambito dei minimali "Disturbi d'Adattamento con Sintomi Ansiosi". Ciò conformemente a quanto prospettato da Cazzullo nel suo trattato di psichiatria: «la applicazione così rigorosa (dei criteri diagnostici del DSM per il D.A.G.) comporterebbe l'esclusione di molti casi caratterizzati da apprensione duratura e coi sintomi richiesti di iperattività motoria o neurovegetativa nei quali tale sintomatologia non appare riferibile a specifiche situazioni di vita... Inoltre... il disturbo mostra... uno sfumarsi spontaneo delle manifestazioni sintomatologiche sino a quadri di fatto subclinici rispetto ai criteri operativi proposti (dal DSM), ma non di meno bisognosi di trattamento».

Per la quantificazione delle condizioni invalidanti di maggiore portata si sono trovati validi parametri di riferimento nelle scale VGF (valutazione globale del funzionamento) e SVFSL (valutazione globale del funzionamento sociale e lavorativo) riportate nel DSM IV.

Le due scale sono strutturate secondo gradi decrescenti della gravità dei sintomi in dieci classi, una per ogni decina di punti, da 100 a 1, dalla I alla X.

Le condizioni comprese fra i valori di 100 e 71 non hanno alcun rilievo per la valutazione del danno, in quanto riguardano assetti psichici evidentemente non menomanti, come evincibile dalle corrispondenti specificazioni (nessuna sintomatologia e funzionamento normale, o superiore alla norma).

Nella restante parte della scala figurano invece condizioni francamente patologiche e menomanti, corrispondenti alle sette classi che comprendono le decine da 70 a 1 (dalla IV alla X).

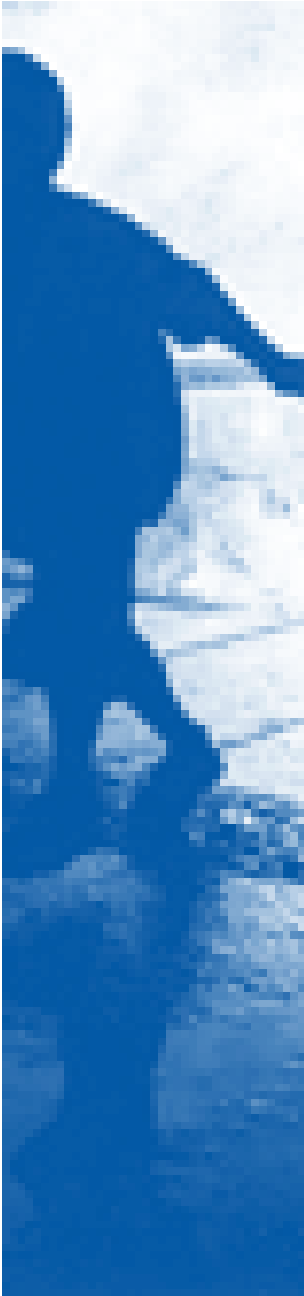
In queste sette classi è stata così distribuita la scala percentuale utilizzata in campo medico-legale: Classe IV: 1-15%; V: 16-30%; VI: 31-45%; VII: 46-60%; VIII: 60-75%; IX: 76-90%; X: 91-100%.

L'attribuzione delle percentuali di danno biologico alle singole categorie nosografiche poggia su un sistema di correlazioni multiple proporzionalmente interdipendenti istaurato sulla scorta dei seguenti parametri:

- analogie fenomenico-sindromiche e dei sottesi meccanismi psicopatologici;
- confronti dell'interferenza della condizione psicopatologica sul funzionamento socio-lavorativo;
- comparazione prognostica, per cui a parità dei precedenti parametri, deve essere attribuita una maggior incidenza invalidante alla categoria nosografia con una prognosi più favorevole;
- deterioramento dell'immagine sociale , per cui le patologie che evocano nell'ambiente di vita il diffuso stereotipo dell'alienazione mentale determina degli influssi sfavorevoli sulla possibilità di inserirsi agevolmente in ogni contesto della vita di relazione.

Per ogni categoria nosografica sono indicate nel testo le motivazioni in base alle quali la stima percentualistica della connessa incidenza invalidante deve essere ritenuta uguale, superiore o inferiore a quella di altre categorie nosografiche già





determinata nelle medesime modalità, secondo un "flusso" di derivazioni logiche e nosologiche concatenate e convalidate da comparazioni quali-quantitative di indole clinica.

Circa i "disturbi a completa risoluzione" che figurano nelle tabelle sinottiche del danno biologico "permanente", è opportuno fare alcune precisazioni.

Questa apparente contraddizione terminologica trova la sua spiegazione nel fatto che soggetti che hanno manifestato disturbi psicopatologici, quantunque a carattere episodico singolo, a rapida scomparsa, hanno un maggior rischio di sviluppare disturbi psicopatologici in maniera significativamente superiore rispetto alla popolazione generale, come se quel singolo episodio avesse in qualche modo modificato in maniera "permanente" lo stato psichico di base, inducendo una condizione di accentuata vulnerabilità. Anche per questi casi, oltre al puntuale riferimento a leggi di carattere scientifico-probabilistico, si è adottata la criteriologia medico-legale ordinariamente applicata alle condizioni somatiche che comportano il residuo di un "locus minoris resistentiae", il quale, pur in assenza di vera e propria patologia in atto, costituisce di fatto una compromissione permanente dell'integrità dell'individuo.

Il criterio quantitativo che è stato ritenuto maggiormente adeguato per la valutazione della rilevanza degli eventi psicotraumatici è stato quello adottato nella "scala degli eventi stressanti" di Rahe e Holmes già introdotta nell'ambito della medicina legale da Buzzi (*Trattato di medicina Legale*, Cedam, Padova, 1998).

Ad una serie di eventi dotati di significatività paradigmatica questa scala attribuisce un "peso" che va da 1 (valore estremo al quale è stata collocata la "morte del coniuge") a 0,1 (valore assegnato alle "lievi violazioni di legge").

Pur nella consapevolezza che qualsivoglia elencazione non potrà mai esaurire tutte le possibili contingenze sfavorevoli potenzialmente psicopatogene, gli eventi psicostressanti a connotazione paradigmatica riportati nella scala di Rahe e Holmes rappresentano dei validi parametri di comparazione proporzionalistica anche per situazioni a diversa coloritura situazionale, ma di consimile "carica patogena" e rendono possibile quell'oggettiva e coerente graduazione dell'intensità delle esperienze emotive che devono essere valutate in sede peritale, anche secondo il principio giuridico del "*id quod plerumque accidit*".

Nella scala non sono però contemplati gli effetti di situazioni ad altissimo impatto psicotraumatizzante (ad es: sequestri prolungati in condizioni di confinamento e con sevizie e minacce di soppressione ed altre esperienze di tipo catastrofico), per i quali è fondatamente ammissibile che i susseguenti disturbi psichici siano integralmente attribuibili all'evento, essendo il loro impatto psicotraumatizzante di portata tale da rendere del tutto marginale qualsiasi eventuale fattore di suscettibilità personale.

Dovendo quindi attribuire ad eventi di tale gravità il "peso" massimale di 100, sono state proporzionalmente ritirate le altre condizioni ad impatto stressogeno decrescente.

Rimandando al testo per i dettagli di questa ritaratura della scala, qui di seguito ricordiamo alcuni eventi di maggior interesse peritale con i rispettivi range di taratura del coefficiente di rilevanza degli eventi:

- 1-0,45: *eventi stressanti estremi ed eccezionali.*
- 0,83-0,62: *morte del coniuge.*
- 0,52-0,39: *carcerazione ; morte di un familiare.*
- 0,44-0,34: *incidente; malattia.*
- 0,37-0,28: *interruzione dell'attività lavorativa ; variazione dello stato di salute di un familiare.*
- 0,27-0,21: *cambiamento imposto di ambiente lavorativo o di mansioni.*
- 0,25-0,15: *conflitti con i superiori o con i colleghi di lavoro.*
- 0,20-0,10: *cambiamento di orari o nelle abitudini del sonno.*

Gli intervalli consentono la possibilità di scegliere il coefficiente più adeguato alla situazione stressogena in esame peritale, dipendentemente dalle sue caratteristiche patogene, quali l'intensità, la durata, la reiterazione e le conseguenze di ordine economico.

* Ordinario di Medicina Legale, Università di Pavia.

** Primario Unità Operativa di Psichiatria, A.O. Sant'Anna, Como.

Questo articolo rappresenta una sintesi dei contenuti del volume pubblicato col titolo : "Il danno biologico di natura psichica", Buzzi F. e Vanini M.,(2001) Cedam, Padova.



Medical-legal evaluation on biological damage of psychical nature

Biological injury means a restriction of person's psycho-physical wellbeing. The mental illness is the product of various factors: biological, psychological, family and environmental conditions which mutually strengthen in a "circular spiral" and, last but not least, personal proneness.

With these assumptions an estimative procedure to pay damages is introduced, considering both medico-legal criteria and parameters of VGF and SVFSL scales of DSM IV.

link 01 *saperi*



RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

CORDINI Giovanni
Elementi per una teoria giuridica della cittadinanza. Profilo di diritto pubblico comparato
CEDAM, Padova, 1998, pp. 404, euro 26,86

Giovanni Cordini è docente di diritto costituzionale italiano e comparato all'Università di Pavia, e il volume fa parte della collana Quaderni dell'Istituto di Studi politico-giuridici curata dalla medesima Università. L'Autore descrive in modo approfondito lo svolgimento storico-costituzionale della nozione giuridica di cittadinanza definita come "la partecipazione e piena appartenenza a una comunità e il cui significato politico ha una duplice consistenza: da un lato il concetto si manifesta con una certa stabilità ove costantemente designa una 'appartenenza' e contraddistingue 'il complesso dei benefici' che l'individuo consegue per effetto della sua ammissione in un sistema politico".

In epoche diverse il concetto di cittadinanza, ci ricorda l'Autore, si è connesso sovente con quello di "persona" tema questo molto caro a noi psicologi in quanto la personalità è probabilmente il tema più centrale della psicologia dato che essa, come ha indicato Allport, è l'organizzazione dinamica dei sistemi psicofisici che, in un individuo, determinano il suo adattamento originale all'ambiente.

La stessa nozione comunitaria di 'persona', riferita alla libera circolazione e al diritto di stabilimento, non differisce da quella utilizzata dalla dottrina costituzionalistica in tema di diritti umani. E Cordini, a tale proposito, dedica un approfondito confronto a questo istituto nei diversi ordinamenti dato che la cittadinanza è un istituto giuridico fondamentale. Il tema dell'immigrazione e lo studio della condizione

giuridica degli immigrati non possono essere scissi, sottolinea Cordini, dalla nozione di cittadinanza che affonda le radici nel pensiero illuminista. Lo straniero che per ragioni politiche, economiche e sociali emigra verso un altro Paese può conservare, per lungo tempo, la cittadinanza originaria, ovvero può acquisire una doppia cittadinanza od assumere la sola cittadinanza del paese di destinazione. La classificazione dei diversi status che contraddistinguono la condizione giuridica dell'immigrato negli ordinamenti contemporanei si basa sulle legislazioni interne speciali che hanno regolato questa materia.

Storicamente, sottolinea l'Autore, si sono imposte due polarità: l'una è quella dell'assimilazione dell'immigrato e della sua integrazione nella società di accoglienza; l'altra quella del rifiuto, dell'emarginazione, del controllo poliziesco e del tentativo di dissuasione.

Il problema dell'integrazione dello 'straniero' che aspira a far parte della comunità politica dello stato di accoglienza e che coinvolge il valore costituzionale dell'eguaglianza giuridica, cardine sul quale si basano le società democratiche moderne, ha trovato ragione nella formula 'cittadinanza europea' iscritta nel trattato di Maastricht.

Le politiche di immigrazione, fino ad oggi — sottolinea l'Autore — sono state assai deboli e prive di lungimiranza; i diversi paesi hanno cercato soprattutto di esercitare un controllo sui flussi migratori, la sistematica organizzazione di "quote" di immigrazione ritenute compatibili con l'organizzazione politica e sociale del paese e proporzionate alla popolazione residente; gli stati hanno adottato provvedimenti restrittivi nei confronti dell'immigrazione clandestina con gli esiti che sono sotto gli occhi di tutti.

Molto interessante per chi occupa di psicologia sociale delle minoranze è il capitolo IV dedicato alla condizione giuridica del cittadino a confronto con quelle dello straniero, dell'immigrato, del profugo e del rifugiato politico; proprio di questi temi l'AUPI di recente si è occupata attraverso il lavoro di alcuni nostri colleghi.

Un'osservazione che merita di essere segnalata in chiusura è l'affermazione espressa dall'Autore che "l'analisi giuridica riesce del tutto insoddisfacente per una reale comprensione del complesso fenomeno dell'immigrazione e... che l'insufficienza del diritto si manifesta quando si ha la pretesa di regolare con esso tutte le azioni dell'operare umano". (G.C.)

TAMBURINI Marcello, SANTOSUOSSO Amedeo
(curatori)

Malati di rischio. Implicazioni etiche, legali e psico-sociali dei test genetici in oncologia
Presentazione di Natale Cascinelli, Ed. Masson, Milano, 1999, pp. 216, euro 26,86

Questo libro raccoglie una serie di saggi di 22 Autori che operano, per la maggior parte, presso l'Istituto Nazionale per lo Studio e la cura dei Tumori di Milano.

I due curatori sono uno psicologo, Tamburini, direttore del Servizio di Psicologia dell'Istituto e un magistrato, Santosuosso. Partendo dalla constatazione che la mappatura dell'intero genoma umano comporta una nuova ridefinizione del concetto di rischio "una entità astratta che, quando riferito ad una specifica persona, interferisce con la sua struttura psichica e con le sue esperienze di vita". L'argomentazione conduce alla centralità della percezione soggettiva del rischio quale momento di



formazione del concetto stesso di rischio concreto.

La consulenza genetica, sostengono gli AA., è "il luogo in cui può dirsi che si formi il rischio concreto".

Il counselling genetico e la genetica medica dei tumori "sono principalmente un passaggio di informazioni" cioè ci si trova in un contesto nel quale la diagnosi di rischio sembra più complessa rispetto alla diagnosi di malattia conclamata o alla diagnosi di malattia in fase preclinica. Ciò porta alla difficoltà di collocare la medicina genetica e il counselling genetico nell'ambito della medicina e delle sue categorie e tali difficoltà restano notevoli. Vi è un parallelismo tra test genetici e ricerca dell'anticipo diagnostico: "la medicina predittiva anticipa ulteriormente il momento dell'intervento del medico nella vita dell'individuo" e dato che i test genetici andrebbero riservati "ai soggetti con rischio a priori aumentato" è necessario che gli operatori sanitari sviluppino la consapevolezza che "in quello che si fa in questo campo, non vi è nulla di scontato o già legittimato dal proprio essere medico o psicologo o ricercatore".

L'approccio al paziente, sia nella fase precedente al test genetico, sia in quella successiva, potrà giovare anche della figura dello psicologo per attivare nei confronti della persona che richiede la consulenza genetica un supporto "principalmente centrato sui momenti di crisi e sulle importanti scelte di vita che presentano caratteristiche altamente personali".

La presa in carico della persona alla quale viene comunicato il rischio di cancro dovrebbe avvenire congiuntamente da parte del medico e dello psicologo che collaborano insieme "per il raggiungimento dello stesso obiettivo: migliorare la qualità della vita delle persona a rischio riducendo i livelli di stress e di sofferenza psicologica, tutto ciò attraverso una risposta globale ai suoi bisogni".

Dato che la medicina predittiva si sta configurando come ambito avanzato della medicina del rischio, la consapevolezza delle notevolissime implicazioni etiche e giuridiche deve portare gli operatori ad avere un atteggiamento di prudenza: "l'anticipo della diagnosi, la riformulazione del concetto di rischio, il coinvolgimento della persona non ancora paziente

(ma già soggetto diverso da un non portatore di alterazione genetica) comportano una radicale ridefinizione e riconcettualizzazione dell'idea stessa di malattia e di salute". Effettuare screening genetici apre nuovi scenari alla medicina e alla psicologia clinica e per questo, ci ricorda Tamburini, merita anche da parte degli psicologi una maggiore attenzione, sensibilità e un approfondimento scientifico-culturale.

In appendice al volume vengono riportate le Indicazioni della Società Americana di Oncologia Clinica sui test genetici per la predisposizione al cancro. Ognuno dei 14 contributi è accompagnato da una bibliografia aggiornata. (G.C.)

MARZOTTO Costanza, TELLESCHI Riccardo (curatori)
Comporre il conflitto genitoriale. La mediazione familiare: metodo e strumenti premessa di A. C. Moro, Edizioni Unicopli, Milano, 1999, pp.267, euro 17,56

Alla stesura di questo libro hanno contribuito una serie di esperti, appartenenti a diverse discipline delle scienze umane: psicologi, sociologi, assistenti sociali, avvocati, magistrati, psicoterapeuti di varia formazione, ma accomunati da un unico intento, quello di riconoscere che lo sviluppo della mediazione familiare, nel nostro Paese, sta divenendo uno strumento elettivo per la composizione del conflitto genitoriale nel corso della separazione e del divorzio. Il libro è stato curato da una assistente sociale, Costanza Marzotto, esperta in mediazione familiare e responsabile della formazione del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia dell'Università Cattolica di Milano ed da uno psicologo e psicoterapeuta Riccardo Telleschi già giudice onorario della Corte d'Appello di Milano. I contributi raccolti partono da esperienze realizzate in Italia e all'estero e tendono a ricollocarle su precisi modelli teorico-tecnici di riferimento. La lettura del libro permette di mettere a confronto differenti metodologie di intervento e i molteplici strumenti operativi per la costruzione di una conoscenza propria di una risorsa indispensabile per la riorganizzazione delle relazioni familiari dopo la separazione

coniugale.

Il volume è rivolto sia agli esperti in mediazione familiare che agli stessi genitori che, come ci ricordano i curatori, sono "attori in prima persona di un processo di transizione critica della vita familiare". Il volume si sviluppa in tre parti essenziali: gli aspetti socio culturali della mediazione familiare, i modelli e le esperienze a confronto, gli strumenti e per il processo di mediazione.

Quest'ultima parte è veramente molto utile ed interessante per tutti coloro che, psicologi o non, vogliono dedicarsi a questo nuovo settore della psicologia giuridica applicata. In essa vengono riassunti in modo chiaro e sintetico parecchi schemi che vanno dagli stadi del divorzio alle fasi del processo di separazione, dai contenuti del primo colloquio alle regole della mediazione familiare.

Molto interessante l'appendice che presenta il "Codice deontologico del mediatore familiare in materia di separazione e divorzio" codice approvato nel 1994 dalla Società Italiana di Mediazione Familiare. Il volume si completa con una bibliografia molto aggiornata di quasi duecento titoli, prevalentemente di lingua italiana. (G.C.)

FERRARI Luigi, ROMANO F. Dario
Mente e denaro. Introduzione alla psicologia economica Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999, pp. XVII-517, euro 34,60

Nel secondo semestre del 1998 Furnham & Argyle hanno pubblicato in Gran Bretagna "The psychology of money", solo pochi mesi prima che fosse dato alle stampe questo grosso manuale di Ferrari & Romano e ciò sottolinea l'attualità della tematica trattata.

I confini disciplinari sono oggi sempre più provvisori dato che i rapporti tra le discipline sono parte della dinamica culturale e la chiusura intradisciplinare è una scelta perdente dato che "le discipline-corporazioni, che tendono a chiudersi nelle loro ambizioni totalizzanti non possono però ignorarsi vicendevolmente.", anzi tali chiusure vanno attenuate e questo è proprio uno degli scopi del libro.

L'economia, ci ricordano gli AA., ha ripetutamente "sconfinato" ed inglobato nella propria prospettiva euristica



anche variabili di tipo psicologico e sociologico, ma con una certa circospezione e prudenza "al punto che gli assunti sulla soggettività degli agenti economici risultano sovente semplicistici". La psicologia economica, "che non è una nuova disciplina" ha a sua volta, con molto ritardo e con ridotta strumentazione metodologica, "accolto nel suo ambito le tecniche econometriche cercando di integrarle con costrutti a essa più usuali; la psicologia economica dismette i panni di ancella dell'economia per concorrere con essa all'impresa riflessiva dell'agire umano". Aggiungerei che ambizione del volume è l'entrata, quasi a cuneo, della nostra disciplina nei costrutti di base dell'economia per falsificarne la veridicità. La psicologia economica riveste una funzione critica volta a discutere le ipotesi psicologiche della teoria economica con l'intento anche di metterne in luce le inadeguatezze. L'intento dell'impegnativo volume di Ferrari & Romano, due psicologi di accreditata formazione professionale, il primo psicologo clinico con una grossa formazione in economia, l'altro docente di psicologia del lavoro ed esperto in marketing, è quello di interpolare sistematicamente psicologia ed economia. Il volume affronta gli aspetti fondamentali della vita economica — risparmio e consumo, moneta e credito, mercati finanziari e investimenti, fisco e spesa pubblica — in modo originale, considerandoli dal punto di vista psicologico e con un taglio che ne enfatizza le dimensioni soggettive in cui i valori, le preferenze, le scelte, i modelli cognitivi, gli stati emotivi, alimentano e orientano i comportamenti economici. Sei capitoli disegnano l'impianto del libro in cui ogni capitolo viene dapprima costruito dentro la teoria economica evidenziandone i costrutti di natura psicologica. Gli AA. partono da una constatazione di attualità: l'introduzione dell'EURO pone un cambiamento epocale non solo nei comportamenti economici ma soprattutto sulla sfera degli atteggiamenti dei cittadini europei. Il valore della moneta è un chiaro esempio di come esso sia di certo legato a condizioni tecniche, ma dipende anche da

aspetti soggettivi, come la fiducia verso le istituzioni, l'atteggiamento positivo o negativo verso la congiuntura economica, la propensione dei cittadini ad indebitarsi con le banche. Partendo dall'applicazione dei criteri di Maastricht riguardo alla politica di bilancio dello stato con il risanamento dei conti pubblici, riducendo la spesa sociale e mantenendo invariata la pressione fiscale non si può non evidenziare che dietro le voci contabili stanno i comportamenti governati da complesse attività simboliche "e i rispettivi significati: valori, norme, modelli culturali che fondano e sorreggono le nostre forme di vita, incluse quelle economiche"; ne è un chiaro esempio l'attuale dibattito nel nostro paese, anche colorato di toni emotivi, sulle modifiche al welfare state. Dato che la dimensione psicologica del denaro implica la mediazione delle attese, le persone, pur avendo un rapporto "freddo" con il denaro, si veda il caso degli uomini d'affari, sono determinati da sentimenti di fiducia e di sicurezza nel momento in cui sono costrette a prendere delle decisioni sulla base di accadimenti futuri, come quando ci si deve sposare o dare una svolta alla propria vita lavorativa; si rende quindi necessaria la comprensione dei processi "mentali" che sono alla base della formazione delle attese e delle rappresentazioni sociali. I capitoli più complessi, anche per una certo apparato logico-matematico, sono quelli dedicati a "Speculazione, incertezza e mercati finanziari" e "Business cycle, attese e aspettative razionali". Nel corso delle pagine si passa dalla psicologia sociale del consumatore "soggetto - oggetto estraneo al sapere che lo riguarda, alla psicologia per il consumatore per allentare l'egemonia delle istanze aziendali e istituzionali", dato che, come riconoscono gli stessi AA. "non conosciamo quasi nulla delle teorie ingenuche che i consumatori si formano circa le tattiche usate negli scambi di mercato". La moderna psicologia economica, ci ricordano Ferrari & Romano, ha offerto negli ultimi 25 anni materiali di riflessione sulla stretta interazione tra il settore pubblico e quello privato. La psicologia fiscale, ad esempio, ha fornito una migliore comprensione dei processi

cognitivi e affettivi sottostanti alla comprensione del fenomeno dell'evasione fiscale. Ciò comporta la messa in azione di politiche fiscali più rispettose dell'articolazione dei problemi legati al consenso oltre che all'efficacia e una più puntuale attenzione da parte dell'amministrazione finanziaria al vissuto dei contribuenti, oltre al loro comportamento. Anche in ragione di ciò, sostengono gli AA., le riflessioni della psicologia economica potranno avere una feconda ricaduta sulla scienza delle finanze e sull'economia pubblica. Non va infine dimenticato che le decisioni di consumo e di risparmio, pur modulate da circostanze economiche e dal reddito disponibile, discendono da complessi processi di carattere psicologico. Ben fatte ed utili le varie finestre che riassumono problemi sia economici che psicologici specifici. In appendice non avrebbe difettato un lessico dei termini economici per i non addetti ai lavori. Ricca la bibliografia, dalla quale si desume che gli psicologi italiani hanno scritto su questo argomento ben poco per non dire quasi nulla. Mi resta un interrogativo che vorrei porre agli AA. Il loro bel volume verrà letto preferibilmente dagli economisti o dagli psicologi? (G.C.)

CARINI Angelo, PEDROCCO BIANCARDI Maria Teresa, SOAVI Gloria (curatori)
L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento
 Prefazione di Alfredo Carlo Moro. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, pp. XVIII + 411, euro 26,85

Il Cismai (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia) definisce l'abuso sessuale come "il coinvolgimento di un minore da parte di un adulto preminente in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita". A parere degli Autori di questo corposo manuale "l'abuso sessuale è un fenomeno assai difficile da riconoscere e da affrontare". La complessità e la multifattorialità del problema dell'abuso sessuale sui bambini "impono il coinvolgimento di un numero notevole di operatori appartenenti a varie





discipline: insegnanti, educatori, assistenti sociali, medici, psicologi, inquirenti, giudici ed avvocati” la realizzazione di un lavoro di rete.

Coerentemente con questa premessa alla stesura del volume hanno collaborato ben 31 autori appartenenti alle discipline prima ricordate dato che “l’aspetto di maggiore difficoltà che incontrano coloro che lavorano nelle situazioni di abuso sessuale, è proprio l’armonizzazione dei vari interventi”.

Come sottolineano i curatori, c’è una resistenza nella rappresentazione sociale dell’abuso ad accettarne la presenza all’interno della famiglia, ed è ciò che viene preso in considerazione in questo libro “è proprio l’abuso perpetrato in ambito familiare”.

“Si è riconosciuto — ricorda nella prefazione Moro — che la decantata tenerezza verso l’infanzia è spesso sostituita o coniugata con sadiche violenze; che il concetto di aiuto alla crescita è spesso sostituito da un oscuro senso di proprietà che si estrinseca nella profonda convinzione di poter fare del figlio ciò che si vuole; che la funzione educatrice viene spesso scambiata con una funzione di vero e proprio asservimento; che il proclamato formale riconoscimento del bambino come persona cela non infrequentemente una reale considerazione del bambino come mera risorsa per le esigenze dell’adulto”; si vedano al riguardo le vicende anche recenti di sfruttamento lavorativo dei minori o della prostituzione minorile. La scoperta di una situazione di abuso sessuale su un bambino è un momento particolarmente difficile da gestire sia sul piano emotivo che organizzativo, ma è di fondamentale importanza per l’impostazione di tutto l’intervento che la tutela del bambino abusato venga esaminata da parte della Procura minorile e del Tribunale per i Minorenni, che sono gli uffici competenti per la definizione di misure di protezione per il minore adatte alla situazione, con la consulenza integrata delle figure professionali mediche-psicologiche-pedagogiche, misure che vengono attuate poi dal servizio sociale, generalmente con il collocamento in comunità, quando non si impone un allontanamento dall’ambiente

familiare abusante.

Scopo del volume è quello di rispondere all’esigenza di conoscenza reciproca e di interazione che proviene da tutti gli ambiti professionali coinvolti in situazioni di abuso (o sospetto abuso) sessuale con l’obiettivo di:

- favorire un’azione di scambio informativo e reciproca definizione fra categorie professionali diverse
 - predisporre una valutazione psicologica del danno subito dalla vittima
 - organizzare un intervento terapeutico che “partendo dalla ricostruzione dei vissuti intrapsichici e relazionali, viene articolato sia in una prospettiva individuale, sia in quella familiare.
- Il volume è suddiviso in sei parti: la rivelazione dell’abuso, la tutela, l’accertamento medico, la valutazione psicologica, il giudizio, la terapia. A queste si aggiunge una panoramica di alcune esperienze di intervento sull’abuso sessuale realizzate in alcune province italiane: Brescia, Cagliari, Ferrara, Firenze, Napoli, Reggio Calabria, Torino e Venezia. Una appendice di leggi e documenti e una sostanziosa bibliografia di circa 250 titoli, completano il volume. (G.C.)

BELLANI Marco L., MORASSO Gabriella, AMADORI Dino, ORRU’ Walter, GRASSI Luigi, CASALI Paolo G., BRUZZI Paolo

**Psiconcologia
Masson, Milano, 2002, pp.
XXVI +1179, euro 150,00**

Il cancro rappresenta una delle malattie a più ampia diffusione ed è tra le prime tre cause di morte in quasi tutti i Paesi del mondo.

I continui progressi scientifici e tecnologici hanno notevolmente aumentato la possibilità di una diagnosi precoce e di cura per la maggior parte dei tumori e contemporaneamente i dati di numerose ricerche hanno posto in evidenza l’importanza del ruolo svolto dai fattori psicologici e sociali nella prevenzione e nel trattamento del cancro “cosicché essi costituiscono oggi elementi ineludibili delle strategie di promozione della salute, del percorso di cura e del processo di adattamento alla malattia”. La Psiconcologia, ormai disciplina specialistica autonoma nell’ambito delle scienze del comportamento,

“con propri modelli di intervento e peculiari obiettivi di ricerca e di applicazione” si pone come interfaccia tra l’area oncologica e quella psicologica nell’approccio alla persona affetta da cancro, alla sua famiglia e all’équipe curante.

In questo contesto scientifico, culturale e professionale, l’Editore Masson ha sentito l’esigenza, per la prima volta nel nostro Paese, di realizzare un volume in grado di fornire una visione completa e approfondita dei principi teorici e delle tecniche che devono guidare la pratica clinica della Psiconcologia, con l’obiettivo di proporre linee di intervento comuni attuabili nelle diverse fasi della medicina oncologica. L’opera, che non ha equivalenti nella produzione manualistica europea, pur avendo un taglio pratico, fa il punto dello stato dell’arte della disciplina, ormai materia di insegnamento nelle facoltà di medicina e di psicologia, mediante un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare, nel quale trovano risalto quei fattori psicologici e comportamentali relativi alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle neoplasie.

Alla stesura di questo poderoso trattato hanno partecipato 207 autori, 62 dei quali psicologi. Il trattato è suddiviso in 15 parti per un totale di 124 sezioni, ciascuna con una aggiornata bibliografia. Per alcune sezioni vengono indicati anche i siti internet. Il contenuto dell’opera si articola così: “Aspetti generali della Psiconcologia. Il cancro: storia, biologia e clinica. Cancro, ambiente, società e individuo. Screening e rischio genetico. La persona e il cancro. Aspetti psicologici del cancro nelle diverse fasi di vita. La famiglia e il cancro. Problemi di insorgenza legati alle sedi di insorgenza. Aspetti psicologici dei trattamenti medico-chirurgici. Cancro e quadri clinici psicopatologici. Gli interventi. Lo staff. La formazione e la ricerca. Aspetti etici, deontologici e medico-legali. Politiche e prospettive future”. Per un lettore attento ed esigente c’è solo l’imbarazzo della scelta! Non si può non osservare quanto la psicologia applicata, in quest’ultimo decennio, ha contribuito all’intervento oncologico, e il trattato ne è una chiara testimonianza. (G.C.)

Perché la Solitudine? Argomenti per una psicologia della solitudine

ANTONIO LO IACONO *



Ritiratevi in voi ma prima preparatevi a ricevervi, sarebbe una pazzia affidarvi a voi stessi se non vi sapete governare. C'è modo di fallire nella solitudine come nella compagnia.
(Montaigne, *Saggi*, Libro I, capXXXI)

Una delle difficoltà maggiori, quando si parla di solitudine è quella legata alla possibilità di descriverla in modo adeguato. In Italiano la parola solitudine non definisce uno stato o una sensazione, mentre in inglese si usano tre termini diversi per descriverne le sfumature.

Per indicare che non si è in compagnia di alcuno si usa la parola aloneness, per descrivere il sentimento e/o l'emozione di sentirsi soli si dice loneliness, mentre con solitude si vuole esprimere il raggiungimento di una propria autonomia e una crescita psicologica.

Si può affermare che il tema della solitudine è stato affrontato un po' da tutti i pensatori. Alcuni in particolare come Seneca, Pascal, Montaigne, Kierkegaard, Nietzsche, Unamuno, Heidegger, Jaspers, Sartre, Camus, Marcel, Berdjaev, Abbagnano, hanno cercato quasi di tracciare una filosofia della Solitudine delineandone una caratteristica condizione ontologica dell'individuo-persona.

Molti scrittori hanno pensato alla solitudine come estrema possibilità di sentirsi in compagnia, lontano dal clamore della gente, per rifugiarsi in siti solitari alla ricerca un'ispirazione non inquinata da volgari interferenze, ritrovandosi, mutatis mutandis, in luoghi privilegiati che rassomigliano alla scelta dei posti solitari e irraggiungibili, scelti dai padri del deserto del III e IV secolo. Il Petrarca, per esempio, nel *De Vita Solitaria* esalta l'isolamento come uno strumento ideale per accrescere le doti morali ed intellettuali di ciascuno.

Si può dire che l'allenamento alla solitudine inizia precocemente, forse prima della nascita, ma

è nascendo che l'individuo incontra questa prima compagna che non perderà di vista, fino alla fine. Nascendo inizia questo momento di frattura, di scissione, che gli analisti potrebbero identificare come "prima castrazione"; e la madre, pur essendo portatrice di vita, diventa anche portatrice di morte: della vita fetale quindi in qualche modo una Parca *ante litteram*. Effettivamente quest'espulsione può sembrare la classica "cacciata dall'Eden" con il "naturale" rischio di vita che questo passaggio comporta. Concetto che è accennato da Sigmund Freud nel 1926 nel suo *Inibizione, Sintomo, Angoscia*; ma è Otto Rank che, nel 1924, già definisce il "Trauma della nascita" come un modello base per tutte le altre successive situazioni di separazione.

Questa separazione, così decisiva per la costruzione del carattere, viene ben rappresentata sempre da Freud (1920, *Al di là del principio del piacere*), quando descrive il rituale di un bambino di 18 mesi che gettava lontano un rocchetto legato a un filo, per poi farlo, a suo piacimento, riapparire tirando lo spago. In qualche modo era una via, usata dal bambino, per risarcirsi dell'assenza della madre e per elaborare l'angoscia di separazione.

Ma ci sono innumerevoli situazioni in cui il distacco o le cure materne non adeguate diventano un'arma micidiale per l'evoluzione psicofisica dei bambini; un'esperienza decisiva fu quella dello psicoanalista francese René Spitz riguardo all'influenza fatale della solitudine (mancanza d'amore) sui bambini trascurati, uno stato che chiamò "depressione anaclitica".

Molti colleghi credono, non a torto, che il bisogno di intimità sia molto vicino ai bisogni fondamentali dell'individuo, come la sete, la fame, il sesso e spesso l'insoddisfazione di questi bisogni porta a fenomeni compensativi di dipendenza, come la bulimia, il tabagismo, l'alcolismo, la tossicodipendenza, il gioco compulsivo. Tutte le persone che rimpiangono una soddisfazione, non avuta a suo tempo, cercano vari meccanismi difensivi per non sentirsi più abbandonati e/o separati da una parte intima di sé. Questa nostalgia, comune ad ogni esperienza umana, si configura, talvolta, come parte essenziale del sentimento di solitudine, quasi un bisogno di credere che è esistito l'Eden e che, in un modo o in un altro, ci si possa ritornare. Questo passato idealizzato, comune alla maggioranza delle persone, si esprime come normale fantasia di un ideale perduto e rimpianto (il termine nostalgia letteralmente vuol dire "ritorno del dolore", o in inglese "malattia di casa", "*homesickness*") che può riguardare il profugo, come il combattente in terra straniera, o anche la persona immatura che ha difficoltà a crescere e prendersi le proprie responsabilità. Quest'ultimo atteggiamento, che dà in genere un grosso senso di isolamento, è più vicino a un modello di nostalgia patologica (nostomania) riempiendo sempre più di vuoto il mondo della persona con ragionamenti circolari del tipo: «il passato è perduto, il futuro non potrà mai realizzarsi», «tutto è senza senso...», «sono perduto nel mio vuoto, nella mia solitudine...».

Sono ormai più di vent'anni che studio questo fenomeno. Devo dire che l'ispirazione a questa ricerca mi è stata data da un poeta piuttosto che da uno psicologo. In particolare il verso «ci si potrebbe sentire più soli senza la solitudine» di Emily Dickinson, la grande poetessa americana dell'Ottocento, che per un amore infelice si barricò in casa per 25 anni. Riguardo alla separazione la stessa Dickinson afferma che «è tutto ciò che sappiamo del Cielo e tutto ciò che basta per sapere dell'Inferno». È molto contraddittorio il sentimento di solitudine. Può passare dagli altri (la gente) vissuti come inferno (eterofobia, vedi in Sartre, *La porta chiusa*), alla disperazione poiché gli altri mancano profondamente nel nostro territorio affettivo.

Spesso si confonde insieme la paura di essere soli, con il desiderio di esserlo. Ma come psicologi è importante interrogarci sulla capacità di essere soli.

Ecco allora che l'importanza di definire una Psicologia della Solitudine mi ha portato ad approfondire attraverso ricerche, conferenze, congressi questo tema così complesso come è complessa e variegata la natura umana. Perciò ho proposto al consiglio direttivo della SIPs il titolo "Il silenzio e le parole: Psicologia della Solitudine" per il congresso Internazionale che avrà luogo in aprile del 2003 a Roma.

I temi da affrontare nei tre giorni previsti sono molteplici e polidisciplinari: si comincia ad esaminare la prima solitudine della nascita dell'essere umano, per proseguire nell'età evolutiva e in tutte le fasi di passaggio in cui la persona subisce, suo malgrado, questa compagna talvolta scomoda e pericolosa e altre volte, paradossalmente, consolatoria e liberatoria.

Poi si passa ad esaminare l'effetto-interazione della solitudine secondo il carattere e le correlazioni con altri fenomeni come quello dell'innamoramento e quello della dipendenza. Qui si possono includere coloro che sono separati contro la loro volontà (divorziati, vedovi, situazioni di rapporti a distanza, l'isolamento per ricerca o per attività professionale, ecc.) e coloro che sono carcerati, lungodegenti, o malati terminali. Si esamina quindi la gabbia di solitudine che gli psicotraumatizzati si costruiscono sia quando il trauma succede in età evolutiva che quando avviene in età matura. Si affronterà quello che riguarda la solitudine del lavoratore dipendente, quello dell'operatore nelle professioni di aiuto e dello Psicoterapeuta. Sulla creatività sarà trattata la solitudine dello scrittore, del poeta e dell'artista. Infine la solitudine vista come evento terapeutico e rivoluzionario per la propria esistenza.

Tutti i colleghi interessati a portare un contributo scientifico (da consegnare entro la fine di marzo), possono mettersi in contatto con la Società Italiana di Psicologia SIPs, via Tagliamento, 76 - 00198 Roma, tel.fax. 06. 8845136, e-mail sipsit@tin.it, sito web www.sips.it.



* Docente di Psicologia Clinica e Psicoterapia SMORRL, Presidente della Società Italiana di Psicologia (SIPs).

Nel 1909 studiosi italiani presenti al VI Congresso Internazionale di Psicologia tenutosi a Ginevra decisero di dare vita a una associazione nazionale che rappresentasse l'Italia nei congressi scientifici internazionali. La Rivista di Psicologia, fondata da Giulio Cesare Ferrari, divenne l'organo ufficiale della S.I.P. (Società Italiana di Psicologia) e ne pubblicò nel 1910 il programma di fondazione. Il primo statuto della Società venne presentato e approvato nel corso del I Congresso Nazionale svoltosi a Torino nel 1911. I soci fondatori sono 53 e la Società venne governata da un Consiglio Direttivo eletto periodicamente. Nel 1960 venne approvato un nuovo statuto che modificò denominazione e sigla: Società Italiana di Psicologia Scientifica (S.I.P.S.). Oltre al Consiglio Direttivo lo statuto prevedeva la costituzione di una consulta scientifico-didattica (soci ordinari accademici) e una consulta professionale (soci ordinari attivi nei vari settori professionali). Nel 1970, dopo il XVI Congresso (che in realtà non ebbe luogo a causa della contestazione da parte di estranei alla Società), si riunì a Milano, presso l'Istituto di Psicologia della Facoltà Medica, un comitato di soci ordinari con il compito di studiare forme di innovazione statutaria che rendessero la Società più aderente alla realtà culturale del Paese e alle articolazioni che in ambito scientifico e professionale caratterizzavano la psicologia italiana. Il testo del nuovo statuto venne approvato nel dicembre del 1971 dall'Assemblea Generale straordinaria riunita a Roma. Nel 1973 venne eletto un nuovo Consiglio Direttivo presieduto da Luigi Meschieri e nel 1976 la sigla S.I.P.S. muta in S.I.P., in quanto l'aggettivazione "Scientifica" venne ritenuta implicita. Nel 1979 cessò la pubblicazione di Rivista di Psicologia e venne fondato il nuovo organo di stampa della SIPs, Psicologia Italiana. Significative modifiche dello statuto e dell'assetto strutturale della SIPs furono state introdotte dalle Assemblee Generali di Milano (1992) e di Bologna (1994). La SIPs è una associazione scientifico-culturale senza fini di lucro (art. 1 dello Statuto sociale) gestita dai soci in regime di volontariato; ai soci che ricoprono incarichi sociali è dovuto unicamente il rimborso di eventuali spese, compatibilmente con le risorse economiche disponibili. Le entrate finanziarie sono costituite dal versamento delle quote associative e da lasciti, donazioni e contributi da parte di terzi. La storia della SIPs è parallela, in larga parte, alla storia dello sviluppo della Psicologia in Italia, dove ha svolto fin dalla sua fondazione attività di raccordo tra i centri universitari di studio e di ricerca. In seguito, con l'affermazione progressiva della professione psicologica, la SIPs ha rappresentato per un lungo periodo e in modo esclusivo anche questa importante componente che è tuttora presente, anche se nel frattempo sono sorte e si sono affermate altre forme di rappresentanza degli psicologi non accademici (Sindacati, Ordini Professionali). Fatta eccezione per alcuni periodi durante i quali vicende belliche e politiche del nostro Paese, nonché eventi interni ad essa, ne hanno rallentato l'attività o messo in ombra la stessa esistenza, la SIPs è sempre stata attiva nell'organizzazione di manifestazioni sociali che avevano nei Congressi Nazionali il loro momento più significativo.

L'attività congressuale ha da tutto principio caratterizzato la SIPs, giunta attualmente al suo XXV Congresso.

I congressi degli psicologi italiani si sono tenuti, in genere, con cadenza triennale. Nel corso di quasi novant'anni di storia la SIPs è stata governata con criteri democratici mediante elezione dei suoi Presidenti e Consiglieri, molti dei quali sono stati e sono personalità di rilievo nel panorama professionale e scientifico della psicologia italiana.

La SIPs ha promosso e partecipato attivamente al processo di differenziazione in atto nelle varie forme organizzative della psicologia in Italia, impegnandosi per circa 20 anni, soprattutto grazie a uno tra i suoi più prestigiosi esponenti, il Sen. Adriano Ossicini, per l'approvazione della legge sull'ordinamento giuridico della professione di psicologo che è operante dal 1989 (DPR 56/89) e che ha portato alla costituzione degli Ordini Regionali e Nazionale degli Psicologi. Al proprio interno ha promosso e favorito la costituzione di aggregazioni per aree scientifico-professionali (Divisioni) e territoriali (Sezioni) che attualmente hanno una organizzazione autonoma rispetto alla SIPs, alla quale è loro possibile, a termini di statuto, affiliarsi. Oggi la SIPs conta un numero inferiore di soci rispetto al passato, quando essa era l'unico punto di riferimento degli psicologi italiani. Da qualche tempo è in atto un incremento delle richieste di adesione. La sua attività consiste nel favorire il collegamento tra i soci, anche tramite la pubblicazione di un notiziario (SIPs News), e nel promuovere attività culturali connesse a tematiche psicologiche. La SIPs è membro effettivo della IUPsyS (International Union of Psychological Science) in seno alla quale è l'unica rappresentante dell'Italia. Attualmente la SIPs è diretta da: Antonio Lo Iacono (Presidente), Leonardo Ancona (Presidente Eletto), Stefano Carta (Past President), Pino Fumai (Consigliere), Maria Rita Parsi (Consigliere), Rossella Sonnino (Consigliere), Antonio Toscano (Consigliere).

FORM-AUPI Una strategia di rete per la formazione degli psicologi nel Sistema Sanitario Nazionale

L'Ente di Formazione Form-AUPI nasce nel 1994 con lo scopo di promuovere, coordinare ed attuare le iniziative dirette alla formazione professionale e culturale degli Psicologi. La molla che ha determinato la nascita dell'istituto è stata l'esigenza, estremamente sentita dalla categoria degli Psicologi dipendenti del SSN, di dotarsi di una struttura autonoma, gestita direttamente dagli iscritti.

Il riscontro, estremamente positivo, alle iniziative di Form-AUPI, nasce anche dal fatto che gli Psicologi, tra tutti i profili della Dirigenza Sanitaria, sono gli unici che a fronte di una quasi totale assenza di iniziative formative universitarie hanno dovuto, nel corso degli anni, attivare eventi formativi, anche di specializzazione, fuori dai canali ufficiali della formazione universitaria. Questo ha determinato una molteplicità di iniziative che, in parte, possiamo considerare una vera ricchezza per la psicologia Italiana.

Nel corso degli anni l'attività formativa dell'istituto si è intensificata allargando all'intera categoria degli Psicologi, e non solo ai dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale, l'area di attività formativa. Form-AUPI ha realizzato numerose attività formative, una parte anche in collaborazione con diverse regioni italiane, quali la Lombardia, la Liguria, l'Emilia Romagna, la Toscana ecc. Molte di queste iniziative formative, tutte rivolte agli psicologi non occupati e ai liberi professionisti, sono state finanziate con il concorso del Fondo Sociale Europeo.

Nel 1999, nel mese di luglio, ha organizzato con la SIPS il "VI European Congress of Psychology" dell'EFPA (*European Federation Psychological Association*), all'Hotel Ergife a Roma, che nelle sue sessioni ha affrontato i diversi aspetti scientifici teorici e applicativi della Psicologia e della professione di Psicologo con la presenza di oltre 1.800 psicologi (accademici e applicativi) provenienti da tutti i continenti.

La forte spinta che il nuovo Ministro della Salute ha inteso dare alla Formazione continua impone a tutti i soggetti coinvolti di operare con il massimo impegno, garantendo adeguati livelli di qualità. Se l'obiettivo dell'ECM è quello di portare la sanità italiana ai migliori standard europei ed occidentali, gli strumenti per tale formazione devono già da oggi garantire il rispetto degli standard formativi europei.

Il lavoro fatto dal Ministero della Salute, dalla Commissione Nazionale ECM e dalla Segreteria della Commissione è senza alcun dubbio, in linea con quanto di più avanzato esiste nel campo della formazione continua. Gli indirizzi, le indicazioni, la valutazione ed il controllo che la Commissione Nazionale è in grado di esprimere sono, al tempo stesso, una garanzia ed uno stimolo importante. Sulla scia di tali indicazioni Form-AUPI ha proposto corsi di formazione in quasi tutte le regioni italiane.

Gli argomenti proposti hanno riguardato tutte le principali tematiche professionali delle discipline di psicologia e psicoterapia.

Form-AUPI è riuscita a raggiungere questo obiettivo che ha coniugato la diffusione territoriale con la qualità degli eventi sapendo utilizzare le risorse locali e creando una rete che ha dato una visibilità nazionale agli eventi proposti e ne ha implementato la qualità.

Sempre secondo questa strategia Form-AUPI ha promosso il primo network delle società scientifiche della Psicologia Italiana, superando la logica della frammentazione che spesso caratterizza anche le più qualificate iniziative della nostra professione. Infatti la FISSP (Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia) raggruppa le principali Società Scientifiche che da anni operano nell'ambito delle Discipline e delle Scienze Psicologiche. La FISSP è apartitica e promuove e accorda una particolare attenzione allo sviluppo dei diritti, della dignità e dei valori di tutte le persone, e promuove nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia.

Gli scopi della FISSP sono:

- a. promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
- b. stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
- c. promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
- d. divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
- e. segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni; i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
- f. organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni ecc. su altri settori ritenuti necessari.

La FISSP si impegna alla valorizzazione delle Società scientifiche, in tutti i possibili ambiti di ricerca e di applicazione e in particolare:

- a. conoscitivi, per informare gli Enti Pubblici e Privati sui problemi connessi alla salute e al benessere;
- b. organizzativi, per promuovere incontri atti a diffondere il sapere culturale e scientifico della Psicologia;
- c. promozionali, per favorire l'incontro fra i membri delle Società, lo scambio delle conoscenze, la qualificazione dei convegni;
- d. coordinamento, per favorire una migliore programmazione delle iniziative per date e temi.

La FISSP è impegnata inoltre a:

- sviluppare una politica, una metodologia ed una pratica dell'aggiornamento e dell'accreditamento degli eventi formativi e dei soggetti formatori alla certificazione della partecipazione e del profitto degli psicologi discenti;
- promuovere le metodologie della qualità nella pratica psicologica;
- sviluppare il rapporto tra cultura psicologica e mondo politico-istituzionale.

È un'iniziativa innovativa nel panorama italiano. Sono maturi i tempi anche per la società italiana di diffondere e di dialogare al meglio con la società valorizzando le innovazioni della ricerca psicologica e informando correttamente l'opinione pubblica.

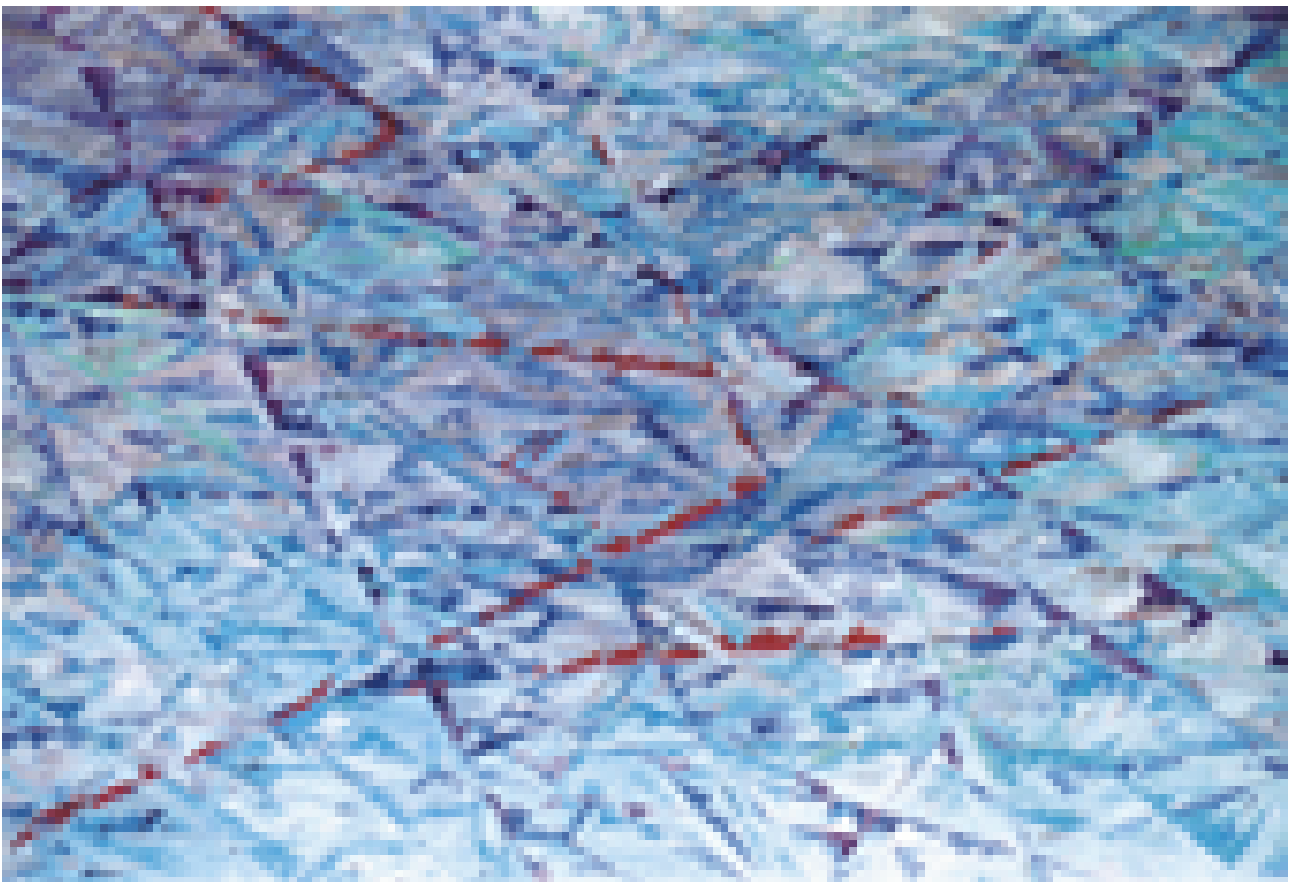
Mario Sellini
Presidente Form-AUPI

INDIRIZZI UTILI

FORM-aupi Via Arenula 16 - 00186 Roma
tel. 0039 0668891926 fax 0039 0668803822
sito web: www.aupi.it
e-mail aupi.it@aupi.it

F.I.S.S.P. c/o AUPI Via Arenula 16 - 00186 Roma
Tel. 0039 066893191
sito web: www.fissp.it
e-mail fissp.it@fissp.it

link 01
art



Eduardo Palumbo
Via dell'amicizia
vinilico e acrilico
su tela, 1990

1000

