

# Psicologinews.it

## Scientific

### Impatto della Pandemia COVID19 sulla salute mentale

di *Letizia Papa*

L'attuale pandemia ha avuto forti ripercussioni sulla salute mentale e diverse ...

### Le comunità virtuali quali risorse per i rapporti sociali durante l'emergenza sanitaria COVID19

di *Francesca Dice*

Negli ultimi mesi, l'emergenza legata alla pandemia da COVID-19 ha comportato...

### Conseguenze psicologiche e relazionali derivate dal lockdown nelle famiglie con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico

di *Emanuele Mingione*

...Lockdown è una parola inglese che si può tradurre

...



## Psicologinews Scientific

di *Raffaele Felaco*

Un nuovo mensile di area psicologica, il nostro focus è sulla professione di psicologo, desideriamo raccontare ai cittadini, alla comunità educante, dei servizi sociali e a quanti interessati alla disciplina: *la professione di psicologo*. La nostra idea è che la psicologia come scienza è molto conosciuta in Italia non altrettanto la professione che ad essa fa riferimento.

Con questa rivista cercheremo di dare un contributo allo sviluppo della conoscenza degli ambiti applicativi della scienza psicologica, con l'auspicio che sempre più persone possano beneficiarne.

Vorremmo offrire a tutti un aiuto a diventare più congrui, consapevoli ed efficaci nello sforzo di realizzare Sè stessi.



## L'Arte della voce in psicoterapia: Il suono oltre la parola

di *Valeria Bassolino*

Gli studi sulla **voce**, osservati da varie angolazioni e secondo molteplici punti di vista e dalle relative multiformi applicazioni, mostrano come voce, persona e ambiente siano legati attraverso una fitta trama di reciproche interconnessioni. Psicoterapia della Gestalt, Analisi Transazionale, Bionergetica, ma anche l'**arte**, espressa nelle forme del **suono** e del Teatro di ricerca, ci insegnano che, così come accade per la comunicazione attraverso il **linguaggio non verbale**, l'analisi delle incursioni sonore vocali consente di accedere a quella parte della realtà psichica della **Persona** che non riesce ad essere espressa tramite il linguaggio codificato.

Se l'espressività del corpo comunica un pensiero che scavalca le difese del linguaggio, anche la voce definisce una modalità comunicativa che va al di là del valore semantico della parola. A questo proposito, **numerosi autori hanno mostrato come, attraverso l'analisi dei timbri sonori e i cambiamenti vocali nel Qui ed Ora della terapia, sia possibile ampliare le risorse terapeutiche, sia di tipo diagnostico che relazionale.**

*“...Non parlerei forse di linguaggio informale? Di valori cromatici e tattili, dei sapori e degli umori, della pelle e dei baci, dell'ombra e del profumo delle parole? Elencherei parole tonde e gialle, lunghe e calde, voluttuose e lisce, oppure parole polverose e bigie, sfilacciate e verdi, parole a pallini e*

*salate, parole massicce, fredde, nerastre, indigeste, angosciose”.*

Fosco Maraini mostra come nell'evocazione e nel suono della parola vi sia un senso intimo e profondo del linguaggio.

Tutto sommato, riflettendo sulla voce e la psicoterapia ci si accosta necessariamente agli **aspetti metasemantici della comunicazione, espressi attraverso il corpo, il registro vocale e, in generale, nella comunicazione non verbale.**

Studi di diversa matrice hanno individuato nella voce una delle modalità più arcaiche di comunicazione madre-figlio, risalente addirittura alla condizione di vita intrauterina. Il primo gesto del venire al Mondo è suono: respiro e vocalità. **La voce, intrinseca al respirare, è il nostro più immediato e necessario scambio con il mondo, al punto che ogni minaccia alla sua funzionalità produce angoscia di soffocamento.**

E il respiro, presupposto del nostro esistere, è la materia della voce, materia cui le corde vocali danno forma. *Anemos* è la parola greca che significa «soffio», «vento» e che derivandola dal latino traduciamo con “Anima”. La voce, in quanto soffio vitale primordiale, è in questo senso espressione profonda dell'Anima, incarnata nel corpo fisico. **Queste particolarità della voce, fisiologiche prima ancora che psicologiche, la collegano così intimamente alla presenza della Persona che risvegliarne la voce evidentemente contribuisce a risvegliarne la presenza.**

Considerare adeguatamente gli aspetti legati alla voce nel contesto della terapia vuol dire, in primo luogo, **porre**

**attenzione alla voce del paziente.**

Maria Jutasi Coleman, Psicoterapeuta della Gestalt, mostra esaustivamente come poter adoperare l'analisi dello spettro vocale dei pazienti sia a scopo diagnostico che metodologico.

La voce, che va nel mondo ed è sentita dagli altri, nel suo stesso prodursi è sentita anche da noi stessi per due vie: dall'interno del corpo, attraverso le trombe di Eustachio che collegano direttamente la faringe alla cassa timpanica; e dall'esterno, con un piccolo ma significativo ritardo, nel suo riflettersi sugli oggetti attorno a noi. Sempre sentiamo la nostra voce risuonare dentro e fuori di noi, nel momento stesso in cui la emettiamo. E il produrla è immediatamente controllato e modificato alla luce del sentirla. L'effetto della voce sugli altri è mediato e successivo. In questo processo, intervengono canali emotivi, sensoriali e cognitivi a filtrare il respiro e l'emissione vocale.

In 'arrendersi al corpo', Alexander Lowen racconta l'esperienza della sua prima seduta di terapia con Reich:

*"Stavo su un lettino con indosso un paio di calzoncini corti, perché Reich potesse osservare il mio respiro. Lui era seduto davanti al lettino. Mi disse semplicemente di respirare, cosa che feci in modo normale, mentre lui studiava il mio corpo. Dopo circa dieci o quindici minuti, disse: 'Lowen, non stai respirando'. Replicai che respiravo. 'Ma', disse lui, 'il tuo torace non si muove'. Era vero. Mi chiese di mettere una mano sul suo torace per sentire il movimento. Sentii che il suo torace saliva e scendeva e decisi di muovere il mio torace ad ogni respiro. Lo feci per un certo tempo, respirando con la bocca e sentendomi molto rilassato. Reich allora mi chiese di spalancare gli occhi e, quando lo feci, emisi un sonoro e prolungato grido. Mi sentivo gridare, ma*

*non c'era nessuna sensazione collegata. Proveniva da me, ma io non avevo nessun collegamento con quel suono. Reich mi chiese di smettere di gridare perché le finestre della stanza erano aperte sulla strada. Ripresi a respirare come prima, come se non fosse accaduto nulla. Ero sorpreso del grido, ma non ne ero toccato emotivamente. Allora Reich mi chiese di ripetere l'azione di spalancare gli occhi, e ancora una volta gridai senza nessun collegamento emotivo con il fatto. [...] Poco tempo dopo, la terapia venne interrotta per le vacanze estive di Reich. Quando riprendemmo in autunno, tornammo alla respirazione spontanea. Nel corso di questo nuovo anno di terapia, ebbero luogo diversi eventi importanti. In uno di questi rivissi un'esperienza infantile che spiegò le grida della mia prima seduta. Mentre stavo sul lettino a respirare, ebbi l'impressione che avrei visto un'immagine sul soffitto. Nel corso di alcune sedute l'impressione divenne più forte. Poi l'immagine apparve. Vidi il volto di mia madre. Mi guardava con occhi molto arrabbiati. Sentii che ero un bambino di circa nove mesi, stavo nella carrozzina fuori della porta di casa e gridavo per chiamare la mamma. Lei doveva essere impegnata in qualche attività importante, perché quando uscì mi guardò con tanta rabbia da paralizzarmi di terrore. Le grida che allora non ero riuscito ad emettere dovevano esplodere nella mia prima seduta terapeutica, trentadue anni dopo".*

La voce comunica le modalità della presenza, in un certo senso, allora, la voce dichiara la Persona al mondo. Quindi, **nella voce del terapeuta deve risuonare una presenza che promuove la presenza del paziente, che soprattutto la legittima, che la riconosce come centro di valore e grazie a questo le consente**

**finalmente di fare esperienza nuova, e di crescere, di potenziarsi, di articolarsi.**

La voce esprime con fedeltà la presenza, in ogni sfumatura, così come rispecchia le più profonde lesioni dell'identità personale.

Nelle parole di Giorgio Moschetti:

*“La voce, precaria uscita nel mondo, effimera traccia che subito svanisce, è anche dunque totale apertura all'intimità. Per il breve tempo del suono vocale, la presenza è totalmente esposta all'altro. Nella patologia nulla come la voce ci palesa immediatamente la radicale fragilità, incertezza della presenza. Talvolta l'essere al mondo è così ritirato che la voce, troppo impaurita, scompare. Proprio guardandone il contrarsi nella patologia, riusciamo a capire il significato e la centralità della voce per la Persona e per la sua presenza nel mondo”.*

La voce, dunque, testimonia della presenza e delle sue intenzioni: ma lo fa con assoluta evidenza quando *“la presenza abbandona la protezione del significato delle parole e si consegna al puro suono”*. La parola non è mai soltanto suono, rimanda sempre al concetto, all'oggetto, al contenuto particolare: nelle nostre intenzioni quotidiane la voce è strumento per quel contenuto e solo secondariamente trasmette anche il modo della presenza.

Ma come questo può realizzarsi nell'ambito del contesto procedurale della terapia?

Carlo Moiso e Michele Novellino riportano le indicazioni di Berne su come ascoltare ed osservare i pazienti per individuare alcuni segni di copione:

*“Il terapeuta deve essere in condizioni fisiche buone e non essere sotto l'influenza di fattori che possano alterare la sua efficienza; deve liberare la sua mente da preoccupazioni esterne; deve*

*mettere da parte i pregiudizi Genitoriali, compreso il ‘bisogno’ di aiutare; deve mettere da parte tutti i preconcetti sui pazienti in generale e su quel paziente in particolare; non deve farsi distrarre dal paziente con interrogativi o altre richieste di natura psicologica che ostacolano il processo terapeutico; l'Adulto ascolta il contenuto di ciò che viene detto, mentre il Piccolo Professore il modo in cui viene detto; quando ci si sente stanchi, si smette di ascoltare e ci si mette a guardare o a parlare”.*

Berne individua chiaramente alcuni punti circa il **‘che cosa’ bisogna ascoltare:**

**a.I suoni:** colpi di tosse, sbadigli, grugniti, sospiri, risate. Per esempio, secondo Berne tossire spesso equivale a una convinzione di copione del tipo: *“Nessuno mi ama”*.

**b.Il tono:** il modo di parlare o di accentare (per esempio un tono affettato) è importante rispetto al copione.

**c.Le voci:** ogni paziente ha tre voci: quella del **Genitore**, quella dell'**Adulto** e quella del **Bambino**. Il paziente ne può utilizzare una o due anche per un lungo periodo di tempo, ma prima o poi la cambia. Per Berne, una persona fa almeno un cambiamento di voce ogni 15-20 minuti. Il cambiamento può essere rapidissimo e avvenire nell'ambito di una parola, di una frase breve.

Anche relativamente al minicopione Moiso e Novellino mostrano che l'osservazione diretta di alcune variabili relative alla voce del paziente può aiutare a identificarne i comportamenti di spinta. Tale individuazione è basata sul riconoscimento di sette fattori:

*“due interni e quindi identificabili solo dalla persona che in quel momento sta vivendo la sua spinta, che sono le*

*sensazioni fisiche e le svalutazioni; cinque osservabili: parole, tono e ritmo della voce, gesti, postura, espressione facciale”.*

Molti elementi utili possono essere valutati anche nei lavori di impostazione gestaltica. Per esempio, nel mettere in atto una tecnica espressiva è necessario che il terapeuta ponga molta attenzione alla voce che il paziente utilizza per esprimere una determinata emozione. Egli può anche, se lo ritiene utile, invitare la persona ad utilizzare un timbro e un registro vocale che sia congruo all'emozione sentita ed espressa, eventualmente anche suggerendone esplicitamente la modalità.

Perls, Hefferline e Goodman dichiarano:

*“Non è importante che colui che verbalizza parla, ma come parla. [...] La mancanza del contatto con l'io è spesso spettacolarmente osservabile nella divisione del corpo in una bocca che emette suoni con movimenti rigidi e rapidi delle labbra e della lingua e con un vocalismo privo di risonanza, e nel resto del corpo tenuto a freno e non impegnato; oppure, a volte, gli occhi e alcuni gesti dei polsi o dei gomiti si uniscono alla bocca che verbalizza; o ancora, talvolta, un occhio solo, mentre l'altro rimane vuoto e vagante, o disapprova il parlare; oppure il viso viene diviso in due parti. Le parole vengono fuori a sprazzi, non coordinate alla respirazione, e il tono è monotono. [...] La verità del suono e la ricchezza degli armonici sono la potenzialità della risonanza nei gridi primitivi quando l'occasione si presenta. Colui che verbalizza raramente sente la propria voce, e quando l'ascolta rimane sorpreso; ma il poeta presta la sua attenzione ai mormorii e ai sussurri sublocali; li rende udibili, critica il suono e lo ripete”.*

La giusta attenzione alla **voce del terapeuta** stesso può fornire molte indicazioni utili al lavoro terapeutico. Anche il terapeuta dovrà utilizzare un registro sonoro che sia adeguato al lavoro che sta svolgendo. La modalità vocale ed espressiva cambia nell'operare una confrontazione o in una fase terapeutica in cui è necessario contenimento o accoglienza.

Allo stesso modo, **bisogna riflettere circa possibilità di gestire gli aspetti controtransferali della relazione**. Ciò può voler dire che osservando il tipo di vocalità utilizzata nel Qui-ed-Ora della terapia, ed eventualmente i relativi cambiamenti, è possibile comprendere l'emozione presente nella relazione. Un terapeuta consapevole che quando prova, per esempio, paura o rabbia, tende ad utilizzare una voce morbida e flebile, da BA, ha a disposizione un utile strumento per monitorare certi aspetti della relazione, gestire le proprie emozioni e lavorare sulla relazione transfert–controtransfer. In questo senso, può essere utile guardare a questo e trarre le dovute considerazioni, sia relative al vissuto individuale (che cosa sto provando? Perché provo questa emozione? Cosa c'è di mio in quello che il paziente sta dicendo?) che relazionale (come mai in questo momento della terapia con questa persona faccio così? È utile al paziente? Cosa serve ora?).

Relativamente alla **metodologia**, è possibile utilizzare delle tecniche rivolte al lavoro attraverso la voce. Se si pensa che migliorare il suo registro vocale possa aiutare la Persona a giungere a certe consapevolezze o a esprimere determinate emozioni, è possibile incoraggiarlo a fare ciò, per esempio, proponendo degli esercizi specifici e lavori mirati.

In relazione alle possibili applicazioni di questi principi nel Qui ed Ora della

terapia è possibile riferirsi alle esperienze già effettuate nell'ambito del teatro di ricerca.

**Attraverso la ricchissima esperienza di ricerca teatrale, diventa possibile integrare gli aspetti puramente espressivi e metasemantici del lavoro sulla voce, a forme terapeutiche più propriamente elaborative.**

Antonin Artaud, ideatore del "Teatro della Crudeltà", rappresenta il tramite fra le prime esperienze sonore condotte dalle grandi avanguardie e la loro ripresa dopo la Seconda Guerra Mondiale. Con Artaud non è più solo la voce che sperimenta in maniera grottesca e delirante, ma anche il corpo. Jerzy Grotosky e Walter Orioli propongono esercizi ed esperienze che rivelano una doppia finalità: da una parte il miglioramento dello spettro vocale e dall'altra lo sviluppo della consapevolezza individuale e della relativa capacità di esprimere emozioni in maniera libera. Nelle parole di Perls, Hefferline e Goodmann:

*"[...] disgustati dai soliti vuoti simbolismi e verbalismi, i filosofi contemporanei del linguaggio hanno stabilito delle norme costrittive del parlare che sono ancora più stereotipate e prive di affetto; e alcuni psicoterapeuti cedono alla disperazione, cercano di evitare completamente di parlare, come se soltanto il silenzio interno e il comportamento non verbale fossero potenzialmente sani. Ma l'opposto del verbalizzare nevrotico è il linguaggio creativo e vario; non è né la semantica scientifica né il silenzio; è la poesia".*

## BIBLIOGRAFIA

- ARTAUD A., Il Teatro e il suo doppio, Einaudi, 1968
- BARBA E., Teatro. Solitudine, Mestiere, rivolta, Ubulibri, Milano, 2000
- COLEMAN M. J., "Terapia della voce", Quaderni di Gestalt, n. 6-7, H.C.C., 1998
- GROTOWSKI J., Per un teatro povero, Bulzoni, 1970
- LOWEN A., Arrendersi al Corpo, Astrolabio, Roma, 1994
- MARAINI F., Gnòsi delle Fànfole, Baldini&Castoldi, Milano, 1994
- MOISO C., NOVELLINO M., Stati dell'lo, Astrolabio, Roma, 1982
- ORIOLO W., Teatro come Terapia, Macro, 2001
- PERLS F., HEFFERLINE R.F., GOODMANN P., Teoria e pretica della Terapia della Gestalt, Astrolabio, Roma, 1997
- <http://www.voceesilenzio.com/home.php>
- <http://www.musicoterapia.it/VOCE-E-PERSONA-VOCE-E-PRESENZA.html>

## **Clinical Risk Management** (Gestione del rischio clinico)

di Daniela Di Martino

**Il rischio clinico** in sanità è un argomento di enorme attualità; ciascuna azienda sanitaria è chiamata ad organizzarne un'attenta analisi e stima nell'ambito della più generale valutazione dell'outcom (indicazione del ministero della salute del Marzo 2004).

Le aziende sanitarie sono organizzazioni complesse e come tali suscettibili alla possibilità di errore, aspetto questo intrinseco alle attività umane, ma necessariamente da sottoporre a controllo in quei contesti dove può arrecare gravi danni.

Per capire la portata del fenomeno, basti pensare che in un'analisi del Centro studi investimenti sociali (CENSIS), realizzata su 21 testate nazionali tra quotidiani e periodici dell'anno 2000, circa 340 articoli pubblicati parlavano di "**malasanità**". In particolare, nel 32% degli articoli analizzati, veniva riportato il **decesso del malato**, nel 26 % venivano riferiti **danni gravi al paziente** senza decesso.

In questo scenario assume senso la figura dello **psicologo**, che in collaborazione con equipe multidisciplinari, può svolgere un ruolo determinante nell'analisi e gestione del rischio clinico. Come? Integrando lo studio delle variabili ambientali che determinano l'evento avverso, con l'analisi delle **variabili comportamentali/cognitive ed emotive**, che concorrono alla determinazione di un danno al paziente.

Considerando che 48.2 % degli articoli del suddetto studio contengono l'indicazione di un **soggetto responsabile dell'evento clinico avverso**; viene dunque chiamato in causa il fattore umano quale elemento da attenzionare rispetto alla problematica in esame.

E' chiaro, a questo punto, che il fattore umano è una variabile su cui la psicologia può garantire il suo apporto scientifico, soprattutto considerando quanto prodotto da

settori di ricerca della **psicologia del lavoro** e della **psicologia cognitivo-comportamentale**.

Quest'ultima aiuta l'inquadramento teorico-scientifico dell'errore umano, definendone "il quando", "il come" e "il perché" esso avvenga; la psicologia del lavoro potrebbe invece supportare la ricerca e la gestione delle dinamiche organizzative/gestionali che concorrono alla determinazione del rischio clinico.

### Quando si verifica l'errore umano?

**L'errore umano**, secondo la psicologia cognitiva, avviene nel corso di quel processo mentale che accompagna lo svolgimento di un compito. L'elaborazione di una risposta in una **situazione-stimolo** parte dalla percezione, prosegue con la selezione delle informazioni e sistemazione dei dati, si conclude con l'applicazione pratica in output che consente il fronteggiamento del compito.

In questa ordinata sequenza processuale, l'**attenzione** svolge la funzione più importante, perché ha il compito di selezionare le informazioni utili e di lasciare "sullo sfondo" quelle che non lo sono rispetto all'esecuzione dell'attività. L'attenzione, con il suo ruolo di "filtro", permette di evitare il sovraccarico mentale e, allo stesso tempo, di canalizzare le energie per il raggiungimento degli obiettivi individuati. L'attenzione diventa dunque un elemento da preservare rispetto al sovraccarico.

### Errore umano e comportamento

Se non inquadriamo il comportamento umano applicato ad un compito, non possiamo capire quando e come possono verificarsi gli errori cognitivi, esecutivi o disregolativi.

Una **classificazione del comportamento** dell'uomo viene proposta dal modello **skill-rule-knowledge (srk)** realizzato dal dottor J. Rasmussen che individua tre tipi di modalità operative dell'uomo:

1. - comportamento di routine basato su abilità apprese per le quali l'impegno

cognitivo è bassissimo ed il ragionamento è inconsapevole/automatico.

2- rule-based behaviour - comportamento guidato da regole di cui la persona dispone per eseguire compiti noti: procedure, prassi, metodi, ecc.

**3.knowledge-based behaviour** -comportamento attuato quando ci si trova in presenza di **situazioni nuove o impreviste**, cioè non conosciute e per le quali non si conoscono delle regole o procedure.

#### Tipi di errore umano e perché si verificano

Sulla base del modello proposto da Rasmussen, J. Reason distingue tra errori d'esecuzione e tra azioni compiute secondo le intenzioni e delinea così tre diverse tipologie d'errore (Reason, 1990).

-**errore lapse** (vuoto di memoria), ovvero, un **errore di esecuzione provocato da una dimenticanza** (ad. es. il paziente riferisce di un'allergia ad un farmaco ma l'infermiere si dimentica di riportarlo al medico); errore che avviene a livello cognitivo e di processamento mentale delle informazioni.

-**errore slip** (dimenticanza o sbaglio involontario), ovvero, un **errore di esecuzione** che si verifica **a livello di abilità**.

-**errore mistake**: si tratta di errori che vengono compiuti perché le **strategie** e le operazioni messe in atto non sono coerenti con l'obiettivo del compito.

e secondo Reason (1997)

-**violazioni**, cioè atti di **sabotaggio**

Possono essere:

-**ruled-based**, l'errore viene commesso perché si è scelta una **procedura non adatta** alla soluzione del problema dato.

-**knowledge-based**: errori che dipendono da una **scarsa conoscenza** rispetto alla situazione in cui si deve intervenire (caso a se' costituiscono le violazioni, termine con cui si intendono tutte quelle azioni che vengono eseguite trasgredendo

intenzionalmente ad un regolamento o a una direttiva).

Gli **errori più frequenti** in sanità sono:

- **reazioni avverse** a farmaci
- interventi chirurgici in sedi sbagliate e **lesioni** da pratiche chirurgiche
- **suicidi** prevedibili ed evitabili
- lesioni o morte a seguito di misure di contenzione del malato
- **infezioni ospedaliere**
- cadute e ulcere da decubito
- **scambio di persona.**

**Variabili organizzative** che concorrono all'incremento del potenziale danno in sanità sono:

- **caratteristiche dell'utenza** (tasso di rischiosità dei pazienti)
- **volume** medio di **attività per singolo operatore** (volume di attività sanitarie delle Aziende sanitarie)
- Gruppi di lavoro costruiti senza seguire adeguati standard di **gestione delle risorse umane.**

#### Utilità e possibili scenari d'intervento per la psicologia

Non prescindendo dal fatto che **errore umano e carenze organizzative** costituiscono solo alcune delle variabili che contribuiscono al verificarsi dell'evento avverso in sanità (altri fattori sono quelli ambientali interni all'organizzazione o esterni ad essa, quelli legati alla strumentazione, ecc), non dovrebbe essere trascurato il fatto che gli studi e le conoscenze psicologico-scientifiche in questo contesto possano apportare grandi benefici nella gestione del rischio clinico negli ambienti di cura.

Il ruolo dello psicologo, in sinergia con altre figure professionali, potrebbe svolgere un'azione determinante nella costruzione di **modelli di risk management**, ma potrebbe anche orientare le azioni di **risk analysis** e

di **mitigazione del rischio** in ospedali, strutture sanitarie e/o residenze sanitarie.

### *Ipotesi di ricerca sul clinical risk management*

Questo tema mi ha appassionata qualche tempo fa, tanto da spingermi alla formulazione di un'ipotesi di ricerca, la cui finalità ultima era la formulazione di modelli d'intervento di Risk Management. Nella mia ipotesi, l'identificazione degli errori umani potenziali in sanità, la **mappatura delle cause e degli effetti** degli stessi, avrebbe potuto consentire l'elaborazione di **modelli d'intervento** volti a munire le strutture sanitarie di **strumenti correttivi/preventivi** e di **strategie di follow-up**.

Partendo dalla necessità di mappare i comportamenti a rischio in un'azienda sanitaria, prima di procedere a qualsivoglia analisi, nel mio progetto di ricerca proponevo una rilevazione di tutti quei fenomeni definibili come "**eventi sentinella**", ovvero, campanelli d'allarme rispetto al verificarsi di episodi avversi nei contesti di cura. Proponevo poi, di analizzare il comportamento umano al lavoro in rapporto a tre dimensioni: **relazione uomo/uomo, relazione uomo/contesto e relazione uomo/organizzazione**.

Le indagini statistiche, applicate ad un modello di compliance organizzativa, avrebbero potuto consentire l'elaborazione di un **profilo di livello** rispetto al **rischio clinico** (rischio basso, medio, alto). Immaginavo il coinvolgimento dei lavoratori delle strutture sanitarie in tutti i passaggi dell'indagine, dalla **mappatura del rischio, all'ideazione di soluzioni organizzative, formative, gestionali** o altro.

L'assenza del supporto di un'istituto di ricerca, ha reso impossibile a dei singoli professionisti la realizzazione di un progetto di così vasta portata, soprattutto per le difficoltà a reperire una quota statisticamente significativa di stakeholder interessati al disegno di ricerca. Tuttavia, rimango dell'idea che l'investigazione di questo tema potrebbe avere ampia risonanza, oltretutto utilità collettiva e sociale (soprattutto se lo

studio fosse condotto in ambito pubblico o in sinergia pubblico/privato).

Ad oggi questo rimane un progetto "in vitro", ma qualcuno ha detto che "*i progetti sono come le piante e i fiori : alcuni non si sviluppano, altri crescono quando meno ce lo aspettiamo*".

### **Bibliografia**

Reason J." *L'errore umano*"; Editore Il Mulino, Bologna

Ministero della Salute " Risk management in sanità il problema degli errori " Commissione tecnica sul rischio clinico ( DM 5 Marzo 2003 ).

## Essere adolescenti durante una pandemia: Bisogni e Valori

di Federica Luongo

*Nell'articolo si prende in considerazione cosa vuol dire essere adolescente durante una pandemia. Il genitore o qualsiasi adulto educante che comprende la differenza tra bisogni e valori e supporta l'esplorazione tipica dell'adolescenza nella direzione delle cose importanti, potrebbe riuscire a modificare la prospettiva da "ciò che si sta perdendo" con il Covid-19 a "ciò che si potrebbe guadagnare".*

Durante la fase di **emergenza sanitaria** causata dal **Covid-19** si è parlato più volte delle difficoltà incontrate dagli adulti, ma poco si è discusso di quelle vissute dagli **adolescenti**.

I pensieri più frequenti riguardano la mancanza di relazioni, la didattica a distanza, le esperienze negate, il tempo trascorso chiusi in casa davanti a strumenti elettronici. L'**adolescenza** è di per sé la fase dell'esplorazione, della vitalità, della scoperta, dell'evoluzione e tuttavia, la pandemia attuale, sembra aver ostacolato tutti questi processi che dovrebbero dispiegarsi in modo naturale nell'arco di vita. E le difficoltà aumentano se si pensa che, chi dovrebbe essere di supporto per gli adolescenti, fa a sua volta fatica vivendo con sconforto, incertezza e paura la propria esistenza.

Diventa importante innanzitutto scollegare ciò che potrebbe essere di aiuto agli adulti da ciò che può servire agli adolescenti. È come se si cercasse di comprendere in che modo si può far crescere un seme, facendo riferimento ad alberi già maturi. Tutto ciò non consente di osservare e prendere in considerazione le condizioni necessarie ad una crescita positiva.

Il termine **adolescente** deriva dalla parola latina *adolescens* (participio presente di

*adolescere*) che vuol dire "che si sta nutrendo". Se si guardano gli adolescenti in quest'ottica, è inevitabile pensare che i **bisogni** e i **valori** siano differenti rispetto a quelli degli adulti. Gli adolescenti si trovano in una fase di scoperta anche dei propri pensieri e sentimenti, per cui esiste il **bisogno** di provare nuovi comportamenti e scoprire quali possano essere i propri **valori**. Troppo spesso la mente degli adulti produce giudizi, critiche, formula etichette senza tentare di comprendere realmente i **bisogni** che si nascondono dietro ai comportamenti degli **adolescenti**.

Ma qual è la differenza tra **bisogni** e **valori**?

I **bisogni** implicano l'ottenimento di qualcosa e richiedono determinate condizioni affinché vengano soddisfatti. Maslow, psicologo statunitense, li colloca su una scala a cinque livelli: fisiologici, di sicurezza e protezione, di affetto e appartenenza, di riconoscimento sociale, di autorealizzazione.



La piramide dei bisogni di Maslow (1954)

I **valori**, d'altra parte, possono essere sempre messi in atto senza condizioni. Sono qualità che muovono i comportamenti verso obiettivi significativi. Immaginiamo, ad esempio, di essere dinanzi ad una strada, è una strada piena di deviazioni e ostacoli. L'adolescente per capire quale sentiero imboccare, avrà bisogno di esplorare quelle strade, ma per non perdersi sarà necessario seguire delle indicazioni. Queste indicazioni sono i valori che verranno appresi,

riconosciuti, durante l'esplorazione. L'adulto ha il compito di camminare affianco a lui inizialmente per aiutarlo a notare queste indicazioni, per dargli l'esempio di come camminare, per supportarlo nella scelta di dove andare, nonostante la presenza di ostacoli.

Facciamo un esempio pratico.

In adolescenza i **bisogni** più comuni possono essere: autonomia, interdipendenza, gioco. Si ha dunque bisogno di sperimentare molte cose nuove e ciò comporta correre dei rischi, testare i limiti posti dagli adulti. Alcuni **valori** invece potrebbero essere il coraggio, la creatività, la curiosità, la persistenza.

***In un periodo storico come quello che stiamo vivendo, cosa può fare un genitore o un adulto educante?***

Può creare le condizioni contestuali necessarie al soddisfacimento dei bisogni dell'adolescente, aiutandolo a selezionare i comportamenti che partono da valori e non da impulsi momentanei.

Cosa vuol dire? Prendiamo il caso di Marco. Un ragazzino che, durante il primo **lockdown**, ha iniziato a manifestare rabbia verso i genitori. Marco ha **bisogno** ogni tanto di isolarsi dalla famiglia, di stare con gli amici, di avere il suo spazio. Con creatività (questo è un **valore**), Marco ha definito con i genitori un **planning** (piano di lavoro) per svolgere delle attività in casa con essi e soddisfare, nello stesso tempo, il suo bisogno di autonomia.

Per tutti coloro che si sono ritrovati a vivere una fase della propria **adolescenza** durante la pandemia, e che hanno sviluppato pensieri su tutto ciò che sentono di aver perso a causa del Covid-19, diventa fondamentale porre attenzione sulle cose che si sono scoperte importanti, riflettere sul tipo di persona che si vuole essere e su ciò che può essere fatto per andare nella direzione individuata, giorno dopo giorno, momento dopo momento. E ancora di più, è in questa fase evolutiva che

inizia a definirsi l'autostima. E la stima di sé può svilupparsi proprio attraverso i **valori** a cui si fa riferimento e non per gli obiettivi che, a causa della pandemia, diventa difficile raggiungere.

È la creatività, è il coraggio, è la persistenza, è la volontà che orienta il proprio comportamento, anche e soprattutto nei momenti più difficili. E l'adulto ha il compito di essere presente, di supportare l'adolescente nella sua fase di scoperta, di comprenderne i bisogni, di essere un modello positivo.

Jorge Luis Borges ha scritto: "(...) *Imparerai che le circostanze e l'ambiente influenzano ma noi siamo gli unici responsabili di quel che facciamo ed imparerai che non devi per forza confrontarti con gli altri ma col tuo meglio.*

*Scoprirai che si perde tanto tempo per arrivare ad essere ciò che vuoi essere e che il tempo è breve.*

*Imparerai che non è importante dove sei arrivato bensì dove stai andando, qualsiasi luogo esso sia.*

*Imparerai che se non avrai il controllo della tua vita altri lo avranno e che essere flessibile non significa essere debole o non avere una personalità, perché non importa quanto delicata o fragile sia una situazione: esistono sempre due strade. (...) imparerai che i tuoi genitori fanno parte di te, più di quello che pensi. (...)*

Anchisi, R., Mia Gambotto, D. (2017). *Il colloquio clinico*. Hogrefe: Firenze

Hayes, L.L., Ciarrochi, J. (2017). *Adolescenti in crescita. L'ACT per aiutare i giovani a gestire le emozioni, raggiungere obiettivi, costruire relazioni sociali*. FrancoAngeli: Milano.

Rosenberg, M.B. (2003). *Le parole sono finestre (oppure muri). Introduzione alla comunicazione non violenta*. Edizioni

## Linguaggio, linguistica, comunicazione e psicologia

di Alberta Casella

La **psicologia** si impianta sul **linguaggio**. Il linguaggio crea la **relazione** e l'individuo vive in continua relazione. In questo articolo e nei successivi ne illustreremo le connessioni.

Ogni comportamento è manifestazione dell'individuo singolo, ma deve essere spiegato tenendo conto del contesto nel quale si verifica perché è il segno delle **relazioni**, della **comunicazione** con gli altri.

Nel vivere ci si relaziona continuamente con gli altri ed è impossibile non comunicare: perfino il silenzio è una forma di comunicazione, fonte d'informazioni sull'altro spesso più preziose di tante parole dette senza senso.

Si afferma l'importanza e la necessità di studiare il **linguaggio** come principale mezzo di comunicazione umana e, quindi, come primo veicolo d'informazione e scambio tra paziente e terapeuta.

Il bisogno di comunicare è profondamente insito nell'uomo; entrare in contatto con gli altri attraverso gesti, suoni, parole è un'esigenza insopprimibile che ha spinto la società umana, nel suo sviluppo, a creare molte forme di **comunicazione**.

Fra queste, la più completa ed agile, quella che pone l'uomo in condizione di svolgere questa funzione essenziale della sua esistenza, è il linguaggio verbale.

Ciò che distingue, appunto, gli esseri umani dagli altri animali è proprio la creazione e l'uso di tale strumento che diviene caratteristico di ogni gruppo umano e ne contrassegna le differenze maggiori.

“Sembra assolutamente privo di qualsiasi fondamento quanto a volte si sostiene circa l'esistenza di certe popolazioni il cui

vocabolario sarebbe così limitato da richiedere l'uso supplementare del gesto (...); la verità è che tra ogni popolo conosciuto il linguaggio è il mezzo essenzialmente compiuto di espressione e comunicazione”.

L'uso del linguaggio si concretizza attraverso due direttrici fondamentali: in primo luogo, esso serve come mezzo per rappresentare ed ordinare in modo logico la nostra esperienza e le nostre percezioni del mondo e permette a ciascuno di ragionare attivamente su ciò che accade quotidianamente al fine di ottenere una visione sempre chiara degli eventi.

In secondo luogo, poiché il linguaggio è il mezzo più efficace e duttile per esprimere stati d'animo, sensazioni, impressioni o concetti complessi ed articolati, lo usiamo per comunicarci a vicenda il nostro modo di vedere e concepire il mondo e la realtà circostante.

“Usando il linguaggio per la comunicazione presentiamo agli altri il nostro modello”: la comunicazione umana si realizza, soprattutto, nell'uso della lingua.

Nasce come bisogno di trasmettere ad altri il proprio messaggio e di ricevere, in cambio, altre informazioni che, assimilate, possono modificare od ampliare o consolidare il personale modo di rapportarsi con la società.

In questo scambio, la lingua continuamente si trasforma, si evolve, si adatta ai mutamenti sociali, economici e culturali, si piega ad esprimere ogni nuova esperienza, si arricchisce con tutto ciò che di nuovo appare nel mondo assolvendo una funzione insostituibile ed universale.

SAPIR E. (1963): *The Selected Writing of Edward Sapir*, (a cura di D. Mandelbaum), Univ. of California Press, Berkeley

BANDLER R., GRINDER J. (1975): *La Struttura della Magia*, Astrolabio, Roma, 1981, p.40

“La lingua, che è di per sé un fenomeno complesso, è tale che non c'è alcuna attività umana o campo d'azione che non comporti il suo impiego come parte integrante. Le funzioni della lingua tendono ad essere infinite”.

A tal proposito, l'ipotesi di Sapir e Whorf, sull'effetto totalizzante della lingua sul nostro comportamento, afferma che essa influenza continuamente e totalmente il nostro modo di pensare e la nostra potenziale comunicazione con gli altri.

Silvestri conferma tale ipotesi dicendo che: “la realtà della lingua non è univoca e non potrebbe mai esserlo, dato il carattere eminentemente culturale della sua fenomenologia; (...) la specificità del linguaggio è, si iscriva nel nostro codice genetico ma, soprattutto, una o più lingue storiche fanno parte del nostro bagaglio culturale”.

Egli asserisce, con tali parole, la peculiarità insita nello stile personale del linguaggio, ovvero l'idea che l'uso che di esso se ne fa è sempre mediato dal contesto circostante e dal tipo di relazione che instauriamo con gli altri.

Lo studio di tale mezzo comunicativo fa capo ad una specifica disciplina detta “linguistica”; tuttavia, tale scienza si è occupata, principalmente, dell'analisi della lingua, ovvero del sistema fonemico e grafemico senza troppo interessarsi dell'uso che di esso si fa all'interno della società.

L'esigenza di studiare un elemento primario nelle relazioni umane, quale la lingua, è radicata nella tradizione filosofica antica e già Eraclito si poneva domande sulla sua funzionalità indagando quale e quanta utilità esso avesse nel costituire rapporti tra le persone; secondo una concezione tuttora molto accreditata, lo studio del linguaggio contribuisce a chiarire il funzionamento del pensiero e della mente.

Nella linguistica moderna, la ricerca più affascinante parte dall'affermazione che tutte le lingue portano in sé una serie di fonemi in cui agli invarianti formali si sovrappongono elementi che si modificano e si ristrutturano grazie all'influenza che su di esse hanno gli sviluppi storici e culturali del popolo che le usa: in tal modo la questione focale diviene, attualmente, se ed in che modo il contesto influenzi l'uso e lo sviluppo della lingua e quanto esso possa concorrere nel creare nuove forme di comunicazione.

Una “nozione intuitiva di linguaggio” suggerisce che esso sia il mezzo per associare due ordini di entità: l'area dei contenuti mentali e quella delle realtà sensoriali.

Sia l'una che l'altra, da sole, non hanno possibilità d'espressione poiché la prima è, per sua stessa natura inesprimibile, mentre la seconda, non affiancata da un'elaborazione mentale, è completamente priva di significato.

Il linguaggio diviene il loro anello di congiunzione, nel senso che permette di esprimere le idee nel mondo sensoriale dando vita, così, contemporaneamente alle une ed all'altro.

Nel momento in cui affermiamo che il linguaggio non è altro che l'espressione di contenuti mentali, capiamo l'interesse che la psicologia ha sempre avuto nei confronti della linguistica ed, in tal modo, motiviamo anche il nostro stesso interesse nel considerarla quale elemento fondante ed imprescindibile poiché il linguaggio verbale è la base di ogni relazione terapeutica; è con il suo uso che terapeuta e consultante si esprimono, si confrontano e capiscono affrontando un percorso di cura.

BERRUTO G.: *La Sociolinguistica*, Zanichelli, Bologna, 1974, p. 29

SILVESTRI D.: *La Forbice ed il Ventaglio*, Arte Tipografica, Napoli, 1994, p.261

SILVESTRI D.: op. cit. 1994, p. 17

SIMONE R. (1990): *Fondamenti di Linguistica*, Laterza, Roma-Bari, 1992, p.7

La linguistica affida, poi, definitivamente, la competenza dello studio del linguaggio alla psicologia nel momento in cui si comincia ad affrontare il tema della soggettività dello stile linguistico e dell'impossibilità di cristallizzare le infinite sfumature di significato che una stessa parola ha se usata in diversi contesti; in tal modo la linguistica diviene la scienza che si occupa dello studio degli aspetti formali, teorici della lingua e dell'uso che di essa se ne fa, mentre la psicologia si focalizza più specificatamente sul valore del linguaggio come mezzo d'incontro e di comunicazione tra individui, traduzione di pensieri e sentimenti che, altrimenti, rimarrebbero inesprimibili.

La psicologia analizza, così, la lingua secondo una sua peculiare impostazione: nasce la psicolinguistica che conduce un'analisi sia teorica che pratica dell'operare linguistico individuale.

#### bibliografia

BANDLER R., GRINDER J. (1975): *La Struttura della Magia*, Astrolabio, Roma, 1981

BERRUTO G.: *La Sociolinguistica*, Zanichelli, Bologna, 1974

SAPIR E. (1963): *The Selected Writing of Edward Sapir*, (a cura di D. Mandelbaum), Univ. of California Press, Berkeley

SILVESTRI D.: *La Forbice ed il Ventaglio*, Arte Tipografica, Napoli, 1994

SIMONE R. (1990): *Fondamenti di Linguistica*, Laterza, Roma-Bari, 1992

## Impatto della pandemia COVID-19 sulla Salute Mentale: Studi sulla Popolazione Italiana

di *Letizia Papa*

L'attuale pandemia ha avuto forti ripercussioni sulla salute mentale e diverse ricerche sul territorio italiano ne hanno indagato gli effetti, registrando risultati significativi.

La **pandemia da Covid-19** ha cambiato in modo radicale le nostre abitudini e il nostro stile di vita. L'**Italia**, dopo la Cina, è stato il primo paese ad essere travolto, in maniera rapida e improvvisa, dal virus. Le conseguenti misure restrittive e il *lockdown* nazionale hanno avuto importanti effetti sul **benessere psicologico**. Sul territorio italiano sono stati sviluppati diversi studi e ricerche sugli effetti della pandemia Covid-19 e dei relativi provvedimenti restrittivi sulla **salute mentale degli italiani**.

La maggior parte degli studi ad oggi pubblicati riguardano le prime settimane di *lockdown* nazionale italiano, relative al mese di marzo e aprile 2020. In questo periodo, la popolazione ha dovuto affrontare una nuova realtà, fatta di isolamento, incertezza, distanziamento sociale e restrizioni, che non ha tardato a mostrare i suoi effetti sull'**equilibrio psico-emotivo** delle persone.

I principali **esiti di salute mentale** riscontrati nel primo periodo della pandemia sono **sintomi depressivi e ansiosi** <sup>[2,4,6,7,10]</sup>, **stress psicologico** <sup>[1,2,4,7,8]</sup> e sintomi da stress post-traumatico <sup>[2,10]</sup>.

In particolar modo, i punteggi più alti di tali sintomatologie sono stati riscontrati negli appartenenti al **genere femminile** e nei **giovani**<sup>[2,3,4,7,9,10]</sup>, in persone con preesistenti problemi di salute fisica o mentale<sup>[4]</sup> e che hanno vissuto in passato situazioni stressanti<sup>[7]</sup>. Risultano essere ulteriori fattori di rischio l'averne conoscenti o familiari che hanno contratto il virus<sup>[2,7]</sup> o averlo contratto in prima persona<sup>[4]</sup>, il dover passare più giorni in quarantena<sup>[2,4]</sup>, la necessità di lasciare casa per lavoro<sup>[7]</sup>, l'utilizzo di strategie di coping incentrate sull'emozione o sull'evitamento<sup>[6]</sup>. Moccia et al. (2020) hanno osservato come avere un temperamento ansioso, depressivo e ciclotimico e uno stile di attaccamento ansioso evitante, siano fattori predittivi nella possibilità di registrare distress psicologico durante la pandemia. Di contro, le ricerche hanno mostrato come avere un alto livello di soddisfazione per la propria vita<sup>[4]</sup>, vivere con altri membri della famiglia o conviventi<sup>[4]</sup> e ricevere supporto familiare<sup>[6]</sup>, siano fattori protettivi, che riducono la possibilità di esiti negativi di salute psicologica in seguito al *lockdown*. Essere stati esposti al virus, con una conseguente maggiore probabilità di essere infettati, non sembra incidere significativamente sul benessere psicologico<sup>[2,9]</sup>.

Fiorillo et al. (2020) hanno riscontrato come i **sintomi depressivi, ansiosi e lo stress siano peggiorati durante le ultime settimane della quarantena**. Lo studio di Gualano e colleghi (2020), incentrato sull'analisi degli esiti psicologici delle due ultime settimane di *lockdown*, ha registrato la prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi, rispettivamente del 24,7% e 23,2%, riscontrando anche una significativa

percentuale di disturbi del sonno. Anche in questo caso, il genere femminile e la giovane età risultano essere fattori maggiormente associati ai sintomi depressivi e ansiosi, così come il trascorrere molto tempo su internet. Di contro, genere maschile, età avanzata, assenza di difficoltà legate al lavoro, essere sposati o conviventi, utilizzare i giornali come fonte di informazione e indossare sempre la mascherina per uscire sono fattori che riducono la probabilità di almeno un esito negativo di salute mentale.

L'attuale **situazione emergenziale** ha inevitabilmente avuto un impatto sulle **condizioni di salute mentale** in termini di **stress percepito** e presenza di **sintomi depressivi e ansiosi** nella **popolazione generale italiana**. Di conseguenza, è necessario pensare interventi funzionali a livello nazionale, che aiutino a fronteggiare gli effetti dell'emergenza pandemica sul benessere psicologico. A tal fine, ricerche scientifiche di questo tipo sono più che urgenti, in quanto permettono di portare l'attenzione sulle conseguenze psicologiche che le persone stanno tuttora affrontando e sulla necessità di investire in programmi e progetti finalizzati a contrastare l'emergenza, non solo in relazione agli effetti sulla salute fisica, ma anche su quella mentale e sul benessere psicologico.

## Bibliografia

[1] - Cerami, C., Santi, G. C., Galandra, C., Dodich, A., Cappa, S.F., Vecchi, T. & Crespi, C. (2020). Covid-19 outbreak in Italy: are we ready for the Psychosocial and the economic crisis? Baseline findings from

the PsyCovid Study. *Front. Psychiatry*, 11:556. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00556

[2] - Di Giuseppe, M., Zilcha-Mano, S., Prout, T.A., Perry, J.C., Orrù, G. & Conversano, C. Psychological impact of Coronavirus disease 2019 among Italians during the first week of lockdown. *Front. Psychiatry*, 11:576597. doi:10.3389/fpsyt.2020.576597

[3] - Ferrucci R., Averna A., Marino D., Reitano M.R., Ruggiero F., Mameli F., Dini M., Poletti B., Barbieri S., Priori A. & Pravettoni G. (2020). Psychological impact during the first outbreak of COVID-19 in Italy. *Front. Psychiatry*, 11:559266. doi: 10.3389/fpsyt.2020.559266

[4] - Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M.G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A. & Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*, 63(1), e87, 1-11. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>

[5] - Gualano M.R., Lo Moro G., Voglino G., Bert F. & Siliquini R. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 4779. doi: 10.3390/ijerph17134779

[6] - Mariani R., Renzi A., Di Trani M., Trabucchi G., Danskin K. & Tambelli R. (2020). The impact of coping strategies and perceived family support on depressive and

anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. *Front. Psychiatry*, 11:587724. doi: 10.3389/fpsyt.2020.587724

[7] - Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 3165. doi:10.3390/ijerph17093165

[8] - Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G. & Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the Covid-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 75-79. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>

[9] - Prati G. (2020). Mental health and its psychosocial predictors during national quarantine in Italy against the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Anxiety, Stress, & Coping*. doi: 10.1080/10615806.2020.1861253

[10] - Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. & Di Lorenzo, G. (2020). Covid-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front Psychiatry*, 11:790. doi:10.3389/fpsyt.2020.00790

## Il lutto tabù: il lutto perinatale

di *Barbara Casella*

Spesso tendiamo a contrapporre la nascita alla morte ma sono due facce della stessa medaglia, chiamata vita. Il lutto è un sentimento di forte dolore per la morte di una persona cara, che tutti sperimentano nel corso della propria vita. La nostra società propende a nascondere il lutto, a isolarlo, invitando la persona che sta affrontando una perdita ad andare avanti. La pretesa di superare velocemente un cordoglio, può comportare una carenza nell'individuazione del tempo e lo spazio necessario per accogliere il dolore. Ne consegue un accentuato senso di vulnerabilità e solitudine che le persone in lutto tendono a provare, favorendo il lutto complicato. Nel complesso scenario del lutto, **il lutto perinatale** è ritenuto totalmente anti-natura in quanto, associa alla nascita la morte.

Il termine lutto perinatale indica la perdita di un bambino dalla seconda metà della gravidanza al primo mese dopo la nascita. Il termine lutto prenatale intende l'interruzione della gravidanza in qualsiasi epoca gestazionale. Gli eventi che comportano la perdita di un figlio nel periodo perinatale comprendono l'aborto spontaneo, l'interruzione volontaria o terapeutica della gravidanza, la morte intrauterina e la morte dopo il parto. Diversamente da come si può immaginare, l'interruzione della gravidanza è un'esperienza comune a molte donne, infatti, secondo dati statistici circa una su sei vive questa traumatica esperienza, ma socialmente continua ad esserci poca attenzione sull'argomento.

Il lutto perinatale è ritenuto totalmente innaturale, poiché al concetto gioioso di nascita, di vita, bisogna associare quello doloroso di morte. La naturale evoluzione del ciclo di vita è sconvolta: la morte di un figlio aspettato, desiderato, diviene inspiegabile. Il progetto familiare, di coppia, di genitorialità, è bruscamente interrotto; per le donne in attesa il proprio corpo da guscio accogliente e protettivo, diviene un oggetto inaffidabile, inutile. L'idea predominante dei **genitori in lutto** è di non essere riusciti a proteggere il proprio bambino, di non essersi accorti in tempo cosa stava accadendo, e di avere commesso qualche errore che ha causato la sua morte.

La fine inaspettata della gravidanza rappresenta la perdita di una persona cara con cui durante la gestazione i genitori e gli altri familiari hanno stabilito un legame, attraverso il test, ecografie, movimenti fetali e, in genere, la preparazione al nuovo arrivo. Il **legame di attaccamento** in costruzione è traumaticamente interrotto. La rappresentazione del bambino, le fantasie circa i cambiamenti del proprio corpo, l'organizzazione familiare, della propria casa, tutto è interrotto e si trasforma in un tabù, un argomento di cui non parlare. Un'eclatante dimostrazione **dell'indicibilità del lutto perinatale** è l'inesistenza di un nome per indicare i genitori che perdono i figli in epoca perinatale. La mancanza di un'attenzione collettiva alla tematica, può contribuire alla costruzione del fossato di solitudine che si crea intorno al genitore in lutto.

Quando i genitori ricevono la notizia che il proprio bambino è morto, sono investiti da un tornado di emozioni: incredulità, confusione, paura, rabbia, un dolore fisico e psicologico. In pochi istanti tutto cambia, si è travolti da un sentimento d'impotenza di fronte alla perdita del proprio bambino; tutte le sicurezze

cadono, non ci sono appigli. **Il dolore diviene accecante e totalizzante**, con l'unica certezza che nulla sarà più come prima; il futuro è oscurato da un dolore snaturante e ogni ipotesi di vita sembra irrealizzabile.

Indipendentemente **dall'epoca gestazionale** una tale notizia è devastante, la diversa intensità può essere data dall'investimento affettivo, dal significato che i genitori hanno dato all'attesa e dalla storia personale di ciascuno. La modalità con cui è comunicata la notizia ai genitori e le prime persone con cui entrano in contatto condizionano la conseguente elaborazione. A tal motivo, è di fondamentale importanza una comunicazione efficace, sensibile, rispettosa e un buon sostegno fin dai primi attimi.

In Italia, di fronte alla morte di un bambino in gravidanza, non ci sono delle linee guida cui fare riferimento, tutto è lasciato alla **sensibilità del personale sanitario e all'attivazione di associazioni che si occupano di lutto perinatale**. Spesso si assiste a personale sanitario non preparato nelle procedure e che si mostra distaccato a livello emotivo. Tale atteggiamento può amplificare il senso di disorientamento dei genitori, che hanno appena saputo di aver perso il bambino, e può aggiungere altro dolore, non facilitando così l'inizio del percorso di elaborazione.

E' noto che gli operatori sanitari siano una categoria professionale ad alto rischio burnout: lavorare ogni giorno con la morte, la malattia e il dolore, può portare al rischio di de-umanizzare le cure, rendendole semplici routine. Tale distacco emotivo può creare una barriera tra il curante e il curato, che da un lato funge da cuscinetto per diminuire l'impatto delle situazioni difficili e

dall'altro però impedisce relazioni soddisfacenti, nel qui e ora, e di sintonizzarsi sui reali bisogni personali e altrui. La **formazione del personale sanitario**, quindi, diviene di fondamentale importanza per contenere e seguire i genitori in modo efficace ed empatico e, allo stesso tempo, per sostenere gli stessi operatori.

La prima reazione dei genitori alla notizia dell'interruzione della gravidanza è solitamente caratterizzata dalla negazione, dallo stordimento, dall'incredulità. Molti **genitori in lutto** nei loro racconti descrivono quel momento come *sentirsi trascinati in una vita che non li appartiene*, anche se allo stesso momento sono tenuti a dover prendere delle decisioni fondamentali in modo rapido (interruzione, parto, autopsia, sepoltura). In seguito, si inizia a realizzare che è tutto vero, emerge la consapevolezza che il proprio bambino non c'è più.

Il ritorno a casa con le braccia vuote e il corpo e la mente stracolme di dolore, una famiglia, una casa, una cameretta che attendeva il nuovo arrivo, rendono il lutto ancora più visibile e assordante. L'atteggiamento più frequente da parte di parenti e amici di fronte al lutto perinatale è quello di minimizzare, invitare i genitori a dimenticare e andare avanti, esortare un nuovo tentativo di concepimento al fine di compensare la perdita. Queste reazioni di chi circonda i genitori in lutto, sono dettate da un meccanismo di difesa, messo in atto di fronte ad un dolore snaturante e, allo stesso tempo, per proteggere la mamma e il papà del bambino andato via troppo presto.

Ascoltare commenti e frasi stereotipate, favorisce il **senso di solitudine dei genitori in lutto**. La sensazione di non sentirsi compresi nel proprio dolore, di

dover giustificare le proprie lacrime e la non forza di andare avanti, nonostante gli inviti a reagire. Per elaborare il lutto, invece, bisogna maturare la consapevolezza dell'esperienza vissuta, rispettando i tempi e la sofferenza che lo accompagna, anche attraverso il rito della sepoltura, andare al cimitero e piangere il proprio bambino. Tutto ciò può favorire l'elaborazione di tale dolore, non negarlo e stare in contatto con l'esperienza vissuta. **Il lutto perinatale non deve diventare un tabù**, una vergogna, anzi è opportuno che si pianga e si parli della perdita.

I genitori in lutto tendono ad isolarsi, non si sentono capiti e si chiudono in se stessi; evitano alcune situazioni sociali e si convincono che del loro dolore sia meglio non parlarne e fingere con gli altri che nulla sia successo. Questo isolamento spesso non è attuato solo con gli esterni al nucleo familiare, ma anche fra partner. E' frequente, infatti, che **la coppia attraversi un momento di crisi** per il diverso modo di affrontare il lutto e l'incapacità di condividere il proprio stato emotivo. Ognuno di noi, infatti, ha un proprio modo di fronteggiare una perdita, poiché si hanno diverse storie, risorse cui attingere, sogni, desideri.

**Sostenere i genitori** che vivono un'interruzione della gravidanza è di fondamentale importanza per l'elaborazione del lutto. La possibilità di raccontare il proprio vissuto emotivo, cercare dei nuovi canali comunicativi, che mettano in luce le somiglianze e le differenze, permette di avere una maggiore chiarezza su quanto è avvenuto e la possibilità di prendersi cura di sé, della coppia e dell'amore per il proprio bambino andato via troppo presto. Un funzionale sostegno psicologico ed emotivo aiuta i genitori a trovare **la collocazione per il loro**

**amore e per il loro dolore.** Accogliere il bambino perso nella propria storia personale e familiare, in uno spazio che gli permetta di ricordare e di amare il proprio bambino e allo stesso tempo di continuare a vivere.

## Bibliografia

Felaco R., D'Anselmo F., *Amare in assenza. Fronteggiare il lutto con la psicoterapia*, ed. Kaizen Edizioni

Ravaldi C., *La morte in-attesa*, ed. Iper testo

Ravaldi C., *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza e dopo la nascita*, ed. Officina Grafica

## Crescere con l'ADHD

### Come evolve il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività nell'età adulta

di Roberto Ghiaccio

#### Abstract

L'ADHD, il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività con o senza impulsività, è un disordine neuro evolutivo, che al contrario di quanto si è erroneamente creduto per decenni, non svanisce con l'età adulta, ma anzi permane con caratteristiche differenti. Il presente articolo ha l'obiettivo di descrivere la cronicità del disturbo ed il suo evolversi sintomatologico delineando gli aspetti peculiari e ricorrenti nell'età adulta, come le forme *Sluggish Cognitive Tempo*, il *mind wandering*, e la *disregolazione emotiva* rintracciando tali fenomeni nell'adattamento quotidiano.

Da una giovane madre: *Dottore... mio figlio, mio figlio è terribile, è una peste, e che mi sta facendo passare. La maestra mi chiama ogni giorno, a scuola è sempre distratto, si muove sempre, disturba una continuazione. E non vi dico a casa, si arrampica, cambia gioco una continuazione, non si sta un attimo fermo, a tavola si alza, mangia in posizioni strane...E al supermercato, una tragedia, vuole tutto, salta dal carrello, mette tutto dentro, certe figure...è distratto a fatti suoi, quando c'è qualcosa che gli piace guai a toglierlo, come al padre, si è proprio uguale al padre!*

*Mia suocera mi dice sempre, tuo figlio è uguale al padre! Da bambino che mi ha fatto*

*passare...ma mio marito dottore anche ora è così, sempre distratto, si dimentica tutto a fatti suoi anche lui, fa spese folli, quando si ingrippa ( si fissa) su di una cosa quella è...e guai se non la ottiene, e mo va a a correre, mo va in bici, è irresponsabile, e poi, sempre agitato, ansioso, ed ora, ha cominciato anche a giocare...gioca alle macchinette, ecco anche il figlio gioca sempre alla play. Sono uguali, dottore, il figlio è tal e qual u padr ( è tale e quale al padre). Padre e figlio hanno l'ADHD.*

Quando si parla della sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione il confronto tra scuole di pensiero è più acceso che mai, trattandosi di un disturbo estremamente controverso sul quale sono stati sparsi fiumi di inchiostro. Il disturbo ADHD è solitamente evidente già in età prescolare e la storia dei bambini portatori di questa neuro-varietà spesso documenta una marcata irrequietezza motoria riconoscibile sin dalle prime fasi di sviluppo, accompagnata da facile distraibilità ed anche una discreta impulsività.

Nei primi anni di vita risulta difficoltoso formulare una diagnosi differenziale con altri disturbi dello sviluppo e soprattutto, determinare con sicurezza una compromissione funzionale del bambino. Si deve considerare inoltre che, a partire dai sei anni e via via fino all'adolescenza si ha una caratteristica tendenza dei sintomi di iperattività-impulsività ad apparire sempre meno evidenti e a manifestarsi per lo più come un disagio interiore represso, come un senso di irrequietezza e inadeguatezza.

L'inattenzione, viceversa, è sempre più evidente, come marcata difficoltà ad

organizzare e a completare le attività intraprese, con conseguenti insuccessi scolastici e sociali. La dinamica di apprendimento e adattamento sociale sono fortemente condizionati dai fattori relazionali ed educativi e quindi hanno una grande importanza nell'esperienza del bambino con ADHD (Jansen F, 1992), è da notare come la presenza di ADHD può portare inoltre a deficit nella coerenza centrale (Ghiaccio R., Dragone D. 2019)

Non sono molti i dati relativi agli adulti con ADHD e occorre ricordare che fino a pochi anni fa si riteneva che tale disfunzione fosse “un'anomalia benigna” che si risolvesse con l'età. In realtà, soltanto un terzo dei bambini con ADHD da adulti non manifesta più sintomi di disattenzione o di iperattività, indicando in questi casi, che il disturbo era da correlarsi ad un ritardo nello sviluppo dell'attenzione e più in generale delle funzioni esecutive, piuttosto che ad un vero e proprio disturbo.

Durante l'adolescenza si osserva una lieve attenuazione della sintomatologia, ma di fronte alle richieste della società e in seguito ai frequenti insuccessi, il soggetto è portato a sviluppare tratti comportamentali quali: scarsa obbedienza alle regole, scarsa tolleranza alla frustrazione, scatti d'ira, ridotta autostima, scarsa fiducia in se stesso, sintomi ansioso - depressivi. Ne consegue che l'ADHD può compromettere, significativamente, la qualità della vita della persona che ne soffre, minando le componenti di attività e partecipazione.

Alla luce di quanto fin qui esposto, appare estremamente importante fare una diagnosi corretta e in tempi precoci, in modo da poter

aiutare il bambino e la famiglia a superare quelle problematiche che, nel tempo, possono interferire negativamente sullo sviluppo equilibrato e armonico della sua personalità. Poiché l'ADHD è un disturbo cronico che espone bambini e adolescenti al rischio di andare incontro a numerosi deficit funzionali, il trattamento deve iniziare molto precocemente ed essere multi-modale

Una disabilità che potremmo definire invisibile, ma che come un'ombra cupa segue il soggetto in ogni ambito della propria vita. L'ADHD è un disturbo cronico, che può permanere come tale oppure modificarsi persistendo con altre caratteristiche sintomatologiche ( Faraone et 2006). Appare tuttavia riduttivo identificare l'ADHD con le difficoltà di attenzione, in quanto risulta nella processione dei sintomi e nell'adattamento quotidiano molto più articolato, andando ben oltre la “semplice” descrizione nosografica.

I bambini che da piccoli sono agitati, da adulti si renderanno probabilmente conto di avere bisogno di inserire nelle proprie vite e nei propri lavori una grande quantità di attività (Adler, 2004); potrebbero infatti agitarsi molto se viene loro richiesto di lavorare in situazioni eccessivamente monotone o sedentarie. Per molti individui con ADHD l'agitazione si sposta da quella psicomotoria verso un aumento delle attività finalizzate a un obiettivo, diviene un'iperattività cognitiva, un multitasking fisiologico, che porta però al fallimento di tutti i focus accesi.

In alcuni casi l'agitazione sperimentata da alcuni adulti con ADHD può condurre a risultati positivi, consentendo alla persona di

svolgere più lavori contemporaneamente o di occuparsi di più progetti, trasmettendo energia a tutto l'ambiente che li circonda (Weiss et al.,1999). Molti adulti con ADHD si trovano, tuttavia, a dover affrontare numerose "sfide" sui propri posti di lavoro, in quanto impulsività ed iperattività possono avere effetti a cascata anche sul clima lavorativo, e potrebbero spesso essere scambiati per peculiari caratteristiche di personalità.

Tali individui devono, infatti, compiere un grosso sforzo per cercare di rispettare scadenze, organizzare il materiale, assegnare un ordine di importanza ai vari compiti da svolgere e gestire il proprio tempo. Weiss e Hechtman (1999) hanno individuato nella "gestione del tempo" e nella "negligenza" gli ostacoli maggiori che un adulto con ADHD deve affrontare. Ciò può avere a che fare con l'iniziare, il completare e il modificare vari compiti. La processione sintomatologica diviene una limitazione ed una restrizione che impedisce il pieno adattamento.

Gli effetti sul piano emotivo riguardano invece principalmente le difficoltà ad auto-regolarsi e la sensazione di essere "travolti" o fuori controllo (Nadeau, 2005). Così come la disattenzione può recare maggiori difficoltà agli adulti con ADHD rispetto ai bambini, anche i sintomi di impulsività possono provocare conseguenze maggiori negli adulti che nei più piccoli. Una persona con ADHD potrebbe infatti ritrovarsi a lasciare un lavoro o interrompere una relazione di propria iniziativa, improvvisamente contro il proprio interesse.

Autori come Weiss (1999) individuarono, come aspetti sintomatici fondamentali negli

adulti, la "negligenza", un "senso persistente di fallimento", una "scarsa capacità di gestione del tempo" e la "tendenza a intraprendere più attività contemporaneamente". Difficoltà di pianificazione ed auto organizzazione, deficit inibitori, sensazione di agitazione ed irrequietezza, possono apparire facilmente eccitabili e spericolati, ma talvolta possono anche essere ipo attivi, lenti, quasi letargici, "con la testa tra le nuvole" tipo *sluggish*.

Sono però quasi sempre presenti nella maggioranza dei casi pregresse difficoltà scolastiche, difficoltà relazionali e criticità lavorative. Le problematiche sociali specie in soggetti contrassegnati da iperattività si manifestano con l'insofferenza alle regole, incapacità nell'attesa e nel rispetto dei turni, e alle volte criticità nel cogliere i pensieri ed gli stati d'animo altrui. I soggetti per lo più a disattenzione predominante possono sembrare passivi, riservati, estremamente disinteressati e finanche poco empatici.

La presenza dello spectrum disorder ADHD nell'adulto è sottovalutato, sia per l'ingenuo retaggio che passa con l'età, sia per una sorta di offuscamento diagnostico causato da quei disturbi che siamo più soliti diagnosticare nell'età adulta, così la comorbidità finisce per adombrare la diagnosi primaria di ADHD. La co-occorrenza sia etero tipica che ipso tipica dell'ADHD finisce delle volte per creare confini labili, e spesso confusi, ma l'ADHD come molti disordini del neuro sviluppo ha una forte tendenza alla sovrapposizione.

La classica iperattività motoria negli adulti può essere sostituita da un sensazione

soggettiva di irrequietezza o continua tensione, il deficit di attenzione riguarda maggiormente l'attenzione sostenuta con fenomeni di start attentivo ritardato e mancato focus sui dettagli, con relative difficoltà nell'adattamento quotidiano nelle aree sia interpersonali che lavorative. La variazione sintomatologica nella prospettiva life-span può far pensare a differenti profili cognitivi e comportamentali in base anche al principale deficit attentivo.

Senza voler richiamare i criteri diagnostici dei vari DSM, vale però la pena ricordare che la precedente tripartizione in sottotipi del DSM IV, viene eliminata dal DSM 5, il quale non parla di stabili sottotipi ma di manifestazioni preponderanti. Tale passaggio non è una mera questione terminologica, ma una differenza nosologica nella comprensione del disturbo, di fatti il DSM IV ascrive ADHD ai disturbi del comportamento dirompente in un unico capitolo, mentre il DSM 5 pone l'ADHD tra i disturbi, o meglio i disordini del neurosviluppo.

La distinzione tripartitaria pone alcune criticità relative all'instabilità evolutiva dei profili e alla riposte al trattamento, Diamond sottolinea che l'ADHD senza iperattività, è una locuzione imbarazzante che rischia di comprimere l'ADHD in una *scatola che non le appartiene*. Per l'autore l'acronimo ADHD dovrebbe essere utilizzato solo quando è presente l'iperattività, come l'acronimo stesso suggerisce, deponendo per le forme inattentive o disattente l'inserimento in sindromi disesecutive ad esordio nell'infanzia.

L'approccio del DSM pone talune critiche circa l'incompletezza e scarsa applicazione dei corredi sintomatologici all'età adulta. Ad avviso di autori come Miloch, Heiligenstein e lo stesso Barkley non vengono riportati sintomi cardine per gli adulti quali la tendenza a procrastinare, l'iper reattività, l'intolleranza all'attesa ed alle frustrazioni, la difficoltà a gestire il tempo e la bassa motivazione, inoltre manca una specificazione differenziale tra i primariamente disattenti e i cosiddetti tempo cognitivo lento, *sluggish*.

Nell'assumere la prospettiva life span la quinta edizione del DSM, articola la diagnosi su due parametri disattenzione e/o iperattività ed impulsività persistenti che interferiscono con il funzionamento e lo sviluppo, cambia il peso attribuito nell'arco di vita ai vari sintomi, declinando in età adulta la compromissione circa il funzionamento e l'adattamento sociale e lavorativo, tale viraggio però non è corroborato da una descrizione di sintomi adeguati ed appropriati adatti all'età adulta,, mancando di una descrizione fenomenologica comportamentale e neuropsicologica

Rispetto le versioni precedenti, l'attuale DSM, cambia sia il criterio dell'età di insorgenza, sia il criterio numerologico dei sintomi presenti. Passa dai prima dei sette anni a prima dei 12 anni e fino ai 17 anni; prima dei 17 anni richiede la presenza di 6 sintomi in ogni dominio dopo i 17 di 5 sintomi. Tuttavia nonostante la pubblicazione del manuale diagnostico 0-5, non c'è alcun cenno agli esordi precoci e agli aspetti toddler. Lo spostamento della soglia d'età

tiene conto della diversa fenomenologia diagnostica

Lo spostamento della soglia dopo 17 tiene conto che con l'età il numero di sintomi può ridursi, tuttavia c'è chi ritiene che il cut-off dopo i 17 anni possa essere ridotto a 4 sintomi in presenza di una storia clinica di significativa compatibilità ( Soltano 2012, Kooij 2005). Tenendo conto che i sintomi possono ridursi e che menomazioni, limitazioni e restrizioni continuano ad essere presenti. Coerente con l'ultimo DSM è l'ICD 11 che abbandona il termine disturbo ipercinetico accogliendo età di esordio e manifestazione del DSM 5.

Oltre le questioni nosografiche, il disturbo, può essere declinato con una configurazione a due vie, i sintomi di disattenzione legati alle funzioni esecutive ( Pennigton, Nigg) e i sintomi di iperattività/impulsività legati al risk decision marketing ( Toplan, Tannok). La sfida è comprendere la tendenza alla sovrapposizione e la separabilità delle due vie, aprendo una terza via, un fattore disattentivo, uno impulsivo-iperattivo ed un fattore generale che spiega la trans - covariazione in entrambi i domini (Tolpak 2009).

Tali componenti possono portare, o meglio quasi sempre portano manifestazioni eterogenee dello stesso disturbo, ne consegue che l'espressione fenotipica è così estremamente variabile sia livello trasversale inter diagnostico che a livello trasversale temporale intra personale. Ad una analisi ancor più dettagliata si potrebbe suddividere la via di iper attività-impulsività in sentieri verbali e motori ognuno con un proprio

corredo sintomatologico segnato dal mancato rispetto delle regole del contesto, da scarsa empatia, e da inadeguatezza situazionale.

Ritenendo l'ADHD un disturbo dello spettro, ad un estremo abbiamo gli alti funzionamenti, in grado di affrontare le sfide evolutive e quotidiane, nonostante la tendenza alla disorganizzazione, l'irrequietezza la propensione all'impulsività cognitiva, all'altro estremo troviamo e persone con un basso funzionamento, che hanno notevoli difficoltà di adattamento, nell'autocontrollo e nel mantenere le relazioni; questi possono straripare facilmente nelle dipendenze o in disturbi della condotta. Ad influire oltre la genetica e le comorbilità vi è la tempestività dei trattamenti multimodali.

Dalla letteratura emerge il lento trasformarsi dell'iperattività, con la sua tendenza a diventare socialmente meno evidente, da qui l'indicazione del DSM 5 ad un numero inferiori di sintomi e a non limitarsi a constatare la manifestazione percettibile, l'iperinesia visibile prototipica dell'età evolutiva, ma ad indagare la sensazione soggettiva di irrequietezza ed agitazione, magari allargando la fonte clinica alle persone di riferimento, familiari di origine, consultazione di vecchie pagelle, eventualmente partner.

L'iperattività diventa difficoltà a dilazionare l'attesa, impulsività cognitiva o anche particolare incapacità a cogliere i dettagli. Può sussistere la tendenza a sport estremi o condotte sportive estreme, che possono arrecare una sensazione di sollievo,

nonostante l'intensità degli allenamenti può portare ad ulteriori complicazioni. L'iperattività può manifestarsi come iper verbosità, opacità sematico-pragmatiche, difficoltà metalinguistiche alte, fino a difficoltà nella regolazione prosodica e prossemica, che possono peggiorare la sensazione di inadeguatezza e inaccettazione.

L'iperattività fisica, diventa iperattività mentale con relativa difficoltà a stare tranquilli, tale iperattività può essere socialmente accettabile con una sorta di sfrenato multitasking oppure può prendere le sembianze della stanca procrastinazione, cioè cominciare mille cose e non portarne nessuna a termine, nel tentativo di ricorrere le novità nel solco della *sensation seeker*. All'estremo può trovarsi l'ipoattività, percepita dall'esterno come distacco, disinteresse e passività. Tali soggetti sembrerebbero, assenti, persi, e potrebbero avere scompensi nei network più temporali.

Il termine disattenzione non deve far cadere nell'equivoco di deficit di attenzione, ma si ascrive ad un'alterazione del sistema e del controllo attentivo, alterazioni in selezione precoce o posticipata, ritmo attentivo e problematicità nel mantenere l'attenzione sostenuta con facile labilità, dovuta a criticità di inibizione. La compromissione attentiva implica intimamente un deficit nel costrutto dell'inibizione, con ricadute sulla pianificazione, sulla capacità decisionale e sulla capacità di goal setting, il discontrollo inibitorio riguarda non solo gli stimoli estremi ma anche quelli interni.

Il termine disturbo da deficit di attenzione è dunque un termine ombrello, che rimanda a

differenti circuiti attentivi, va tenuta in considerazione che i test neuropsicologici difficilmente possono cogliere tutte le sfumature delle difficoltà del controllo attentiv-esecutivo, in quanto la validità ecologica può non rendere giustizia alla complessità dell'ambiente esterno reale, semplificando così la complessità valutativa con il rischio di sottovalutare alcune disfunzioni a causa dell'inadeguatezza di taluni strumenti, creando un effetto testogeno che porta alla sotto diagnosi.

Mentre iperattività ed impulsività tendono a ridursi la disattenzione persiste, e diventa un discontrollo attentivo, ossia un'attenzione vulnerabile e particolarmente dipendente dalle fonti attrattive sia interne che esterne, nonostante la maturazione cerebrale delle aree frontali, subentrano difficoltà di autoregolazione che modificano l'espressione della disattenzione mediante un deficit di inibizione ( Wolraich 2005). Tale deficit di inibizione rende ulteriormente estremamente variabile l'espressione fenotipica e temporale, imponendo una dipendenza situazionale-contestuale

Nella vita l'adulto la disattenzione può manifestarsi sia come residui deficit negli apprendimenti che come difficoltà a focalizzarsi su dettagli, capacità organizzative, puntualità, mantenere gli obiettivi e rispettare le priorità. Ma il mancato controllo può portare anche a fenomeni pseudo ossessivi e di ostinazione. Indicatore comune della disattenzione è la tendenza ad abbandonare, a procrastinare, a non fare più, ad essere disorganizzati. Il sistema maggiormente deficitario appare tuttavia ancora l'attenzione

sostenuta con ripercussioni sulla memoria di lavoro (Nigg 2005)

La sensazione di essere catturati da altre fonti rappresenta il deficit di inibizione, che non si limita agli stimoli esterni ma riguarda anche gli stimoli interni, difficoltà a bloccare i pensieri irrilevanti rispetto alle attività, con secondario deficit di updating e confusione decisionale, dando la sensazione di essere sulle nuvole, avulsi dal contesto, persi nelle fantasie, incapaci di gestire quanto gli avviene intorno. Tale sintomo può avere ampie ricadute specie in ambito lavorativo, e familiare con possibili conflitti secondari alle dimenticanze.

All'estremo della disattenzione troviamo fenomeni di iperfocusing, facilmente confondibili con delle ossessioni. In realtà il soggetto non riesce a staccare, a shiftare la sua attenzione dalle fonti di interesse che lo catturano e lo gratificano (Brown 2006). L'apparente contraddizione della dell'iperfocusing, amplia la declinazione delle difficoltà del sistema attentivo, tale deficit sembra essere stabile nell'arco di vita, creando quadri pseudo-ossessivi con profonde difficoltà di switch e controllo attentivo anteriore.

L'impulsività si declina anch'essa come costruito multimodale che comprende l'incapacità di attendere, il disinteresse per le conseguenze, la scarsa pianificazione delle proprie azioni. Core deficit è l'incapacità ad inibire, ad inibire comportamenti in questo cluster. Come per gli altri core sintomatologici anche l'impulsività tende a diminuire ed a trasformarsi, avendo comunque pianti ricadute interpersonali e

sociali. Tale impulsività potrebbe essere alla base anche di una condotta economica disregolata che porterebbe poi a forme di ludopatia.

Possono ricorrere comportamenti di *sensation seeking*, per cui il soggetto necessita di costante eccitazione, con ricerca di nuovi stimoli, compiendo talune volte atti spericolati, come guida pericolosa, azzardi finanziari, alimentazione incontrollata, abuso di alcolici, alla ricerca dell'immediata gratificazione. Tali condotte sono legate all'incapacità di inibizione, che interessano differenti neuro trasmettitori, dopamina e noradrenalina, delineando così endofenotipi estesi ed eterogenei.

Anche se manca come criterio diagnostico cardine, la disregolazione emotiva, appare un elemento clinico di rilievo, un tratto tipico ricorrente, che impedisce la flessibilità e la consapevolezza nel raggiungimento dei propri scopi. La disregolazione può manifestarsi come facile irritabilità, difficoltà nel gestire la rabbia, conflitti, contrapposizione e collaborazione, intolleranza alle frustrazioni. La complessità multidimensionale e multi sistemica delle componenti regolatrici includono molteplici processi neurobiologici, che coordinano la regolarità adattiva.

In comune a tale tratto c'è il *mind wandering*, il vagare con la mente. Tale tratto non rientra nel corredo sintomatologico dei manuali diagnostici ufficiali, ma ha una affinità con "pensieri incongrui". Il vagare può essere rintracciato in due forme, una costituita da pensieri autogenerati, interni ed intenzionali, una seconda che insorge

spontaneamente e può interferire con lo svolgimento di compiti. Negli ADHD rappresenta l'inattivazione del controllo, comportando cadute osservabili in contesti scolastici e lavorativo-relazionali.

La letteratura evidenzia due modalità differenti di mind wandering, una tipica di forme depressive caratterizzata da fissità del pensiero, elaborazione eccessiva di negatività e difficoltà a sganciarsi da aspetti negativi, la seconda include variabilità di contenuti, pensieri non congrui al tempo, “lampi” brevi poco focalizzati, privi di schemi ripetitivi e vulnerabili agli aspetti ambientali. Questi aspetti sono tipici dello spettro ADHD. La mancata consapevolezza di tale fenomeno ostacola i tentativi di autoregolazione ed alimenta le conseguenze negative.

È necessario che il clinico abbia presente la complessità dell'ADHD, un disturbo non formato da una singola entità, non ben rappresentato dalle manifestazioni designate dagli attuali manuali diagnostici, ma un disturbo spettro, che influisce sulle prestazioni accademiche prima, lavorative poi, e che costantemente può minare l'adattamento sociale. Per migliorare l'accuratezza diagnostica, oltre a servirsi di scale, test, questionari è bene approfondire la biografia del soggetto tenendo ben presente tutte le sfaccettature del disturbo.

Il padre con cui abbiamo cominciato il nostro viaggio nel crescere con l'ADHD (quello uguale al figlio) non è stato diagnostico in età evolutiva è stato diagnostico, tardi, molto tardi, quando già il figlio era stato diagnostico ADHD. Come sarebbe stata la

vita di quest'uomo? quanti fallimenti, quanti problem relazionali e scolastici? Quante sofferenze avrebbero potuto avere un nome, e da questo nome potevano discendere trattamenti mirati, training specifici, coaching ecologici. Alla fine non è mai troppo tardi per ricevere una diagnosi. Facciamo più attenzione al deficit di attenzione.

### Bibliografia

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5).

Boonstra AM, Oosterlaan J, Sergeant JA, Buitelaar JK. Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. *Psychol Med.* 2005;35(8):1097–108.

Brown TE (2006) Attention deficit disorder, The unfocused mind in the children and adults. New Haven,CT Yale University Press

Dickstein SG, Bannon K, Castellanos FX, Milham MP. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(10):1051–62.

Distel, M.A., Carlier, A., Middeldorp, C.M., Derom, C.A., Lubke, G.H., Boomsma, D.I., 2011. Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 156B (7), 817–825.

D.Dragone, R.Ghiaccio ADHD e coerenza centrale nei giovani adulti, Atti del congresso AIRIPA, Arezzo, 2018

Katzman MA, Bilkey T, Chokka P, Fallu A, Klassen L. Re: is adult attention deficit/hyperactivity disorder being overdiagnosed? *Can J Psychiatr* 2016;61(1):60–1.

Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2010;124(1–2):1–8

Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations.

*Curr Drug Abuse Rev*. 2012;5(3):190–8. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010;2(4):241–55.

McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009; 5:137–50.

Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*. 1999;29(03):515–25.

Miller, C.J., Flory, J.D., Miller, S.R., Harty, S.C., Newcorn, J.H., Halperin, J.A., 2008. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in

adolescence: a prospective follow-up study. *J. Clin. Psychiatr*. 69,1477–1484.

Nigg JT, [Temperament and developmental psychopathology](#). *Child Psychol Psychiatry* vol 47 pp 395-422

Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data

Olsen JL, Reimherr FW, Marchant BK, Wender PH, Robison RJ. The effect of personality disorder symptoms on response to treatment with methylphenidate transdermal system in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2012;14(5). doi:10.4088/PCC.12m01344.

Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans TA, Wender PH. Types of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 2015;7:115–28.

Robison RJ, Reimherr FW, Gale PD, Marchant BK, Williams ED, Soni P, et al. Personality disorders in ADHD part 2: the effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with OROS methylphenidate in adults with ADHD. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(2):94–102.

Sagvolden T, Aase H, Zeiner P, Berger D. Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Brain Res*. 1998;94(1):61–71.

Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature. *J Atten Disord.* 2006;10(2):141–9.

Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2009;194(3):204–11.

Sternat T, Lodzinski A, Katzman MA. Hedonic tone: a bridge between the psychobiology of depression and its comorbidities. *J Depress Anxiety.* 2014; 3:147.

Toplak ME, et, Tannock R (2009) Executive functions: performance-based measures and the behavior rating inventory of executive function (BRIEF) in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *Child Neuropsychology* vol 15 pp 53-72

Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(11):1776–84.

Wolraich ML, Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications, *Pediatric J.*, 115 (6) 1734-1746

## **Le comunità virtuali quali risorse per i rapporti sociali durante l’Emergenza Sanitaria COVID-19**

di *Francesca Dicé*

Negli ultimi mesi, l’emergenza legata alla pandemia da COVID-19 ha comportato, com’è noto, un’importante compromissione dei rapporti sociali, con notevoli costi sul piano piano psichico, L’isolamento forzato, infatti, insieme ai molteplici vissuti di angoscia legati alle preoccupazioni per la pandemia (soprattutto sanitarie ed economiche), ha contribuito a generare quella che l’OMS ha descritto come *pandemic fatigue* (WHO, 2020; Coffey et al., 2020; Niemi et al., 2020). Si tratta di una serie di sintomi psicologici ascrivibili a stati di ansia, agitazione, umore basso, rabbia, triste ed irrequietezza (WHO, 2020), naturalmente aggravati dalla mancanza di socialità, alla quale la maggior parte delle persone (in particolare gli adolescenti) hanno tentato di rimediare ricorrendo a canali di comunicazione multimediale.

E’ opinione diffusa che essi, nonostante siano utili ad agevolare l’interazione fra persone lontane, difficilmente possono garantire anche lo scambio delle dinamiche affettive che veicolano le loro relazioni. Ciò non è sempre vero: nel corso degli ultimi anni, infatti, si sono largamente diffuse le comunità virtuali (Reid, 1991; Dicé, 2016), composte principalmente da adolescenti e giovani interessati ad uno specifico argomento. Esse sono un fenomeno assai dilagante, grazie al quale gli utenti interagiscono tra loro attraverso forum, Social Network o i programmi di messaggistica istantanea. Ormai non si può più negare che questo

tipo di interazioni costituisca una vera e propria rete sociale (Tosoni 2004; Kang et al, 2013; Huxhold et al, 2013; Stuart et al., 2012), alla quale si può partecipare avvalendosi della propria identità reale o ricorrendo a degli pseudonimi (nickname) e ad immagini di riferimento (avatar), evitando, potenzialmente, ogni collegamento con la realtà fisica dei partecipanti (Tosoni 2004; Kang, 2013; Dicé, 2016). La possibilità di costruire una nuova identità in ambito virtuale trova spesso una declinazione nella partecipazione, soprattutto da parte degli adolescenti, alle piattaforme virtuali che ospitano gli scenari dedicati ai giochi di ruolo (Tosoni 2004; Park et al., 2011; King et al. 2013), in cui i giocatori assumono l’identità di un personaggio, in un’ambientazione narrativa, che può ispirarsi ad un romanzo, ad un film, ad una qualsiasi fonte creativa, storica o di pura invenzione (Grouling 2010; Sacco, 2010; Schick, 1991; Tyhsen, 2006; Dicé, 2016).

In passato, l’uso massivo di queste comunità virtuali hanno destato grande preoccupazione nella comunità scientifica, poiché indubbiamente agevolavano la tendenza all’evitamento dell’esperienza sociale da parte dei soggetti a rischio. Durante la crisi pandemica, invece, tali comunità si sono rivelate l’unica possibilità di mantenimento (o addirittura di creazione) di relazioni sociali e, talvolta, anche affettive; il gioco di ruolo online, invece, si è rivelato l’unica possibilità di ricorrere a modelli identificativi ai quali puntare, attingendo a personaggi della letteratura o del cinema, contribuendo così allo sviluppo della loro identità adulta.

Credo che queste questioni siano molto importanti per la nostra professione. Il lavoro psicologico infatti, soprattutto quello con gli adolescenti, può sempre più guardare a queste esperienze sociali con apertura ed interesse, considerando lo spazio virtuale come una possibilità (in mancanza di altro) di usufruire di uno spazio prossimale in cui crescere ed evolversi. I ragazzi vanno sicuramente guidati nel comprenderne limiti e risorse per la loro salute psichica, ma senza indugiare in atteggiamenti valutativi che rischierebbero di solo allontanare l'incontro clinico. È infatti possibile che tali tipologie di interazione possano perpetuare, magari in maniera predominante, nei primi tempi successivi la fine dell'emergenza pandemica, e che il ritorno alle relazioni sociali in presenza possa necessitare di un fisiologico tempo di riadeguamento prima di verificarsi nella sua interezza.

Credo anche che sia fondamentale sostenere i genitori nella gestione delle loro giuste preoccupazioni per questi comportamenti, in particolare per le interazioni con persone sconosciute ed il talvolta prolungato indugiare davanti ai dispositivi elettronici. Il loro comprensivo monitoraggio non può risolversi in controlli invasivi ed autoritari (requisizione del dispositivo, accesso di nascosto agli account) che rischiano di causare solo l'insorgenza di dinamiche conflittuali che minino dolorosamente alla relazione familiare.

È opportuno che tali comportamenti vengano adeguatamente monitorati dal mondo adulto poiché, in presenza di condizioni emozionali delicate o strutture di personalità fragili, possano degenerare in stati psicopatologici o, comunque,

poco utili al benessere psichico e sociale dell'adolescente. Sarebbe importante però porsi in una posizione di ascolto e di osservazione, al fine di identificare l'effettiva connessione dei rapporti virtuali ad eventuali segnali di disagio emotivo dei ragazzi.

È fondamentale inoltre, per noi psicologi, creare approfonditi spazi di scambio dialogico su di essi al fine di stemperare la presenza di preoccupazioni esclusivamente dovute ad una mancanza di comprensione delle nuove realtà relazionali degli adolescenti (Dicé, 2016).

### **Bibliografia.**

Coffey C.S., MacDonald B.V., Shahrivini, B. et al. (2020). Student Perspectives on Remote Medical Education in Clinical Core Clerkships During the COVID-19 Pandemic. *Med.Sci.Educ.* <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01114-9>

Dicé F. (2016). Una vita in rete. Storie di giovani su internet. In: Blasi R., Spazi per adolescenti. Una raccolta di esperienze di operatori dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord. Casalnuovo di Napoli: IOD Edizioni. ISBN: 9788899392093

Grouling J. (2010), *The Creation of Narrative in Tabletop Role-Playing Games*, McFarland & Company, ISBN 978-0-7864-4451-9.

Huxhold O., Fiori FL, Windsor TD (2013), The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and aging*, online on [psycnet.apa.org](http://psycnet.apa.org)

Kang R., Brown S., Kiesler (2013)., Why do people seek anonymity on the Internet? Informing policy and design. CHI'13, Paris, France.

King E. M. (2013), *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games: A Potential Model of CSCL@Work*. Computer-Supported Collaborative Learning Series Volume 14, pp 205-224.

Niemi H.M. & Kousa P. (2020). A Case Study of Students' and Teachers' Perceptions in a Finnish High School during the COVID Pandemic, *International Journal of Technology in Education and Science*, 4(4):352-369. <https://doi.org/10.46328/ijtes.v4i4.167>

Park SB., Chiung N. (2011), Mediating roles of self-presentation desire in online game community commitment and trust behavior of Massive Multiplayer Online Role-Playing Games. *Computers in Human Behavior*, Volume 27, Issue 6, 2372–2379.

Reid E. R. (1991), *Electropolis: communication and community on internet relay chat Melbourne*, Doctorate Thesis, Department of History, University of Melbourne.

Sacco C.A. (2010), *Mondi Eroici 2011 – Guida al Collezionismo di Giochi di Ruolo in Italia*, Genova, Wild Boar Edizioni, ISBN 978-88-95186-30-6.

Schick L. (1991), *Heroic Worlds: A History and Guide to Role-Playing Games*, New York, Prometheus Books, ISBN 978-0-87975-653-6.

Stuart HC., Dabbish L., Kiesler S., Kinnaird P., Kang R. (2012), Social transparency in networked information exchange: a framework and research question, CSCW'12, February 11–15, 2012, Seattle, Washington, USA.

Tosoni S. (2006), *Identità virtuali: Comunicazione mediata da computer e processi di costruzione dell'identità personale*, Franco Angeli, Milano.

Tychsen A (2006), *Role Playing Games – Comparative Analysis Across Two Media Platforms*, IE '06 Proceedings of the 3rd Australasian conference on Interactive entertainment, Australia, Murdoch University, pp. 75–82.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). *Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy considerations for Member States in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

## **Conseguenze psicologiche e relazionali derivate dal lockdown nelle famiglie con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico.**

*di Emanuele Mingione*

**Keywords:** Terapia familiare, Covid-19, Autismo

### **ABSTRACT**

Il presente lavoro è una breve sintesi dell'intervento di sostegno psicologico e presa in carico genitoriale delle famiglie con minori con Disturbo dello Spettro Autistico, che si è svolto durante lo stato di emergenza COVID-19 e si svolge ancora attualmente, mediante colloquio ai genitori da remoto, realizzato dall'equipe multidisciplinare(1) del Nucleo di II Livello di NPIA del Distretto 12 dell'ASL CE per ogni singolo paziente.

Tali genitori risultano maggiormente esposti allo stress gestionale del minore o ad un senso di "abbandono" in una situazione di emergenza come quella del lockdown. Infatti, la rottura della routine quotidiana, dettata dagli impegni scolastici, riabilitativi e abilitativi dei figli, causata dalla chiusura delle scuole e dalla sospensione dei trattamenti o delle attività ricreative-sportive, ha comportato, e comporta, il sorgere di tutta una serie di criticità che vede gli stessi genitori impegnati in prima linea e non sempre del tutto equipaggiati.

### **Introduzione**

Lockdown è una parola inglese che si può tradurre in italiano con il termine isolamento, ma anche con quello di blocco. In periodi difficili, come in caso di situazioni sanitarie emergenziali, il lockdown è inteso come

l'impedimento temporaneo di entrare e uscire da una specifica zona, o come il blocco di tutte le attività considerate di secondaria importanza per la società. Lo stato di "quarantena di massa", in via precauzionale, è spesso un'esperienza spiacevole per coloro che la subiscono. Diverse ricerche internazionali effettuate su precedenti epidemie, come quelle della SARS in Asia e Canada del 2003 o del virus Ebola in Africa del 2014, hanno evidenziato gli effetti negativi da un punto di vista psicoemotivo sulla popolazione costretta alla quarantena forzata. La separazione dai propri cari, la perdita di libertà, l'incertezza sullo stato della malattia e la noia possono, a volte, creare effetti drammatici. Sono stati riportati casi di suicidio(2), depressione, esplosioni di rabbia e violenza(3). Da uno studio del 2013 Sprang e Silman(4) hanno confrontato i sintomi di stress post-traumatico in genitori e bambini messi in quarantena con un gruppo di controllo non in quarantena. Da tale ricerca è emerso che i punteggi medi di stress post-traumatico erano quattro volte più alti nei bambini che erano stati messi in quarantena rispetto a quelli che non erano in quarantena. Inoltre, il 28% (27 su 98) dei genitori messi in quarantena in questo studio ha riportato sintomi che giustificavano una diagnosi di un disturbo di salute mentale correlato al trauma, rispetto al 6% (17 di 299) dei genitori che non sono stati messi in quarantena. In un recente articolo pubblicato da Brooks e collaboratori (5) del Department of Psychological Medicine del King's College di Londra è stato sottolineato quanto sia importante una corretta informazione ai cittadini in quarantena per far comprendere bene la situazione, evidenziando l'importanza della scelta di autoisolamento al fine di ridurre l'impatto del contagio. Nello stesso lavoro sono stati evidenziati come fattori di stress: la durata della quarantena, la paura di essere contagiati o di contagiare i propri cari, la frustrazione e la noia derivate

dalla restrizione coatta, le forniture inadeguate, sia a livello sanitario sia per quanto riguarda i generi alimentari, e una cattiva informazione dovuta ad una mancanza di linee guida precise da seguire. Ancora, diversi studi hanno evidenziato che la perdita finanziaria a causa della quarantena ha creato un grave disagio socioeconomico(6) e che la mancanza di una solida base economica in famiglia ha costituito un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi di disturbi psicologici(7) anche diversi mesi dopo la quarantena stessa. (8) Potenzialmente correlati alla perdita finanziaria, i partecipanti con un reddito familiare annuo combinato inferiore hanno mostrato quantità significativamente più elevate di stress post-traumatico e sintomi depressivi. Questi sintomi sono probabilmente dovuti al fatto che quelli con redditi più bassi avevano maggiori probabilità di essere colpiti dalla perdita temporanea di reddito rispetto a quelli con redditi più alti.(9)

### **Aspetti psicologici e relazionali**

Lo stress individuale in stato di quarantena forzata si riflette e viene riflesso sulle relazioni interpersonali, in primis in famiglia. Le famiglie italiane in seguito al DPCM del 9 marzo 2020 hanno dovuto confrontarsi con una riorganizzazione dei propri equilibri relazionali da un punto di vista psicoemotivo, funzionale e gestionale. Lo stare, all'improvviso, "tutti in casa", con la conseguente rimodulazione della quotidianità personale e familiare e il non sapere la durata dell'emergenza COVID 19, con il conseguente lockdown, genera un forte senso di stress ed ansia, richiedendo ad ogni singolo membro una fase di adattamento al cambiamento dei propri ritmi e dei propri spazi vitali. La sospensione del lavoro, la modalità smart working e in alcuni casi la cassaintegrazione o la perdita del lavoro da un lato, e la chiusura delle scuole, delle

attività ludico-ricreative-sportive dall'altro, costringono tutti i componenti della famiglia a dover rinunciare alla propria routine e a dare, soprattutto psicologicamente, un nuovo senso alla propria giornata. Alla coattività consegue un aumento in positivo o in negativo dei vissuti personali, in base alle emozioni provate, ma anche una criticità, intesa come rafforzamento o come inasprimento, delle relazioni interpersonali. Ad esempio, una persona serena può vivere questa "sospensione" come un tempo per dedicarsi ad altro o ai propri cari ma per contro chi è triste può provare maggiore sofferenza o negatività, così come i conflitti coniugali o intergenerazionali, già presenti, si possono esasperare, portando ad escalation simmetriche difficili da disinnescare. Secondo le teorie sistemico-relazionali la famiglia è un sistema aperto ed in continua trasformazione, con una propria evoluzione nel tempo e con un proprio ciclo di vita, durante il quale vengono affrontati specifici compiti di sviluppo.(10) Le famiglie sono unità dinamiche soggette a cambiamenti continui, che possono manifestarsi a diversi livelli strettamente interdipendenti. Nel livello individuale ciascun membro della famiglia evolve, cresce e si trasforma nel tempo, per cui ogni famiglia deve confrontarsi e assecondare le trasformazioni relative allo sviluppo emotivo, cognitivo e fisico dei suoi diversi membri. Il livello interpersonale riguarda il modo con cui le relazioni esistenti tra i vari membri della famiglia evolvono, portando significative modificazioni all'interno del nucleo familiare stesso.(11) Qualsiasi evento diventa rilevante in una famiglia sulla base di come viene percepito e dal significato che viene ad esso attribuito, che è in gran parte correlato alle esperienze personali di tutti e alle credenze e ai valori sociali che sono trasmessi di generazione in generazione nella storia di ogni famiglia.(12)

Il modo in cui una famiglia reagisce a circostanze difficili risulta dall'interazione tra diversi fattori: le dinamiche familiari, la capacità di effettuare una valutazione corretta del problema, le strategie disponibili per affrontarlo, le risorse materiali e i supporti sociali forniti dall'esterno. Famiglie già esposte ad eventi traumatici come perdite premature, divorzi e disabilità fisiche o mentali di un proprio membro risultano in modo particolare maggiormente sensibili e più fragili a crisi, intese come cambiamento, impreviste. Nello specifico del lavoro condotto dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di II livello di Neuropsichiatria Infantile del Distretto 12 dell'ASL CE, le famiglie con figli affetti da Disturbo dello Spettro Autistico risultano maggiormente esposte allo stress gestionale del minore in una situazione di emergenza come quella del lockdown. Tali genitori sono già altamente "messi in discussione" da un punto di vista psicoemotivo, rispetto alle aspettative proprie personali, di coppia e sociali, dalla diagnosi della disabilità di un figlio. Sicuramente la nascita di un figlio disabile, o comunque, il momento della scoperta del disturbo, è un avvenimento esplosivo all'interno del ciclo vitale di una famiglia, tale da produrre un grande "crollo". Quest'ultimo, però, è solo la prima difficoltà davanti alla quale si trovano le famiglie di un bambino disabile. Esistono, infatti, altri momenti cruciali, che spesso coincidono con le tappe importanti della crescita del figlio, che pongono i familiari innanzi a nuovi problemi di adattamento.(13) Nei primi mesi di vita si ha la necessità di rivedere i ruoli all'interno della famiglia, di riformulare i compiti, le responsabilità e le funzioni fra i coniugi, di ridistribuire le risorse economiche e di dover far fronte a tutta una serie di nuove routine per soddisfare le esigenze del nuovo venuto. Finché il bimbo è piccolo l'esperienza del genitore di un figlio disabile non risulta molto dissimile da quello di uno

senza disabilità, per contro, la discrepanza con i coetanei sia in termini di livello evolutivo che in termini di bisogni e interessi, aumenta ovviamente con la crescita anche se in modo diversificato per i vari tipi di disabilità.(14) Come riscontrato in molte indagini sociologiche ed anche dalle sedute telefoniche effettuate dalla equipe multidisciplinare del Distretto 12 dell'ASL CE, molto del lavoro di gestione del figlio disabile viene "delegato" alle madri. Per far fronte alle maggiori responsabilità quotidiane legate all'accudimento del figlio disabile, spesso le madri rinunciano a diverse opportunità di sviluppo individuale, con rinunce rispetto ad ambizioni personali, specialmente in ambito lavorativo e professionale. (15)(16) Tale situazione porterebbe in alcuni casi al manifestarsi di sentimenti di depressione e rabbia, legati anche alla fatica e alle tensioni quotidiane. Inoltre, sembra frequente una caduta del livello di autostima, soprattutto nei casi in cui la maternità costituisce per la donna la fonte principale di autorealizzazione. Alcuni studi hanno evidenziato come le madri di bambini con disabilità intellettiva fossero soggette ad un incremento nel rischio di stress mentale(17) o presentassero un'alta incidenza di sintomi depressivi.(18) Un evento è considerato una fonte di disagio nella misura in cui è percepito dalla persona come eccessivo o intollerabile o in qualche modo al di sopra della sua capacità di affrontarlo e superarlo.(19) Più un evento è improvviso, imprevedibile, con effetti persistenti e con scarse risorse per affrontarlo, maggiore sarà la percezione di scarsa autoefficacia dei soggetti e maggiori saranno i rischi per la loro salute e per il loro benessere fisico e psicologico. Situazioni stressanti per la famiglia possono condurre i genitori a sperimentare distress circa il loro ruolo genitoriale, con conseguenze a medio e lungo termine sulla relazione genitore-bambino e sulla capacità di risposta

costruttiva ai bisogni del minore.(20) I bambini sono vulnerabili così come gli adulti e hanno buone abilità nel fronteggiare situazioni difficili, purché supportati adeguatamente. Le reazioni a eventi traumatici possono essere molteplici, soprattutto nei primi giorni. Non c'è un modo giusto o sbagliato di sentire o di esprimere il dolore e la preoccupazione. Nei momenti di pericolo, i bambini hanno bisogno di ricorrere alle figure di riferimento ma, quando anche queste sono esposte allo stesso evento, i bambini potrebbero perdere sicurezza in qualcuno che fornisca loro rassicurazione. Risulta, quindi, fondamentale che gli adulti possano trovare uno spazio psicologico di aiuto per fronteggiare le proprie normali reazioni da stress e restituire ai figli un'adeguata e funzionale sicurezza emotiva.(21) A tal fine, il Nucleo di Neuropsichiatria Infantile di competenza territoriale, Distretto 12, dell'ASL CE, con la sua équipe Multidisciplinare, a far data dal marzo 2020, ha avviato, allo scopo di garantire le attività assistenziali previste dai LEA, nel pieno rispetto delle direttive emanate per la gestione ed il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, un programma di monitoraggio, sostegno psicologico ed indirizzo psicoeducativo nella gestione delle difficoltà comportamentali rivolto alla famiglia degli utenti attualmente in carico, che si è svolto e si svolge ancora attualmente mediante chiamate telefoniche ai genitori di ogni singolo paziente. Tale servizio ha portato all'attivazione, in tale senso e per tutto il periodo di emergenza, anche di uno sportello di ascolto attivo volto a soddisfare le eventuali richieste telefoniche di sostegno in ingresso. Il servizio è stato attivo i giorni lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 8:00 alle ore 14:30 e il martedì e il giovedì dalle ore 8:00 alle ore 18:00.

In totale sono stati contattati i genitori di 329 bambini, di cui un 80 % di sesso maschile e un 20 % di sesso femminile (Figura 1). Dato che riprova, anche nella popolazione presa in esame, la netta prevalenza per il sesso maschile del disturbo, con un rapporto di circa 4 a 1.(22) Le indagini statistiche sinora effettuate, infatti, hanno dimostrato che l'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, ma che, viceversa, vi è una preponderanza per il sesso, in quanto sembra colpire i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine. (23) (24) L'obiettivo del servizio è stato quello di informare, ascoltare e supportare madri e padri in un momento così critico da un punto di vista sia personale che familiare. In generale, è stato riportato, dalla maggior parte delle figure genitoriali contattate, che lo stato di lockdown ha generato da un lato molta ansia, preoccupazione e il forte timore che la vita così com'era sinora conosciuta ed intesa non sarebbe più ritornata, dall'altro è stato visto come un'opportunità per la famiglia stessa di ritrovarsi e stare insieme, uscendo fuori dai ritmi incalzanti e stressanti della quotidianità. Se da un lato, infatti, tanti hanno dichiarato di sentirsi messi a dura prova soprattutto da un punto di vista emotivo, riferendo di avere iniziato ad avere disturbi del sonno ed in alcuni casi veri e propri episodi di panico, dall'altro, alcuni genitori hanno evidenziato che il ritrovarsi tutti insieme è stata un'occasione per relazionarsi in un modo diverso e nuovo e riprendere una serenità prima soffocata dagli impegni. Naturalmente sulla percezione del momento che si sta vivendo incidono diversi fattori. In primis, le caratteristiche di personalità di ogni singolo individuo, in quanto nelle situazioni di emergenza vi è la tendenza ad accentuare al massimo i propri tratti sia positivi che negativi. Ad esempio, *“Dottore, io sono una persona solare ed abituata ad essere energica, sono forte di natura e se di solito sono una mamma*

gioiosa oggi il mio sorriso è ancora più grande” o, per contro, “Guardi, se prima era nera adesso è piena oscurità”. Molti genitori, inoltre, hanno raccontato di sentirsi estremamente impauriti ma che al contempo provano a trasmettere un velato senso di tranquillità ai propri figli: “Facciamo festa per ogni cosa. La più piccola banalità diventa motivo di entusiasmo, i bambini non devono avvertire il nostro stare male, anche se dentro di noi stiamo morendo”. Oltre alle caratteristiche personali un altro fattore importante sono la struttura familiare, le dinamiche relazionali della famiglia e la sua storia. Nel racconto dei genitori appartenenti a famiglie monogenitoriali o nucleari, con solo il bambino disabile, ad esempio, vi è stata una maggiore tendenza a riportare un certo senso di solitudine ed abbandono rispetto alle narrazioni di chi, invece, aveva presenti in casa più membri adulti come figli o genitori. Famiglie con genitori separati, genitore vedovo o con uno dei genitori fuori regione o comune per motivi di lavoro, hanno espresso il forte disagio di dover far ruotare intorno a loro l'intero equilibrio non potendo far affidamento alle reti parentali o amicali. Famiglie con più bambini, in alcuni casi anche quattro o cinque, hanno riportato, invece, una maggiore difficoltà da un punto di vista di gestione ed organizzazione, sottolineando il peso di averli tutti in casa contemporaneamente. In diverse famiglie, inoltre, sono presenti più figli disabili o gemelli con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.(25) Ancora, rispetto alla presenza di più bambini in casa è stato rilevato il ruolo importante svolto dalla fratria. In particolare, si è riscontrato che in diverse situazioni fratellini o sorelline normotipici hanno svolto il ruolo di “traino”, modello e stimolo per i bambini con autismo, aiutandoli nell'acquisizione di piccole competenze, specialmente durante la condivisione del gioco. Ad esempio, “Mio figlio è contento perché gioca con la sorella

e la sta imitando molto. In questi giorni, vedendo lei farlo, ha iniziato anche lui a mettere a posto i giocattoli nel cesto”. I bambini, interagendo con gli adulti, sono coinvolti in relazioni verticali, caratterizzate da asimmetria, in quanto i partner si trovano su due piani differenti, dal punto di vista sia delle competenze sia della posizione di potere occupata all'interno della relazione. L'adulto, trovandosi in una posizione di “superiorità” fornisce al bambino cure, sostegno, affetto oppure può impartire ordini manifestando un comportamento assertivo. Le relazioni sviluppate con i coetanei sono invece di tipo orizzontale e quindi sono caratterizzate da simmetria, sono di tipo reciproco e finalizzate ad offrire al bambino l'opportunità di apprendere le abilità di cooperazione, competizione, condivisione e assunzione dei ruoli.(26) I genitori durante il colloquio di ascolto hanno anche evidenziato che un altro fattore decisamente importante è stata la dimensione e la funzionalità degli spazi domestici. Infatti, chi ha a sua disposizione giardini, cortili o ambienti ampi ha riferito minore difficoltà nell'impegnare i figli in diverse attività ludiche rispetto a chi vive in piccoli appartamenti. Molti bambini, infatti, hanno avuto modo di poter fare giochi all'aria aperta, eludendo psicologicamente, almeno in parte, il senso di chiusura obbligata dettata dalla quarantena forzata. Per contro, diversi sono stati i racconti di minori “incollati alle finestre”, che hanno vissuto come “prigionieri” lo stare in casa, mostrando anche un forte incremento delle criticità e di comportamenti disfunzionali, legati soprattutto al divieto di uscire imposto dai genitori. Altro punto cardine è la condizione socio-economica. Infatti, famiglie in cui i genitori hanno mantenuto una fonte di guadagno continua, proseguendo il lavoro dal vivo o lavorando in modalità smart working, dichiarano una maggiore serenità nell'affrontare la quotidianità in stato di lockdown, nonostante le difficoltà

nell'organizzare tempi e luoghi per le personali esigenze ed impegni, rispetto alle molteplici situazioni di disoccupazione, lavoro saltuario e cassa integrazione raccontate. In particolare, nei casi di instabilità finanziaria, i genitori hanno mostrato una forte ansia o una prospettiva pessimistica, vincolata ad un significativo ed evidente calo del tono dell'umore, legata al futuro e alla possibilità di non poter più garantire il medesimo tenore di vita a se stessi ed ai figli un domani. Molti genitori, ancora, hanno raccontato il "duro e tenace" compito, da loro svolto, di impegnare i figli con disabilità nel seguire le attività proposte, con la didattica a distanza, dalle insegnanti di sostegno e, in alcuni casi, con gli esercizi suggeriti dai terapisti per proseguire i trattamenti. La principale problematicità riscontrata è il non riconoscimento del ruolo da parte dei bambini ai propri genitori. I genitori sono "cosa altra". In molti casi, i bimbi non si sono mostrati collaborativi, rifiutandosi di svolgere le attività proposte, motivando il loro rifiuto in maniera esplicita con frasi del tipo: "*mamma tu no maestra!*". Naturalmente, questa difficoltà nel farsi "seguire" dai propri figli ha generato forti frustrazioni e mal contento nei genitori. In generale, molti di loro, infatti, hanno dichiarato di sentirsi impauriti rispetto ad eventuali regressioni dei figli e perdite delle acquisizioni raggiunte dovute alla rottura della routine quotidiana legata alla sospensione della scuola, dei trattamenti abilitativi/riabilitativi e delle attività ludico-sportive-ricreative dei figli. Altra forte differenza riscontrata nel corso del servizio di sostegno è rispetto al livello di comprensione del senso di disagio legata, per lo più, all'età del figlio disabile. Dei 363 utenti contattati, un ampio numero rientra nella fascia dei bambini tra i 0 ai 6 anni e tra i 7 ai 13 anni. Genitori di minori autistici più piccoli nutrono "speranze" diverse, alimentate anche, e purtroppo, da tanta

disinformazione rispetto alla patologia, rispetto a chi ha già effettuato un'elaborazione e abbia raggiunto una maggiore consapevolezza ed esperienza delle potenzialità e delle peculiarità del proprio figlio.

### **Conclusioni**

Il lavoro che si è svolto e che si sta svolgendo ha fatto emergere il forte bisogno di trovare per i genitori di minori con il Disturbo dello Spettro Autistico uno spazio di ascolto, in diversi casi attraverso una vera e propria presa in carico terapeutica, in cui poter esprimere ed elaborare i propri vissuti emotivi rispetto alla patologia dei figli, specialmente in un momento così critico come l'emergenza legata al Covid-19. Inoltre, se da un lato è importante fornire loro le giuste informazioni o dare loro un'adeguata formazione con mirate strategie di intervento sulle problematiche comportamentali, dall'altro gli aspetti comunicativi-relazionali all'interno del contesto familiare giocano un ruolo di centrale importanza per la costruzione di un ambiente capace di fornire un adeguato sostegno alla crescita del bambino con tale disabilità. Evidenziare l'importanza del ruolo e rafforzare la funzione genitoriale, nel corso del lavoro di supporto, ha aumentato i livelli di autostima, riducendo il senso di fallimento personale o l'ostinazione disfunzionale a diventare essi stessi terapisti dei propri figli. Cosa confermata anche in un recente studio sui bambini autistici dai cui risultati è stato osservato che gli aspetti di socializzazione e di comunicazione sono migliorati durante il lockdown a seguito dei notevoli stimoli ambientali ricevuti nel contesto familiare, mentre le competenze sono rimaste invariate alla ripresa dei trattamenti di abilitazione-riabilitazione.(27)

## Note

- 1) Luana Sergi, Neuropsichiatra Infantile e Referente del Nucleo di II livello del ASL CE  
Emanuele Mingione, Psicologo-Psicoterapeuta  
Giuseppina D'Angelo, Psicologa (Borsista Progetto Regionale)  
Benedetta De Rosa, Psicologa (Borsista Progetto Regionale)
- (2) Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep* 2015; 9: 547–53.
- (3) Miles SH, Kaci H.: Public health and the politics of fear. 2014. <http://www.bioethics.net/2014/11/kaci-hickox-public-health-and-the-politics-of-fear/> (accessed Jan 31, 2020).
- (4) Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013; 7: 105–10.
- (5) Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. J.: The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence *Lancet* 2020; 395: 912–20
- (6) Pellecchia U., Crestani R., Decroo T., Van den Bergh R, Al-Kourdi Y.: Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 2015; 10: e0143036.
- (7) Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T.: Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol* 2009; 28: 91–100.
- (8) Jeong H, Yim HW, Song Y-J, et al.: Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health* 2016; 38: e2016048.
- (9) Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R.: SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1206–12.
- (10) McGoldrick, M., Carter, E.A. Il ciclo di vita della famiglia, tr. It in Walsh F. (a cura di). *Stili di funzionamento familiare*. Franco Angeli, Milano, 1982.

- (11) Malagoli Togliatti M., Lubrano Lavadera A., “Dinamiche relazionali e Ciclo di vita della famiglia”, Il Mulino, Bologna, 2002.
- (12) Barnes D., *Trasmettere valori. Tre generazioni a confronto*, Unicopli, Milano, 2009.
- (13) Myers B.A.: *Coping with developmental disabilities*. In Capute A.J., Accardo P.J (eds): *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood*, Baltimore, 1991.
- (14) Malizia G., Pignarolo M., *Nuovi equilibri familiari: quando arriva un figlio con disabilità*, [www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it), 2018.
- (15) Harris S.L., Boyle T.D., Fong, P., Gill M.J., Stanger C.: *Family of the developmentally disabled children*. In Wollraich M., Routh D.K. (eds) *Advances in developmental and behavioral pediatrics*, JAI Press Inc., London, 1987.
- (16) Sorrentino A.M.: *Handicap e riabilitazione: una bussola sistemica nell'universo relazionale del bambino handicappato*. NIS, Roma, 1987.
- (17) McConkey R., Truesdale-Kennedy M., Chang M.Y., Jarrah S., Shukri R.: The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a crosscultural study. *International journal of nursing study*, 45, 1, 2008.
- (18) Azar M., Badr L.K.: The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. *Journal of transcultural nursing*, 17, 4., 2006.
- (19) Zimbardo G.: *Psychology and life*. Harper Collins, U.S.A, 1988.
- (20) Kirby D.D.: Parenting Stress and Children's Development: Introduction to the Special Issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115, 2005.
- (21) Associazione EMDR Italia: *Indicazioni per gli adulti*, in [www.psy.it](http://www.psy.it), 2020.
- (22) Militerni R.; *Neuropsichiatria Infantile*, V edizione, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2015.
- (23) Fombonne E.: The prevalence of Autism. *JAMA* 289: 87-9, 2003.
- (24) Yeargin-Allsopp M., Rice C., Karapurkar T., Doernberg N., Boyle C., Murphy C.: Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA* 289: 49-55, 2003.
- (25) Per quel che riguarda la familiarità del disturbo gli studi sui gemelli hanno fornito dati molto suggestivi. In particolare, è stata segnalata una concordanza, fra gemelli monozigoti, variabile dall'86% al 92%. Nei gemelli dizigoti, la concordanza sarebbe di circa il 26%. Nei fratelli non gemelli, invece, l'incidenza sarebbe di circa il 2%, con un rischio 100 volte superiore a quello stimato nella popolazione generale (0,02%).
- (26) Hartup W.W.: *Peer Relations*. In P. Mussen (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4:

Socialization, Personality and social development. New York, 1983.

(27)Sergi L., Mingione E., Ricci M.C., Cavallaro A., Russo F., Operto F.F., Corrivetti G., Froli A.: *Autism, Therapy and COVID-19*, Pediatric Report 2021, 13, 35-44.

## Bibliografia

ASSOCIAZIONE EMDR ITALIA: *Indicazioni per gli adulti*, in [www.psy.it](http://www.psy.it), 2020.

AZAR M., BADR L.K.: *The adaptation of mothers of children with intellectual disability in lebanon*. Journal of transculturalnursing, 17, 4., 2006.

BARBISCH D., KOENIG K.L., SHIH F.Y. *Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola*. Disaster Med Public Health Prep2015; 9: 547–53.

BARNES D., *Trasmettere valori. Tre generazioni a confronto*, Unicopli, Milano, 2009.

BROOKS S. K., WEBSTER R. K., SMITH L. E., WOODLAND L., WESSELY S., GREENBERG N., RUBIN G. J.: *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, Lancet 2020; 395: 912–20.

FOMBONNE E.: *The prevalence of Autism*. JAMA 289: 87-9, 2003.

HARRIS S.L., BOYLE T.D., FONG, P., GILL M.J., STANGER C.: *Family of the developmentally disabled children*. In WOLLRAICH M., ROUTH D.K. (eds) *Advances in developmental and behavioral pediatrics*, JAI Press Inc., London, 1987.

HARTUP W.W.: *Peer Relations*. In MUSSEN P. (eds.), *Handbook of Child*

*Psychology*, vol. 4: Socialization, Personality and social development. New York, 1983.

HAWRYLUCK L, GOLD WL, ROBINSON S, POGORSKI S, GALEA S, STYRA R.: *SARS control and psychological effects of quarantine*, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis 2004; 10: 1206–12.

JEONG H, YIM HW, SONG Y-J: *Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome*. Epidemiol Health2016; 38: e2016048.

KIRBY D.D.: *Parenting Stress and Children's Development: Introduction to the Special Issue*. Infant and Child Development , 14, 111-115, 2005.

MALAGOLI TOGLIATTI M., LUBRANO LAVADERA A., *“Dinamiche relazionali e Ciclo di vita della famiglia”*, Il Mulino, Bologna, 2002.

MALIZIA G., PIGNAROLO M., *Nuovi equilibri familiari: quando arriva un figlio con disabilità*, [www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it), 2018.

MCCONKEY R., TRUESDALE-KENNEDY M., CHANG M.Y., JARRAH S., SHUKRI R.: *The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a crosscultural study*. International journal of nursing study, 45, 1, 2008.

MCGOLDRICK, M., CARTER, E.A.: *Il ciclo di vita della famiglia*, tr. It in WALSH F. (a cura di). *Stili di funzionamento familiare*. Franco Angeli, Milano, 1982.

MIHASHI M, OTSUBO Y, YINJUAN X, NAGATOMI K, HOSHIKO M, ISHITAKE T.: *Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak*. Health Psychol 2009; 28: 91–100.

MILES SH. KACI H.: *Public health and the politics of fear*. 2014. [www.bioethics.net](http://www.bioethics.net)

MILITERNI R.; *Neuropsichiatria Infantile*, V edizione, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2015.

MYERS B.A.: *Coping with developmental disabilities*. In CAPUTE A.J., ACCARDO P.J (eds): *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood*, Baltimore, 1991.

PELLECCHIA U., CRESTANI R., DECROO T., VAN DEN BERGH R., AL-KOURDI Y.: *Social consequences of Ebola containment measures in Liberia*, PLoS One 2015; 10: e0143036.

SERGI L., MINGIONE E., RICCI M.C., CAVALLARO A., RUSSO F., OPERTO F.F., CORRIVETTI G., FROLLI A.: *Autism, Therapy and COVID-19*, Pediatric Report 2021, 13, 35-44.

SORRENTINO A.M.: *Handicap e riabilitazione: una bussola sistemica nell'universo relazionale del bambino handicappato*. NIS, Roma, 1987.

SPRANG G, SILMAN M.: *Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters*. Disaster Med Public Health Prep 2013; 7: 105–10.

YEARGIN-ALLSOPP M., RICE C., KARAPURKAR T., DOERNBERG N., BOYLE C., MURPHY C.: *Prevalence of autism in a US metropolitan area*. JAMA 289: 49-55, 2003.

ZIMBARDO G.: *Psychology and life*. Harper Collins, U.S.A, 1988.

## LO PSICOLOGO NELLA SCUOLA “INCLUSIVA”

di *Monica Gianfico*

### Meta description

Nella scuola italiana gli alunni con Bisogni Educativi Speciali sono in aumento ed emerge la necessità della presenza costante della figura dello **Psicologo** che promuova l’Inclusione Scolastica.

L’Articolo 1 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 definisce la figura dello psicologo come professione che “comprende l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità”. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”.

Inoltre, in base al Codice Deontologico, ha il dovere di accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell’individuo, del gruppo e della comunità”. In ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere sé stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace” (Art. 3).

Pertanto nel contesto scolastico italiano lo psicologo è il professionista specificamente preposto alla tutela della salute psicologica della popolazione, la figura professionale che lavora e agisce con le persone e i gruppi che afferiscono all’organismo scuola e alla sua comunità.

La scuola italiana è una scuola “**inclusiva**”, attenta ai bisogni degli alunni BES.

### Cosa vuol dire BES?

Il significato del termine **BES**, acronimo di “**Bisogni Educativi Speciali**”, viene precisato con l’emanazione della Direttiva

ministeriale del 27 dicembre 2012: “*Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica*” .

Le esigenze degli alunni BES, permanenti o temporanee, nascono per una varietà di ragioni diverse:

*“L’area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit, in ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse”.*

Tre sono le categorie di alunni con **BES** identificate dal Miur:

1. alunni con disabilità, per il cui riconoscimento è necessaria la presentazione della certificazione ai sensi della legge 104/92;
1. alunni con disturbi evolutivi specifici, tra cui:
  - D.S.A. – disturbi specifici dell’apprendimento (per il cui riconoscimento è necessario presentarli diagnosi di D.S.A);
  - deficit di linguaggio;
  - deficit delle abilità non verbali;
  - deficit della coordinazione motoria;
  - ADHD – deficit di attenzione e di iperattività;

3 alunni con svantaggio sociale, culturale e linguistico.

### **In che modo lo psicologo si è attivato a scuola?**

L'istituzione scolastica italiana si è sempre rivolta allo Psicologo prevalentemente attraverso "Lo sportello d'ascolto" che si configura come uno spazio di consulenza gratuito rivolto a tutti gli alunni, alle famiglie e ai docenti in cui l'utenza può riflettere sui propri vissuti e rileggerli in modalità più adeguate promuovendo così il loro benessere, tuttavia questo servizio è stato realizzato per periodi di tempo limitati.

### **Siamo consapevoli delle esigenze degli alunni?**

I profondi cambiamenti avvenuti dal punto di vista sociale e culturale hanno influito in maniera significativa contribuendo all'emergere nella scuola di nuove esigenze sia rispetto ai processi di apprendimento che alle componenti emotive e relazionali, inoltre attualmente stiamo assistendo allo sviluppo di un crescente malessere degli alunni dovuto al disagio psicologico provocato dall'emergenza CORONAVIRUS, periodo durante il quale i protagonisti della scuola hanno dovuto ridefinire le relazioni con i compagni di classe, gli insegnanti e il resto del personale scolastico.

### **Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali aumentano.**

Nelle scuole italiane sono in costante aumento gli alunni con **Bisogni educativi speciali (BES)**.

Le motivazioni dell'aumento sono diverse, rispetto al passato è aumentata la sensibilità verso questi nuovi fenomeni e di conseguenza è migliorato l'approccio metodologico diretto alla loro riconoscibilità, inoltre ha contribuito la presenza di studenti provenienti da altri Paesi.

Alla luce di tali considerazioni la scuola è chiamata a rispondere ad esigenze

diversificate e occorre rinnovare una Psicologia in azione che deve intervenire fino al raggiungimento della presenza costante dello psicologo attraverso un progetto finalizzato ad intervenire nelle aree di disagio degli alunni BES.

Il punto di partenza di tale condizione è avvalersi dello psicologo come risorsa e strumento fondamentale nello "spazio personale" del periodo formativo scolastico dell'alunno con il suo **Bisogno Educativo Speciale**. Di conseguenza, nella prospettiva dell'inclusione, è prioritario consolidare un servizio psicologico in orario scolastico ed extrascolastico che possa offrire delle attività che siano integrate favorendo così la cultura del benessere psicologico nella scuola di ogni ordine e grado. Inoltre, tale azione, deve essere finalizzata a favorire l'analisi dei bisogni di tutti gli alunni BES rispetto alla dimensione dell'apprendimento, coadiuvando in tal modo, i docenti curricolari e di sostegno nelle attività di progettazione didattica - educativa e per i percorsi di orientamento.

L'obiettivo dello psicologo a scuola dovrebbe essere dunque quello di avere la possibilità di contribuire con le sue competenze all'inclusione sociale di ogni alunno all'interno di un progetto che permetta di potenziare le sue abilità relazionali al fine di riconoscere i propri bisogni e gli altri come portatori di bisogni uguali o diversi, in tal modo si andrebbero a valorizzare tutte le differenze individuali e si potrebbero sperimentare le capacità di autoregolazione ed empatia verso l'altro, un intervento che supporterebbe anche l'alunno con disabilità per raggiungere e mantenere un funzionamento ottimale nell'interazione con il suo ambiente di vita.

Lavorare in questa direzione vuol dire favorire la costruzione del senso di appartenenza attraverso un lavoro in sinergia anche con tutti i servizi territoriali rivolti alla scuola al fine di costruire l'identità e il percorso scolastico di ogni alunno con il suo "**Bisogno Educativo Speciale**".

## La collaborazione con la famiglia

Sviluppare la collaborazione costante tra psicologo della scuola e famiglia vuol dire offrire contesti di confronto e riflessione tra i genitori circa il ruolo educativo che sono chiamati a svolgere nei confronti dei figli valorizzando così le risorse familiari esistenti e mettendoli nella condizione di individuare strategie educative praticabili.

Infine si dovrebbe estendere la competenza psicologica costantemente anche con percorsi di formazione iniziale e in itinere alle famiglie oltre che a tutto il personale scolastico.

In conclusione emerge un quadro completo sui temi dei **Bisogni Educativi Speciali** in cui l'intervento che bisogna realizzare in ambito scolastico deve essere una progettualità condivisa e portata avanti da un professionista specifico, "**Lo Psicologo**", che deve collaborare insieme al personale scolastico al fine di promuovere le risorse degli alunni per lo sviluppo del loro benessere nella società.

## Bibliografia

Daniela Bulgarelli, Patrizia Chiaruttini, Cristiana Gavello, Sofia Massia, Virginia Muscatello, Silvia Spinelli e Silvia Roberta Villa- Lo psicologo scolastico cenni normativi e buone prassi. Ordine degli Psicologi del Piemonte 2019.

Dario Ianes Sofia Cramerotti - Dirigere scuole inclusive. Strumenti e risorse per il dirigente scolastico. Erickon 2016

Dario Ianes L'evoluzione dell'insegnante di sostegno. Verso una didattica inclusiva. Erickon 2014

## Adolescenti isolati

di Giulia Tarabbo

*Gli adolescenti mostrano un profondo disagio emotivo conseguente l'isolamento e le restrizioni alla loro libertà. Essere adolescenti oggi significa vivere confinati nelle proprie camere e isolati dai coetanei. Tutto ciò ha ripercussioni sulle loro vite emotive e si manifestano in profondi disagi psicologici.*

Spesso ci troviamo di fronte ragazzi che cercano un contenimento alle loro angosce. Il nostro intervento si articola intorno alle storie psichiche che di volta in volta sfilano di fronte a noi. Osserviamo la vita con i loro occhi e proviamo ad assumere un atteggiamento empatico e distaccato, cercando di stimolare quel processo di crescita ed autodeterminazione, di separazione ed individuazione che dovrebbe appartenere agli adolescenti.

La pandemia e le conseguenti misure per il contenimento hanno costretto noi tutti ad uno stile di vita molto lontano da quello a cui eravamo abituati. Il vivere privati di qualsiasi forma di svago e socializzazione ha portato alla luce ombre di cui avevamo il sentore.

Gli adolescenti, a causa anche del periodo di vita che si trovano a vivere, rappresentano la lente d'ingrandimento dei disagi che pian piano emergono.

Per limitare i contagi è stato chiesto, soprattutto in Campania, a tutti gli studenti di rinunciare alla scuola, a favore di una didattica definita "a distanza". In conseguenza di tale decisione i bambini ed i ragazzi si sono adeguati ad uno stile di vita che li vuole arenati sui letti e sui divani davanti ad un piccolo schermo alla ricerca di un contatto con coetanei, e di un sapere scolastico che dovrebbe essere loro tramesso attraverso il web.

Lontano dall'idea di dare un pensiero sull'appropriatezza di tali provvedimenti,

appare opportuno però osservare le loro conseguenze e provare a prevenire o quantomeno lenire il dolore psichico che emerge dalla storia che i ragazzi ci raccontano.

Chiudere la scuola ha significato una forte forma di isolamento dai pari. Le loro relazioni sociali si sono ridotte a quelle veicolate dal web: chat, giochi online, social e gruppi whatsapp hanno rappresentato, nell'ultimo anno, l'unica modalità comunicativa e di relazione.

Sembra pertanto opportuno domandarsi cosa significa per gli adolescenti perdere il contatto con i coetanei, a cosa hanno dovuto rinunciare durante quest'anno.

Le conseguenze legate alla necessità di tenere lontani i ragazzi gli uni dagli altri sono osservabili nella pratica clinica, dove con sempre crescente preoccupazione si osserva il manifestarsi di quadri psicopatologici complessi e diversificati.

Forme di autolesionismo, anoressia e più in generale disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivo compulsivo, depressione, ansia sociale sono solo alcuni tra le sintomatologie osservate ed in forte crescita tra gli adolescenti.

Già prima che fossero adottate le misure di prevenzione al Covid si osservava un malessere che si esplicava in atteggiamenti di distanziamento sociale e che aveva come conseguenza l'utilizzo di Internet come unico ponte di socializzazione.

Il mondo per molti adolescenti era pericoloso, ed oggi questa pericolosità è ancor più marcata poiché li abbiamo privati dei contatti con i coetanei rendendo così la rete amicale fragile.

*"I legami d'amicizia sono definiti come relazioni interpersonali stabili nel tempo, di natura intima e privata, frutto di scelte volontarie, i quali si riconoscono nella relazione, con reciproco sostegno e piacere nello stare insieme e nel condividere esperienza.*

*Tali relazioni rivestono nello sviluppo un ruolo maggiormente rilevate rispetto ai rapporti con i coetanei più in generale.*” (Rischi in adolescenza.

Comportamenti problematici e disturbi emotivi, Acura di Elena Cattaneo. Carocci Ed. pag.91).

È stata osservata l'esistenza di una correlazione tra legami amicali e adattamento. Da ciò si desume che privare gli adolescenti della possibilità di instaurare legami d'amicizia aumenta notevolmente la possibilità che si manifesti malessere psicologico.

In oltre il gruppo dei pari svolge un ruolo fondamentale nel promuovere lo sviluppo verso l'età adulta e soprattutto promuove l'acquisizione dell'autonomia e della ridefinizione della loro identità.

Costringendoli in un ambiente domestico per tanto tempo, il processo di separazione ed individuazione che in questa fase evolutiva rappresenta un'importantissima tappa, ha subito un arresto importate. I ragazzi si sono ritrovati ad essere nuovamente figli piccoli e dipendenti di genitori controllanti e accudenti. Ciò li ha ricollocati ad una fase dello sviluppo evolutivo precedente costringendoli ad una profonda frustrazione dei loro bisogni evolutivi ed emotivi.

La loro identità, che nel gruppo dei pari trova possibilità di sperimentarsi e sostegno per le angosce e le paure legate al vivere esperienza di vita nuove, ha perso la possibilità di strutturarsi e fortificarsi nel rispecchiamento con i coetanei.

Va fatta in oltre un'ulteriore osservazione, questi adolescenti sono gli stessi a cui da sempre viene rimproverato l'uso eccessivo dei dispositivi elettronici. A causa di utilizzo privo di buon senso e di una mancata educazione in tal direzione, i ragazzi si trovano sprovvisti anche delle più rudimentali capacità di socializzare di persona. L'uso delle chat ha preso il posto, ormai quasi completamente, degli incontri e delle relazioni vis a vis. Supportati e

sostenuti dalle norme ora in vigore sembra che non abbiano motivazioni per uscire dalle loro tane casalinghe.

Si viene a creare così un circolo vizioso perverso in cui ai ragazzi viene vietato di fare ciò che li consentirebbe di adempiere ai loro compiti evoluti e loro, frustrati da queste privazioni, si ancorano sempre di più a quei comportamenti che li mettono al riparo dal rischio di una relazione autentica e concreta. Ed in questo continuo oscillare tra proibizioni e paure che si instaura il malessere psicologico.

Dove il sintomo, nelle sue varie declinazioni diventa il simbolo di una mancata capacità da parte di noi adulti di assolvere al ruolo di “base sicura”, di “madre sufficientemente buona”. Tale mancanza appartiene al periodo precedente la pandemia, l'isolamento sociale e le angosce legate alle paure fisiologiche conseguenti il periodo contestuale.

Oggi, purtroppo, raccogliamo i frutti di una mancata capacità di supporto emotivo nei confronti di bambini ed adolescenti, che precede il Covid, le cui cause vanno ricercate nelle modalità relazionali adottate.

#### Bibliografia

Rischi in adolescenza. Comportamenti problematici e disturbi emotivi, Acura di Elena Cattaneo. Carocci Ed.

Il gioco che guarisce. La psicoterapia della Gestalt con bambini ed adolescenti. Vaioloet Oaklander. Ed. Pina Catania 2015

Dipendenza da Internet. Adolescenti ed Adulti. Raffaella Perrella, Giorgio Caviglia. Maggioli Editore.2014

## Il vortice dell'ansia

### Alterazioni psicopatologiche e trattamento nelle esperienze ansiose

di *Veronica Iorio*

L'ansia è un'esperienza di per sé naturale che può tramutare in forme patologiche fino ad assumere il volto di una sofferenza dilaniante. Questo articolo parte da uno sguardo fenomenologico sulle modificazioni del vissuto nelle condizioni ansiose. Si sofferma poi, in particolare, sul rapporto che l'individuo vive con la realtà interna ed esterna, in termini sia di interruzioni del contatto sia di alterazioni delle strutture e funzioni psichiche, secondo un approccio integrato di psicoterapia della Gestalt e Analisi Transazionale. Si conclude, infine, con una breve esposizione dell'intervento mirato al recupero del naturale fluire dell'esperienza e al superamento delle modalità copionali che impediscono il soddisfacimento dei bisogni del presente.

#### Ansia e angoscia: definizioni

Il tema dell'ansia richiede una trattazione congiunta di ansia e angoscia.

Entrambi i termini derivano dal latino: 'ansia' dal latino tardo *anxia*, da *angere* 'stringere', ed 'angoscia' dal latino *angustia* 'strettezza'. Spesso l'ansia è assimilata all'angoscia poiché la distinzione terminologica appartiene solo alle lingue di origine latina. L'inglese e il tedesco possiedono infatti un'unica parola, rispettivamente *anxiety* e *Angst*. In ambito clinico ansia e angoscia talvolta sono considerate equivalenti, talvolta distinte e l'impiego dei due termini è molteplice. Gli psicologi in genere parlano di ansia, gli psicoanalisti preferiscono parlare di angoscia, gli psichiatri tendono ad individuare l'ansia nella presenza di sintomi psichici e l'angoscia in una concomitanza di manifestazioni psichiche e somatiche. Di frequente l'angoscia viene identificata come uno stadio più grave dell'ansia e più prossimo alla patologia, connesso ad un grado maggiore di sofferenza e coinvolgimento somatico.

Eugenio Borgna utilizza i due termini in modo interscambiabile, benché riconosca una maggiore pregnanza semantica nel termine *angoscia*. In questa sede, si adotterà la sua posizione.

Nel dizionario della lingua italiana di Salvatore Battaglia l'ansia corrisponde ad uno "**stato tormentoso dell'anima**, provocato dall'**incertezza** circa il conseguimento di un bene sperato o la **minaccia** di un male temuto". L'angoscia è descritta come un "**senso di soffocamento, oppressione** che genera **agitazione, affanno, difficoltà a respirare, ansito**". "Sofferenza fisica o morale, acuta, tormentosa, in cui l'uomo teme di soccombere; preoccupazione assillante che non dà respiro; **inquietudine**, ansia ossessiva". "Stato di malessere soprattutto fisico, ma sempre mescolato di apprensione vitale, vicino alle manifestazioni di affettività primordiale, quando l'essere si sente minacciato nella sua esistenza senza saperne bene le cause o senza poter provvedere ai rimedi".

La categoria dell'angoscia è entrata nel pensiero occidentale attraverso la vicenda umana di Kierkegaard. Ampiamente discussa in ambito filosofico, ha raggiunto la sua massima elaborazione in psicopatologia. Nel 1997 V. E. von Gebattel scrive: "L'angoscia ha cessato dall'essere la questione privata della singola persona. L'umanità occidentale in generale è immersa nell'**angoscia** e nella **paura**: un determinato presentimento di minaccia terribilmente incombente sconvolge la certezza ontologica della persona umana. L'invasione del fenomeno dell'angoscia, che da cento anni cresce vertiginosamente, ha raggiunto un'intensità mai sperimentata fino ad oggi".

Secondo Borgna, vi sono tre categorie dell'angoscia: l'**angoscia esistenziale**, che fa parte della vita, in quanto emozione radicale e costitutiva della condizione umana, l'**angoscia nevrotica**, che nasce dai conflitti, come espressione di ferite infantili spesso caratterizzate dalla solitudine e dall'abbandono, e l'**angoscia psicotica** propria dell'esperienza depressiva devastata dal desiderio di morire e dalla colpa. Nella **depressione** l'angoscia assume la sua forma più dilaniante. Il fluire della vita si arresta e l'esistenza si trasfigura diventando un'esperienza sconvolgente.

### Dall'ansia naturale all'ansia patologica

L'ansia è un fenomeno che si manifesta lungo un continuum che va da uno stato di attivazione naturale dell'organismo a forme gravi di patologia.

Nella psicoterapia della Gestalt l'ansia corrisponde ad una **eccitazione**, un'**energia vitale** e **creativa** fondamentale per la **sopravvivenza** e la **gratificazione dei bisogni**. Tale energia cresce, decresce o si mantiene stabile durante il ciclo naturale dell'esperienza, in funzione delle esigenze autoregolative e adattive proprie dell'organismo. Tuttavia, per varie ragioni questo libero fluire di vitalità può interrompersi e l'ansia diventa un malessere.

L'eccitazione si realizza in qualsiasi tipo di contatto forte e consiste in un aumento nell'intensità del **processo metabolico** di ossidazione delle sostanze nutritive immagazzinate. Con il bisogno di maggiore aria, l'organismo aumenta in modo spontaneo il ritmo e l'ampiezza della **respirazione**. Se invece interviene un tentativo di controllo sull'eccitazione, l'intensificarsi della respirazione si blocca e si genera un **vuoto** che richiama altra **aria**. L'ansia nasce da una costrizione involontaria del petto che priva l'organismo della quantità adeguata di ossigeno e rappresenta l'esito del conflitto tra l'eccitazione e l'autocontrollo.

Secondo Fritz Perls l'uomo moderno tende ad escludere dall'area della consapevolezza la continuità della sua esperienza poiché considera l'emozione come un turbamento da evitare. Ogni momento dell'esistenza è connotato emotivamente ed ogni emozione è di per sé un'eccitazione. Pertanto, in condizioni naturali l'energia scorre in modo continuo nello scorrere ininterrotto dell'esperienza. Tuttavia, nella società occidentale le qualità della calma e della ragione sono stimate più dell'emotività. Una sorta di "crociata a favore del controllo delle emozioni" insegna ai bambini a reprimere i propri vissuti piuttosto che ad esprimerli, a privilegiare le esigenze del mondo esterno, ritenute reali, a scapito del sentire.

Perls afferma: "Nella misura in cui il vostro **senso di realtà** è stato distaccato dalla vostra personalità odierna, il tentativo di sperimentare la realtà farà insorgere in voi l'angoscia (mascherata forse come stanchezza, noia,

impazienza, fastidio), e ciò che specificamente fa insorgere in voi l'angoscia sarà la resistenza particolare per mezzo della quale voi soffocate e impedito l'esperienza completa". Lo stare pienamente in contatto con la realtà può procurare la sensazione di un terribile impatto poiché implica il confronto con situazioni che spaventano e conflitti che procurano dolore, con il turbamento e l'eccitazione vissuti come pericolosi.

### L'interruzione del contatto

Ogni individuo, in quanto **organismo** completo e capace di adattarsi all'**ambiente** e alla realtà che vive, è dotato di capacità autoregolative. Per sua natura è quindi in grado di riconoscere l'emergere spontaneo dei propri bisogni e farvi fronte. Le fasi necessarie perché un bisogno sia soddisfatto costituiscono quello che in Gestalt viene chiamato **ciclo di contatto** o **ciclo dell'esperienza**. Paul Goodman ne individua quattro: pre-contatto, presa di contatto, contatto pieno, post-contatto.

1. Nel **pre-contatto** emergono le sensazioni corporee che segnalano la nascita di un bisogno. L'eccitazione cresce e va in figura.
2. Nella **presa di contatto** sensazioni ed emozioni definiscono in modo chiaro il bisogno che viene messo a fuoco e riconosciuto. Così, l'organismo si mobilita per andare verso l'ambiente a cercare l'oggetto della sua gratificazione, grazie ad un ulteriore aumento della tensione.
3. Nel **contatto pieno** tra l'organismo e l'oggetto si realizza il soddisfacimento del bisogno ed il culmine energetico.
4. Nel **post-contatto** l'esperienza fatta viene digerita ed assimilata. L'organismo gode dell'appagamento per ritirarsi verso una condizione di riposo, con la chiusura della Gestalt ed un ritorno al punto zero.

In ciascuna fase del ciclo vi è una eccitazione che garantisce l'energia necessaria per portare avanti l'esperienza fino al suo completamento. Se la persona non riesce a trovare in sé o nell'ambiente il **sostegno** adatto per entrare in contatto con l'esperienza, indipendentemente dal punto della curva in cui si trova, l'energia si blocca. Il processo resta intrappolato al livello di tensione corrispondente ed insorge l'ansia come sintomo.

La **pressione interna** mediante cui la **situazione incompiuta** reclama la sua conclusione può trasformarsi in una **tensione psichica** estenuante e sfociare in forme psicopatologiche talvolta gravi.

Goodman definisce cinque **meccanismi di interruzione** del ciclo di contatto:

•**Confluenza:** l'eccitazione non si sviluppa poiché manca una chiara differenziazione con l'ambiente e la persona non è in grado di distinguere ciò che vive dentro di sé da ciò che proviene dall'esterno.

•**Introiezione:** lo sviluppo dell'eccitazione viene interrotto da aspetti limitanti appartenenti all'ambiente che la persona assume come propri.

•**Proiezione:** lo sviluppo dell'eccitazione si blocca mediante una disappropriazione di parti di sé che vengono attribuite all'ambiente. Al contrario dell'introiezione, è il sé ad invadere l'esterno come conseguenza del disconoscimento di vissuti, sintomi ed aspetti non tollerati e rifiutati.

•**Retroflessione:** l'eccitazione diretta verso l'oggetto si ritorce sull'organismo impedendo il contatto per mezzo di un controllo degli impulsi e dell'espressione autentica dell'emozione. Oltre ai sintomi ansiosi possono comparire sintomi psicosomatici e atti autolesionistici. La persona fa a sé ciò che vorrebbe fare agli altri.

•**Egotismo:** il contatto si realizza ma si interrompe prima che l'esperienza possa essere pienamente goduta e assimilata. Un irrigidimento dei confini tra sé e l'ambiente impedisce l'interdipendenza e l'intimità con l'altro.

I coniugi Polster e Silvia Crocker individuano altre due forme di interruzione:

•La **deflessione:** la persona riduce l'intensità del contatto distraendosi, distogliendo l'attenzione, modificando la postura, cambiando argomento.

•La **professione:** una combinazione di proiezione e retroflessione, per cui la persona fa agli altri ciò che vorrebbe che gli altri facessero a lei. Vi è una difficoltà a trattenere

gli impulsi e a procrastinare il soddisfacimento dei bisogni.

Nella teorizzazione gestaltica l'individuo entra in contatto con la realtà attraverso tre funzioni: Es, Io e Personalità.

•La **funzione Es** riguarda il riconoscimento delle stimolazioni interne ed esterne che avviene nella fase del pre-contatto.

•La **funzione Io** corrisponde alla capacità attiva, propria della consapevolezza e del soddisfacimento dei bisogni, che si sviluppa nelle fasi di contatto e contatto pieno.

•La **funzione Personalità** è il modo in cui ci si rappresenta, in base alla propria storia e alle proprie esperienze. Riguarda in particolare l'assimilazione del post-contatto.

Queste tre funzioni definiscono il **sé** in quanto capacità dell'individuo di **adattarsi creativamente** al suo ambiente. Se danneggiate, l'esperienza naturale subisce un'alterazione e la realtà non può essere riconosciuta ed affrontata per quella che è. Nella forma psicotica dell'ansia, il contatto con la realtà è gravemente compromesso a causa di un disturbo significativo della funzione Es. Quando vi è una perdita della percezione dei confini tra sé e l'ambiente, ciò che accade all'esterno viene sperimentato come se accadesse all'interno.

### L'esperienza dell'ansia e le sue forme

Le forme d'ansia si strutturano e si differenziano in base ai seguenti elementi: la durata, la presenza di stimoli scatenanti e la presenza di contenuti specifici.

Ne scaturiscono quattro quadri clinici:

- 1.: ansia generalizzata;
- 2.: disturbo ossessivo-compulsivo;
- 3.: attacco di panico;
- 4.: fobie.

Nell'ottica di focalizzare lo sguardo sull'esperienza ansiosa e sui nuclei profondi delle condizioni patologiche, si tralasceranno le categorie diagnostiche e nosografiche dell'indagine clinica in favore di una lettura fenomenologica del vissuto nelle varie condizioni ansiose.

**L'ansia generalizzata** si configura come un'ansia liberamente fluttuante. Le modalità con cui si esprime la rendono **continuamente presente** alla coscienza, a differenza di altre forme d'ansia, come l'ansia fobica e l'ansia panica, più tipicamente acute. Mentre in queste ultime la sintomatologia a livello somatico è molto intensa, nell'ansia generalizzata è più attenuata ma comunque manifesta. Possono comparire vertigini, tachicardia, tremori e disturbi del respiro. Si tratta di un'ansia che può avere dimensioni cliniche e pregnanza sintomatologica diverse, con una tendenza a dilagare nel corso del tempo e a pervadere ogni attività quotidiana. L'esperienza è permeata da un'ansia di **attesa** e dall'**agonia** per un futuro che, anticipato, infrange la speranza ed amplifica la sofferenza.

•**Le esperienze ossessivo-compulsive** si manifestano per mezzo di un passato che si ripete nel presente senza che vi sia la possibilità di viverlo come concluso. L'esperienza è imprigionata nella **ripetitività** di pensieri, impulsi o azioni e nell'impossibilità di progettare il futuro.

I **pensieri ossessivi** sono idee che si impongono nel campo della coscienza. L'ansia è elevata sia che si tenti di evitarle sia che ci si abbandoni ad esse. Vi possono essere parole, talvolta prive di senso, o calcoli aritmetici che si ripetono in una sfiancante **escalation emozionale**.

Le **azioni ossessive** consistono in **attività frenetiche** ed inesauribili come il lavarsi le mani nel timore della contaminazione, il mettere in ordine gli oggetti perché non vi sia nulla fuori posto e il controllare in maniera ripetuta i rubinetti dell'acqua, le porte di casa e le manopole del gas. Azioni comuni che di solito non assumono particolare rilevanza nel vivere quotidiano ma che, nell'ambito delle esperienze ossessive, diventano dominanti lasciando l'individuo esausto e divorato dall'ansia.

In alcuni casi vi possono essere **impulsi ossessivi** volti a fare del male e a ferire

fisicamente se stessi o gli altri accompagnati da un'ansia devastante.

•**L'ansia panica** irrompe in modo improvviso sconvolgendo una vita apparentemente normale in cui l'ansia, fino a quel momento, era solo sullo sfondo. Alcune volte, può manifestarsi secondariamente ad eventi traumatici. Nel volgere di alcuni minuti si assiste ad una **rapida e imprevedibile lacerazione emozionale**, apparentemente sganciata da motivi interiori o da fattori ambientali, cui si accompagna una **scompensazione organica**: tachicardia, senso di soffocamento, vertigini, aumento della temperatura, sudorazione, **estranimento** da se stessi e dalla realtà. Lo spostamento che avviene dal piano soggettivo ed emotivo al piano somatico spinge in genere ad ipotizzare che alla base del disturbo vi siano cause organiche e conduce ad innumerevoli esami strumentali nel tentativo di trovarvi riscontro. In questo modo, la componente emozionale viene trascurata ed aumenta il rischio che un disturbo acuto si estenda nel tempo. L'ansia panica è caratterizzata da un'intensa **inquietudine** e da un senso di **smarrimento**, da **alienazione** e **modificazioni spaziotemporali** che sconvolgono gli orizzonti conoscitivi ed esperienziali. L'angoscia si condensa con la sensazione di una fine imminente mediante un meccanismo di anticipazione del futuro che attualizza, in un breve lasso di tempo, la catastrofe più temuta: il morire. **L'angoscia del morire** non è **l'angoscia della morte**. Non appartiene ad un futuro lontano ma insorge in modo improvviso come l'"Urlo", notoriamente rappresentato nella famosa opera di Edvard Munch, derivante dall'impattare contro l'immagine della morte. Una morte che, quanto più ignorata e negata, tanto più temuta e intollerabile. A differenza delle crisi fobiche, in cui vi è il riconoscere e l'evitare lo stimolo che mette in moto l'ansia, nel panico l'esperienza è **imprevedibile**, oltre che inevitabile. L'ubiquità dell'angoscia assume la sua forma più estrema: ovunque si può essere divorati dall'esperienza devastante della sensazione di **morte imminente**.

•**L'ansia fobica** insorge in modo acuto dinanzi a stimoli specifici. L'esperienza fobica è composta da tre aree sintomatologiche: **anticipazione della situazione, risposta emozionale acuta** che si manifesta con l'esposizione alla situazione-stimolo e **comportamenti di evitamento** della situazione.

Il primo meccanismo è rappresentato dal timore di essere confrontati con la situazione, o l'oggetto, che scatena la reazione d'ansia. Si anticipa un qualcosa non ancora avvenuto ma che di fatto viene vissuto come già realizzato. Il secondo meccanismo consiste nella reazione ansiosa nei confronti della situazione-stimolo che determina il **rebound emozionale** nella sua forma più acuta. Aumentano salivazione e battito cardiaco, i muscoli delle gambe diventano flaccidi e le ginocchia si piegano. Non vi è possibilità di attraversare, ad esempio, una grande piazza o una strada molto ampia e gremita di gente (nelle agorafobie) e compare l'ansia di cadere, di perdere coscienza e di ritrovarsi indifesi. In altri casi, l'ansia fobica è legata agli spazi chiusi (nelle claustrofobie) e si accompagna alla sensazione di non avere via d'uscita. Vi sono altresì le fobie degli animali (zoofobie), le fobie sociali (sociofobie), la fobia di prendere l'aereo (aerofobia) e il timore di arrossire (eritrofobia). Quale che sia la modalità, l'esperienza fobica scatena la messa in atto di una serie di **evitamenti della situazione** che vanno dal fuggire dai luoghi avvertiti come emblematici al ricercare la compagnia di persone delle quali si ha fiducia fino al non uscire di casa. Tali strategie fanno sì che il disturbo sia accettato più facilmente di altri, nonostante alteri le abitudini limitando in modo significativo la libertà individuale.

## La paura

Ansia e paura sono emozioni strettamente collegate tra loro ma differenti. Mentre l'ansia non ha riferimenti diretti con l'oggetto che la genera, la paura è sperimentata verso qualcosa di

pericoloso nell'ambiente da **affrontare** o **evitare**. Se l'eccitazione derivante dalla paura viene repressa, come del resto accade per tutte le forme di eccitazione, insorge l'angoscia. Secondo Heidegger: "L'angoscia è fondamentale diversa dalla paura. Noi abbiamo paura sempre di questo e di quell'ente determinato, che in questo o in quel determinato riguardo ci minaccia. La paura di... è sempre anche paura per qualcosa di determinato (...). Certo, l'angoscia è sempre angoscia di... ma non di questo e di quello. L'angoscia di... è sempre angoscia per..., ma non per questo e per quello".

La paura è un'emozione naturale indispensabile per la sopravvivenza, poiché segnala all'organismo la necessità di attivare le risorse necessarie per proteggersi da un **pericolo** specifico.

Quando perde la sua funzione naturale può diventare paralizzante ed indurre un ripiegamento in sé stessi. Un ritiro dagli altri e dal mondo che può sfociare in **solitudine sociale** fino alla forma estrema dell'**isolamento**. In altri casi la paura viene rimossa, non viene vissuta poiché internamente inaccettabile, e compare sul piano comportamentale un'ostentazione di **azioni controfobiche** che espongono a rischi e pericoli.

## Il tempo vissuto

Nell'ansia l'esperienza perde la sua **naturale continuità**, si interrompe, s'irrigidisce. Il **tempo interiore** crea vortici, s'affacciano sentimenti di **colpa, paura, solitudine e morte**.

Ciascuna delle tre dimensioni temporali - **passato, presente e futuro** - coesiste assieme alle altre, in una vorticoso accelerazione del tempo. Passato e futuro invadono il presente. Il passato non storicizzato oscura l'esperienza con i ricordi. Il futuro si spegne come tempo del possibile attualizzandosi nel qui ed ora di una anticipazione di eventi densa di inquietudini.

Nella domanda di S. Agostino: "Che cos'è il tempo? Se nessuno me lo domanda, lo so; se voglio spiegarlo a chi me ne chiede, non lo so più" si evince l'impossibilità per l'essere umano di definire il tempo la cui natura è soggettiva e risiede nella **continuità interiore** della coscienza. Il pensiero agostiniano marca una

netta separazione tra il tempo vissuto ed il tempo dell'orologio e dà valore al presente come unico tempo esistente. Riprendendo tale intuizione, la fenomenologia di Husserl inaugura la visione del tempo come architettura strutturale della coscienza umana e del suo continuo presentificarsi. Il presente vivente è il vissuto che emerge nella immanente forma temporale della corrente della coscienza, costituito non dall'immagine del passato o dalle fantasie sul futuro, ma dalla vita vera e propria. In "Essere e tempo", Heidegger concepisce il tempo come contingenza legata all'*esserci*. Per la visione esistenziale l'uomo è ciò che è come conseguenza delle sue scelte e può diventare qualsiasi cosa. Questa libertà di scelta, secondo Kierkegaard, comporta sia possibilità che angoscia: "l'angoscia è la vertigine della libertà". Il contributo della fenomenologia di Husserl e dell'esistenzialismo di Heidegger costituiscono la matrice filosofica da cui partono la psichiatria fenomenologica, la psicoterapia della Gestalt e l'Analisi Transazionale.

Perls definisce l'ansia come "la lacuna tra l'ora e il poi". L'individuo che vive i suoi desideri prevalentemente attraverso l'**aspettativa** del futuro vive in una realtà falsamente presente ma, a differenza di chi si rifugia nelle ruminazioni del passato, non è fissato su ciò che è perduto bensì su ciò che potrà accadere. Mentre il ricordo ha degli aspetti immutabili, l'**anticipazione del futuro** può assumere infiniti volti e cambiare in ogni modo concepibile. Ciò nonostante, nelle aspettative nevrotiche vi è una forma fissa nell'anticipare, una certa rigidità dettata dal piano di vita e dagli ideali introiettati. L'ansia fissa l'esperienza al passato e fa rivivere il futuro come una insondabile ripetizione. Le anticipazioni sono prive di vita poiché nella **immutabilità** non vi è né possibilità né vitalità. Gli eventi non vengono sentiti come propri, non vengono assimilati. L'immaginazione perde la sua funzione integrativa e diventa dissociativa.

L'alterazione del tempo vissuto impedisce di ancorare l'esistenza al tempo come **fluire continuo di esperienze** e procura una dolorosa lacerazione interiore. L'esperienza è trascinata in un turbinio di significati e di perdita di significati con articolazioni temporali diverse. Talvolta, si affaccia in modo imprevedibile la percezione di una incombente **fine del mondo**. Un rapido slittamento da una condizione di compensazione

emozionale ad una condizione di scompenso emozionale determina uno stato d'animo di morte imminente.

Nella vita, secondo Minkowski, si può procedere in due modi: andando verso l'avvenire e andando verso la morte. Il primo modo rappresenta quanto di positivo, grande ed infinito ci sia nell'avvenire, il secondo, quanto in esso ci sia di negativo e limitato. Si può essere governati ora dall'uno, ora dall'altro atteggiamento, oppure uno dei due primeggia sull'altro condizionando tutta l'esistenza. Nell'ansia la predominanza dei fattori della morte sull'avvenire è evidente nella **improgettabilità** del futuro e nell'angoscia del morire. Il tempo sembra sfuggire nel sentimento di "stare indietro" alla vita ed il presente diventa inafferrabile.

L'ansia procura inquietudine e smarrimento. Ogni cosa intorno a sé non è più familiare, persone e luoghi si fanno enigmatici e ambigualmente allusivi. Si precipita in un'atmosfera di insicurezza e di estraneità in cui si affollano incessanti interrogativi alla ricerca di senso.

### Alterazioni psichiche strutturali e funzionali

Le modificazioni dell'esperienza finora descritte consistono in anomalie delle strutture e delle funzioni psichiche. L'Analisi Transazionale offre una indagine ampia e accurata dei meccanismi intrapsichici sottesi alle manifestazioni sintomatiche e psicopatologiche, qui solo accennata in alcuni punti centrali utili ai fini del discorso.

In 'Analisi Transazionale e psicoterapia', Eric Berne definisce il sintomo come "una manifestazione di un singolo e definito stato dell'Io, attivo o escluso che sia, anche se risulta da conflitti, accordi tali o contaminazioni fra diversi **stati dell'Io**". In termini analitico-transazionali i disturbi d'ansia insorgono in presenza di un Adulto contaminato che utilizza modalità antiche e inadeguate per riconoscere ed affrontare la realtà che vive. Lo **stato dell'Io Adulto** è un insieme autonomo di pensieri, sentimenti e comportamenti adeguati alla realtà del momento. Lo **stato dell'Io Genitore** rappresenta l'insieme dei pensieri, dei sentimenti e dei comportamenti mutuati dalle proprie figure genitoriali di riferimento.

Lo **stato dell'Io Bambino**, l'insieme dei pensieri, dei sentimenti e dei comportamenti appresi durante la propria infanzia per rispondere all'ambiente. Genitore, Adulto e Bambino non sono concetti, come Super-io, Io ed Es per la psicoanalisi, ma le manifestazioni fenomenologiche dei rispettivi organi psichici: esteropsiche, neopsiche ed archeopsiche.

I disturbi d'ansia si manifestano in presenza di una **doppia contaminazione** dell'Adulto, proveniente sia dal Genitore che dal Bambino. I sintomi di inquietudine, apprensione costante, anticipazione catastrofica del futuro, per citarne alcuni, sono una valutazione neopsichica della realtà alterata da contenuti e processi contaminati. La doppia contaminazione esprime il conflitto tra il polo Genitoriale del messaggio svalutante di copione ed il polo Bambino del bisogno frustrato.

I **messaggi di copione** sono di tre tipi: ingiunzioni, controingiunzioni, programma.

Le **ingiunzioni** sono i messaggi ricevuti soprattutto per via non verbale e costituiscono delle limitazioni che condizionano fortemente la crescita e lo sviluppo fino a negare aspetti fondamentali per l'integrità della persona. Le ingiunzioni più distruttive incidono sul diritto ad esistere, ad avere le proprie caratteristiche fisiche e psichiche e minacciano la sopravvivenza. Citandone alcune: 'non esistere', 'non essere te stesso', 'non crescere', 'non sentire'.

Le **controingiunzioni** sono i messaggi ricevuti in prevalenza per via verbale che inibiscono la spontaneità individuale stabilendo come si deve essere. Ad esempio: "devi essere buono ed obbediente", "devi fare sempre la cosa giusta", "devi nascondere i tuoi sentimenti altrimenti sei un debole". I condizionamenti ad essere in un determinato modo vengono trasmessi anche mediante le cosiddette **spinte** che sono: 'sii forte', 'sii perfetto', 'compiaci', 'sforzati', 'sbrigati'. All'origine degli episodi panici, ad esempio, vi è un meccanismo di negazione delle emozioni dovuto alla spinta 'sii forte', con relativo accumulo eccessivo di tensione e conseguente rilascio nella forma ansiosa esplosiva ed imprevedibile su descritta.

I **programmi** sono **modelli** che il genitore trasmette attraverso i propri comportamenti ed il proprio modo di vivere e che il bambino osserva

ed apprende. Se ad esempio vi è un genitore che di fronte alle difficoltà si ritira dagli altri chiudendosi nel silenzio, il bambino può apprendere ad isolarsi quando soffre.

Il bambino opera delle **scelte** su quanto riceve dalle sue figure di riferimento e sviluppa i modi di pensare, sentire ed agire che più gli consentono di ricevere attenzione e riconoscimento. Quando i **bisogni autentici** sono frustrati dall'ambiente, la spontaneità lascia il posto a **forme manipolative** dirette a garantire la sopravvivenza ed il migliore adattamento possibile. Tali forme, conservate e reiterate anche in epoche successive, inibiscono fino ad invalidare talvolta in modo anche grave l'autonomia e la realizzazione della persona. Il concetto di copione in Analisi Transazionale riveste un ruolo centrale. Berne lo definisce come "un piano di vita basato su di una decisione presa durante l'infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli avvenimenti successivi e che culmina in una scelta decisiva". La **decisione** di copione presa sulla base di queste prime esperienze infantili, ad esempio "sarò sempre buono con tutti", "me la caverò da solo", "non sarò mai amato", continuerà a condizionare l'esistenza finché non avverrà un cambiamento.

Le **contaminazioni** sono anomalie strutturali, in quanto appartenenti alla struttura di personalità e legate ai contenuti copionali. Tra le alterazioni a carico della **patologia strutturale**, oltre alle contaminazioni vi sono le **esclusioni**. Talvolta uno stato dell'Io può comportarsi da escludere ed escludere gli altri due. L'atteggiamento in questo caso risulta stereotipato, prevedibile e costante per cui si parla di Genitore costante, Adulto costante, Bambino costante. Nell'esperienza terrificante degli attacchi di panico, i sentimenti di irrealità, il senso di morte imminente e le modificazioni somatiche dipendono da una esclusione degli stati dell'Io Genitore e Adulto ad opera dello stato dell'Io Bambino. L'esperienza, sganciata dalla realtà esterna, viene dominata per intero dall'attività archeopsichica del Bambino e la persona, non trovando dentro di sé la rassicurazione e la protezione genitoriale, entra in uno stato di terrore. La presenza di un **Bambino costante** è l'elemento che, in termini di stati dell'Io, distingue l'ansia psicotica dall'ansia nevrotica.

L'Analisi Transazionale parla di **patologia funzionale** in riferimento alla distribuzione della

**carica energetica** e alla **permeabilità dei confini dell'Io**. Tra gli stati dell'Io l'energia psichica circola in modo continuo. Lo stato dell'Io che, in un dato momento, è investito dalla maggior percentuale di energia assume il potere esecutivo e rappresenta il sé reale del soggetto. Secondo Berne, il grado di "malignità" dei sintomi dipende dalla distribuzione della carica energetica libera. Quando il "sé reale è l'Adulto" i sintomi appartengono ai fenomeni della psicopatologia della vita quotidiana. Quando invece il "sé reale è il Bambino" (Bambino costante), diventano parte dell'apparato psicotico. Alla base delle manifestazioni ansiose vi sono i processi intrapsichici responsabili delle reiterate contaminazioni e di quelle che Berne definisce "lesioni di confine". I confini dell'Io funzionano come membrane dotate di una permeabilità altamente selettiva. Lesioni del confine tra Adulto e Bambino possono dar luogo a **sintomi di confine** quali l'irrealtà, l'estraniamento, la depersonalizzazione. Mentre nell'**irrealtà** vi è un Adulto esautorato da un Bambino esclusore, nell'**estraniamento** il mondo esterno perde pienezza di significato a causa dell'esclusione del Bambino ad opera dell'Adulto. Nella **depersonalizzazione** vi è una valutazione distorta da parte del Bambino dei sintomi somatici. Tali distorsioni si comportano in modo egodistonico, vale a dire che l'Adulto le reputa incomprensibili. Se diventassero egosintoniche si trasformerebbero in deliri di modificazioni somatiche, per cui l'Adulto razionalizza tali fenomeni per correre in aiuto al Bambino.

I processi coinvolti nell'ansia patologica sono collegati al concetto di **impasse** che i Gouling definiscono come "un punto in cui si incontrano due o più forze contrapposte - un blocco". Tale blocco origina da un conflitto tra Bambino e Genitore, nelle impasse di primo e secondo livello, e da un conflitto funzionale interno al Bambino, nella impasse di terzo livello. Le impasse sono rappresentazioni di processi arcaici e non integrati che si manifestano dunque quando l'insorgenza dei bisogni del presente attiva schemi di risposta copionali. I temi dell'impasse variano da persona a persona in base alla propria storia e agli elementi costitutivi del copione.

In conclusione, le condizioni ansiose sono la manifestazione di aspetti non integrati nella coscienza che chiedono attenzione, parti della

realtà interna ed esterna che la persona tende ad escludere, negare, rifiutare. Sono portatori di un **messaggio esistenziale** che segnala la necessità di superare gli adattamenti disfunzionali e copionali per rispondere ai bisogni del qui ed ora.

## Il trattamento

L'angoscia interessa ogni psicoterapia in quanto condizione esistenziale che appartiene ad ogni individuo (angoscia esistenziale) ed in quanto sintomo basilare di ogni disagio clinico (angoscia nevrotica). Talvolta presente in **figura**, talvolta sullo **sfondo**. In "Teoria e pratica della terapia della Gestalt" di Perls, Hefferline e Goodman, l'angoscia viene definita come "il sintomo nevrotico per eccellenza".

Di seguito saranno esposte alcune modalità di intervento nel trattamento dei disturbi d'ansia, secondo un approccio integrato di psicoterapia della Gestalt e Analisi Transazionale.

## Sbloccare l'eccitazione creativa

Quando l'energia è bloccata la persona non può più disporre delle sue risorse e vive un senso di impotenza che può diventare angoscia, disperazione, terrore. Nella misura in cui l'ansia patologica consiste in un blocco dell'eccitazione, la terapia assume la finalità di liberare questa energia, ovvero trasformare l'eccitazione bloccata in eccitazione disponibile e creativa per il **soddisfacimento dei bisogni** e l'autorealizzazione.

Nella psicoterapia della Gestalt il terapeuta offre alla persona il **sostegno** necessario per fronteggiare le situazioni che vive ma al tempo stesso la scuote a scoprire in sé le risorse per gestire il contatto e l'esperienza. L'**autosostegno** è lo scopo ultimo dell'intervento, ciò che in Analisi Transazionale prende il nome di **autonomia**, come raggiungimento della capacità di rispondere in modo soddisfacente alla realtà attuale, al di fuori del copione.

Il paziente è guidato a smettere di impiegare le modalità di evitamento e distrazione dal contatto ed a confrontarsi con la propria creatività. Le **tecniche repressive** ed **espressive** possono essere considerate la mano destra e la mano sinistra del terapeuta. Con le prime si interviene per inibire i processi di concettualizzazione e razionalizzazione, che allontanano dal vissuto emotivo e corporeo (intornismo), e l'adesione ai

‘devi’ introiettati, che stabiliscono come si deve essere (doverismo). Con le seconde, si può chiedere ad esempio al paziente di esagerare e ripetere più volte un’espressione, un gesto, un movimento, affinché si riappropri di quella parte di sé. Ogni tecnica espressiva consente di far emergere alla consapevolezza aspetti dissociati e pertanto svolge anche una funzione integrativa. L’**integrazione** della personalità si completa attraverso interventi più specificamente diretti a tale scopo con la nota tecnica delle **due sedie**. Quando vi sono aspetti non riconosciuti, rifiutati e proiettati sull’ambiente, si lavora affinché quanto messo fuori ed alienato, giudicato e temuto, possa essere visto come proprio, tollerato internamente ed assimilato. La persona, bloccata in un conflitto intrapsichico irrisolto, è imprigionata nell’angoscia e nella strettoia del non trovare soluzioni se non quelle che sta operando attraverso i meccanismi con cui si interrompe. Per risolvere tale conflitto, il terapeuta guida e sostiene il paziente a identificarsi con ciascuna delle due parti coinvolte e ad attivare tra le stesse un dialogo, affinché possa contattarle entrambe, integrarle e vivere l’esperienza fino a quel momento irrealizzabile.

Il sintomo è dunque l’esito del processo di evitamento esercitato sulle parti di sé disconosciute, rifiutate, vissute come proibite, emotivamente insostenibili. È il modo che la persona utilizza per rispondere al conflitto non risolto, ad una situazione incompiuta che reclama attenzione. Rappresenta interruzione di vitalità ed al tempo stesso espressione di vitalità, manifestazione del problema e tentativo di risolverlo insieme. In quest’ottica, il processo terapeutico è diretto ad integrare il sintomo, non ad eliminarlo. L’**identificazione**, in quanto opposto dell’**alienazione**, serve a portare energia e attenzione, a rendere possibile il contatto. Chiedere ad esempio al paziente di “diventare il suo sintomo”, la sua ansia, il suo senso di oppressione in petto, la sua vertigine, consente di far emergere il significato profondo ed il messaggio in esso nascosti, le emozioni inesprese e i bisogni frustrati. Permette di dare volto e voce alla sofferenza, di scoprire l’ignoto dell’angoscia. Trasformare l’invisibile, chiuso nell’isolamento dell’interiorità, talvolta inabissato ed inaccessibile, in qualcosa che può essere visto, rivelato, espresso. Con l’emergere dell’emozione intrappolata nel sintomo, può

affacciarsi un dolore mai provato, la sofferenza di un passato ancora vivo nel presente. Il terapeuta sostiene questa sofferenza, in modo che il paziente possa viverla pienamente, con il permesso a sentire ogni emozione. Quando perde la sua funzione, il sintomo non ha più ragione di manifestarsi e regredisce.

In Analisi Transazionale si parte da un primo lavoro di energizzazione dell’Adulto mediante la **decontaminazione**. Si tratta di un processo cognitivo ed emotivo mediante il quale la persona diventa consapevole che il materiale ritenuto dell’Adulto appartiene in realtà al Genitore e al Bambino. Riconoscere gli elementi contaminati della propria personalità risulta fondamentale per scoprire vissuti e risorse congruenti con quanto si vive nel presente. Questa fase della terapia riguarda la patologia strutturale ed è diretta al controllo sociale del sintomo, ovvero allo sviluppo di un Adulto funzionante. Si configura pertanto come intervento più comportamentale che psicoanalitico, a differenza della fase successiva di deconfusione.

### **Liberare il presente dai condizionamenti del passato**

La psicoterapia della Gestalt e l’Analisi Transazionale, entrambe di matrice psicoanalitica ed appartenenti al filone delle psicoterapie umanistiche, basano i loro principi sulla **fiducia** nel potenziale creativo e autorealizzativo dell’uomo. La persona possiede già le risorse per affrontare la vita, tuttavia si blocca nella ripetizione di atteggiamenti appartenenti ad epoche precedenti ed inadatti nel presente. L’intervento integrato di queste due forme di psicoterapia consente di individuare i condizionamenti del passato sulle manifestazioni e strutture presenti delle sensazioni, delle emozioni, dei pensieri e del comportamento. L’attenzione, dunque, è rivolta sia al livello osservabile e comportamentale sia al livello intrapsichico e delle strutture di personalità.

La realizzazione dell’autonomia implica l’abbandono delle modalità infantili e dipendenti che, se da un lato frustrano i bisogni attuali limitando il presente, dall’altro offrono una protezione illusoria rispetto ai rischi collegati all’assumersi la responsabilità di sé stessi e della propria vita. Il superamento del copione passa attraverso una rielaborazione dei conflitti antichi

verso nuove e più appropriate **ridecisioni**. L'operazione analitico-transazionale della **deconfusione** sopra accennata, che viene applicata in una fase avanzata della terapia, risulta fondamentale per la risoluzione dei conflitti funzionali interni al Bambino e per il cambiamento delle decisioni di copione. Nei disturbi d'ansia il funzionamento è sotto il controllo prevalente dell'archeopsiche, per cui diventa necessario riposizionare la neopsiche alla guida della persona.

In una modalità sperimentale di tipo gestaltico, il terapeuta guida la persona a scoprire quali sono le eccitazioni che si impedisce e a trovare modi appropriati per rispondervi. Secondo Perls, a determinare la coazione a ripetere è il tentativo reiterato di chiudere la **Gestalt incompiuta**, non l'esperienza traumatica di per sé, come riteneva Freud. Allo stesso modo, ad inibirli è un atto deliberato presente. Rivivere la scena antica consente di entrare in contatto con il bisogno frustrato, di accogliere l'emozione, nella sua natura e nella sua forza, e farla fluire. Man mano che il paziente diventa consapevole di come manipola l'ambiente, non per soddisfare i suoi bisogni attuali ma nel tentativo di riparare un'antica ferita, rilegge tutta la sua vita come un copione che si ripete con la medesima finalità. Appare chiaro ai suoi occhi il reiterarsi delle esperienze infantili nelle forme fisse e rigide con cui anticipa un futuro spento e privo di speranza. Diventa consapevole che se resta attaccato al passato, ormai perduto ed immutabile, non può vivere il presente con tutte le sue potenzialità ed il futuro come dimensione temporale del possibile. Può emergere così l'accettazione di ciò che è stato e l'attenzione a ciò che c'è oggi.

### **Sviluppare la presenza e trasformare il vuoto**

I disagi psichici ed in modo specifico le forme d'ansia rappresentano una impossibilità a stare nel presente, per cui diventa necessario lo sviluppo della presenza.

La psicoterapia della Gestalt si fonda sul principio del **qui e ora** come unica realtà esistente ed unica dimensione in cui l'individuo può autorealizzarsi. Pertanto, risulta particolarmente efficace nella cura delle condizioni ansiose. **Il continuum di consapevolezza** è la tecnica con cui il terapeuta applica il principio della presenza e rappresenta per la Gestalt ciò che le libere associazioni

rappresentano per la psicoanalisi. Il nevrotico, che per definizione ha difficoltà a sperimentare sé stesso, tende ad interrompere di continuo il contatto con ciò che emerge momento per momento nel flusso continuo della coscienza. Durante questa pratica affiorano i conflitti tra i bisogni dell'organismo da una parte e la considerazione delle aspettative e delle reazioni altrui dall'altra. "Sii te stesso" è un invito che può procurare angoscia per la paura del vuoto. Il paziente è chiamato ad affrontare la sua libertà e ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte. La presenza è principio di terapia e **guarigione**. Chi è consapevole ed esperiente nel qui e ora non è prigioniero né dei ricordi del passato né delle fantasie sul futuro, accoglie e vive lo scorrere spontaneo ed ininterrotto dell'esperienza.

Secondo il filosofo Friedlander, che ha influenzato il pensiero di Perls, i comportamenti sono "l'espressione di una dialettica spontanea che si manifesta nel presente" cui dà il nome di **indifferenza creativa**. La spontaneità creativa risiede nella intenzionalità ad equilibrare le polarità opposte che, per la tendenza naturale dell'organismo a raggiungere l'equilibrio, non sono entità stabili ma provvisorie ed in continuo adattamento. Tali entità sono i fenomeni. Se si lasciano andare le presenze disturbanti dal campo della coscienza ci si può riappropriare dello stato di pace dell'indifferenza creativa noto come **vuoto fertile**. Si tratta del vuoto da cui nasce il nuovo, da cui può emergere qualsiasi figura ed in cui risiedono le possibilità del futuro. La terapia gestaltica si pone il compito di rendere possibile l'esperienza del vuoto e di trasformare il vuoto sterile in vuoto fertile. Per riconoscere ciò che si è e la realtà per quella che è, è necessario dunque passare per l'assenza, imparare a tollerare il vuoto.

**Bibliografia**

A.A.V.V., (2020). *Analisi transazionale per i disturbi ansiosi in adolescenza. Dieto ogni ansia si nasconde una storia.* Franco Angeli, Milano.

Berne E. (1971). *Analisi transazionale e psicoterapia.* Astrolabio, Roma.

Borgna E., (2011). *Le figure dell'ansia.* G. Feltrinelli, Milano.

*Ferrara A., (2011). Una Gestalt per i nostri tempi.* Pubblicato in: *Psicoterapia della Gestalt contemporanea*, a cura di Maria Menditto. Franco Angeli, Milano.

Ginger S. (2005). *Iniziazione alla Gestalt. L'arte del con-tatto.* Edizione Mediterranee, Roma.

Perls F., Hefferline R. F., Goodman P., (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della personalità umana.* Astrolabio, Roma.

**INDICE**

L'arte della voce in psicoterapia: il suono oltre la parola di <i>Valeria Bassolini</i>	pag. 2	Lo psicologo nella scuola inclusiva di <i>Monica Gianfico</i>	pag. 42
Clinical Risk Management (gestione del rischio clinico) di <i>Daniela Di Martino</i>	pag. 7	Adolescenti isolati di <i>Giulia Tarabbo</i>	pag. 45
Essere adolescenti durante una pandemia: Bisogni e Valori di <i>Federica Luongo</i>	pag. 10		
Linguaggio, linguistica, comunicazione e psicologia di <i>Alberta Casella</i>	pag. 12		
Impatto della pandemia Covid 19 sulla salute mentale: studi sulla popolazione italiana di <i>Letizia Papa</i>	pag.14		
Il lutto tabù: il lutto perinatale di <i>Barbara Casella</i>	pag. 17		
Crescere con la ADHD come evolve il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività nell'età adulta di <i>Roberto Ghiaccio</i>	pag. 20		
Le comunità virtuali quali risorse per i rapporti sociali durante l'emergenza sanitaria Covid 19 di <i>Francesca Dicè</i>	pag. 30		
Conseguenze psicologiche e relazionali derivate dal Lockdown nelle famiglie con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico di <i>Emanuele Mingione</i>	pag.33		

## REDAZIONE

Valeria Bassolino

Alberta Casella

Barbara Casella

Francesca Dice

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Monica Gianfico

Veronica Lombardi

Emanuele Mingione

Giulia Tarabbo

### Supplemento mensile a:

**psicologinews.it** Autorizzazione  
Tribunale di Napoli n° 5584/20

del 11/11/2020

### Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il 15/02/2021

## COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia