

Psicologinews.it

Scientific

Quando il bambino si “comporta male”. Alcune questioni sulla diagnosi differenziale in età evolutiva
di **Francesca Dicè**
pag 23

Mikuzo Kuyo: riflessioni sul rituale nipponico dell'aborto tra psicologia e antropologia culturali
di **Lia Corrieri** pag 26

Il Discorso Terapeutico: il ricordo di **Alberta Casella** pag 33



L'insicurezza del lavoratore
di **Veronica Sarno** pag 4

Quando un comportamento è disturbato? aggressività transdiagnostica
di **Roberto Ghiaccio**
pag 11



REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Lia Corrieri
Francesca Dicè
Ilaria Di Giusto
Daniela Di Martino
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Cinzia Saponara
Veronica Sarno

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 32
del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it
Chiuso il: 18 Luglio 2022

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
Aristide Saggino
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

INDICE

**L'insicurezza del
lavoratore
di Veronica Sarno pag 4**

**Quando un
comportamento è
disturbato?
aggressività
transdiagnostica
di Roberto Ghiaccio
pag 11**

**Quando il bambino si
"comporta male".
Alcune questioni sulla
diagnosi differenziale in
età evolutiva
di *Francesca Dicè*
pag 23**

***Mikuzo Kuyo*: riflessioni
sul rituale nipponico
dell'aborto tra
psicologia e
antropologia culturali
di *Lia Corrieri* pag 26**

Il Discorso Terapeutico:**il Ricordo****di *Alberta Casella******pag 33***

L'insicurezza del lavoratore di Veronica Sarno

Le organizzazioni mostrano un interesse crescente verso forme di contratto a termine (Hellgren, 2000). La globalizzazione ha indotto le aziende a doversi rendere sempre più flessibili, a causa della forte competizione e dei costi del lavoro, che l'azienda tenta di ridurre, attuando processi di rimpicciolimento dei diritti dei lavoratori e/o deterioramento delle condizioni lavorative (Nixon, 1994); questo cambia la natura del lavoro anche per chi ha mantenuto il posto, in quanto aumenta il carico di lavoro pro capite, ed una conseguente incertezza del lavoratore relativa alla propria performance (Nelson, 1998); i cambiamenti organizzativi introducono quindi nei lavoratori un senso di insicurezza, che si esprime nella preoccupazione riguardo l'esistenza futura del proprio lavoro (Ruvio, 1996), nella percezione di una potenziale minaccia alla continuità della propria attività professionale

(House, 1994), nelle aspettative professionali di continuità della propria mansione (Davy, 1997); a cui si aggiunge un mercato del lavoro poco attivo che non consente facili transizioni lavorative. L'incertezza del lavoratore è in continuo aumento, si genera *insicurezza lavorativa*, espressione usata da Hellgren (2002), per indicare le reazioni negative dei lavoratori a tutti questi cambiamenti che investono il loro lavoro, al senso di impotenza nel mantenere la continuità in una situazione lavorativa, sino ad arrivare alla paura della perdita totale del lavoro.

Rosenblatt (1984) considera l'insicurezza lavorativa un costrutto complesso multidimensionale, che include la combinazione di minacce al lavoro in sé, le minacce alle caratteristiche reputate importanti del lavoro, il senso di impotenza nel contrastare tali minacce e l'importanza complessiva del lavoro.

Rubio (1999) reputa che gli effetti dell'insicurezza lavorativa, varino in base al

genere, gli uomini avvertono il senso di minaccia soprattutto sul versante economico e mostrano effetti negativi riguardo al coinvolgimento organizzativo e sviluppano piuttosto velocemente l'intenzione di abbandonare quel lavoro; le donne manifestano maggiormente la propria insofferenza con una diminuzione della propria performance e sentono meno supporto organizzativo.

Tuttavia, le differenze individuali possono cambiare la percezione di insicurezza lavorativa.

Secondo Hartley (1991) i fattori che incidono sulla diversa percezione di insicurezza lavorativa sono i seguenti:

- a) Differenze individuali
- b) Equità
- c) Sostegno

Fournier (1993) invece reputa che ad incidere sulla percezione di insicurezza lavorativa siano il:

- Locus of control
- Bisogno di sicurezza
- Centralità lavoro

Secondo Pozner (1980) la possibilità di partecipare alle decisioni modera inoltre

l'effetto dello stress legato al ruolo lavorativo, in quanto i lavoratori esperiscono un senso di controllo sulle proprie condizioni.

Tuttavia, è stato riscontrato che le reti di sostegno sociale non lavorative (come famiglia e amici) hanno un effetto positivo nella relazione tra insicurezza e insoddisfazione per la propria vita, mentre le reti lavorative fungono da cuscinetto contro gli effetti negativi dell'insoddisfazione per il proprio lavoro, della ricerca proattiva di impiego e dei comportamenti lavorativi non conformi alle norme (Lim, 1996).

Hartley (1991) ha definito l'insicurezza lavorativa come la discrepanza tra il livello di sicurezza esperito dal lavoratore e il livello che invece preferirebbe. Un senso continuo e minaccioso di insicurezza logora psicologicamente un lavoratore e parallelamente subentrano malesseri fisici, si può assistere ad una sintomatologia simile e a quella identificata per lo stress da lavoro correlato ed al burn-out, il fattore più significativo

risiede nella diminuzione della soddisfazione per il proprio lavoro Moore e Greenberg (1998), e nel conseguente desiderio di cambiare lavoro e trovarne uno dalle caratteristiche migliori.

La crescente ed attuale dinamicità del mondo del lavoro esige dalle persone coinvolte di mostrarsi sempre più malleabili ed adattabili alle esigenze della situazione.

Hall (2002) ha coniato a questo proposito il concetto di carriera proteiforme, che consiste in una forte elasticità e capacità da parte del lavoratore di gestire molteplici identità e ruoli lavorativi, in contrasto con la concezione tradizionale di carriera che risponde a un contratto di tipo paternalistico tra datore di lavoro e lavoratore, la realtà del lavoro attuale mette l'individuo di fronte ad un'esperienza di carriera autogestita e senza confini precisi, composta da differenti posizioni all'interno di più organizzazioni entra in gioco la necessità di negoziare un numero sempre più ampio di transizioni di ruolo.

La capacità di tollerare i cambiamenti e di adattarsi è indispensabile, e se presente rende l'individuo proattivo di riuscire a migliorare la propria vita, cercando continuamente nuovi e migliori lavori, che però sono molto difficili da trovare.

Fugate (2004) conia il costrutto di impiegabilità, che sposta la responsabilità per lo sviluppo di carriera dal datore di lavoro al lavoratore. L'impiegabilità è considerata una forma di adattabilità lavorativa attiva che consenta ai lavoratori di concretizzare le opportunità di carriera che si possano loro presentare, facilitando la mobilità all'interno di un'organizzazione e tra più organizzazioni e di conseguenza aumentando le probabilità di impiego di un individuo. Il costrutto di impiegabilità si fonda principalmente sui concetti di adattabilità attiva e proattività. Per il lavoratore che intende cambiare azienda devono affrontare una transizione, confrontandosi attivamente col proprio ambiente di lavoro, mentre ricerca informazioni adeguate sull'ambiente

lavorativo, sullo status del lavoratore e sulle sue relazioni all'interno dell'ambiente stesso, ma devono anche possedere una disposizione adeguata all'adattamento, ottimismo e senso di autoefficacia e schemi cognitivi che consentano di affrontare la sfida di un cambiamento, soprattutto i lavoratori devono mostrarsi flessibili e in grado di modificare cognizioni, affetti e comportamenti qualora se ne presentasse la necessità.

Fugate (2004) parla di identità di carriera: la definizione di sé in un contesto lavorativo in termini di "chi sono/chi voglio essere" che può motivare l'individuo ad

adattarsi per raggiungere o creare le opportunità che coincidono con le proprie aspirazioni; le informazioni raccolte sull'ambiente lavorativo devono essere infatti rilevanti per un'identità saliente. Gli individui proattivi hanno minori difficoltà ad adattare la situazione lavorativa ai propri bisogni, mostrandosi inclini ad apprendere e a sfruttare attivamente ogni elemento in

grado di modificare la situazione in modo da raggiungere l'identità desiderata sul piano lavorativo; sono avvantaggiati anche perché sono più flessibili nel modificare cognizioni e comportamenti al fine di ottimizzare sia la situazione che gli outcome prevedibili (Fugate et al., 2004). Inoltre, l'orientamento proattivo ha un effetto positivo anche sul senso di incertezza, perché percepiscono maggiore controllo sulla situazione, perché si percepiscono in grado di identificare un ampio spettro di alternative di carriera e raggiungere quelle a cui sono interessati.

Markus (1999) ha detto che l'attenzione si sposta dalle possibilità di carriera a sé desiderabili ed indesiderabili, che infine orientano le scelte di carriera, alla ricerca di aspetti di carriera del sé desiderabile, tuttavia, le identità di carriera non sono facilmente inseribili in qualche etichetta, ma necessitano di una forma narrativa, che consenta di fornire maggiore continuità ed attribuire

molteplici e differenti significati, in questo modo è possibile mettere in evidenza le tematiche preferite dall'individuo e tralasciare le incoerenze in un secondo piano.

Secondo Fugate (2004) narrare della propria identità di carriera diviene dunque un mezzo mediante il quale un lavoratore possa costruire il proprio valore sia ai suoi occhi, sia agli occhi di altri individui significativi; in più l'identità di carriera si riflette inoltre sullo stile di identità di un individuo: gli individui con un orientamento informativo tendono a cercare e utilizzare in modo proattivo le informazioni rilevanti per il sé, gli individui con un orientamento normativo tendono invece a conformarsi alle aspettative altrui, mentre chi ha un orientamento evitante cerca di non riflettere sulla propria immagine di sé (Berzonsky, 1990).

Secondo Stokes (1996) l'ottimismo è una qualità fondamentale nel contesto lavorativo, in quanto consente di valutare i cambiamenti come esperienze di

apprendimento dal valore intrinseco, i lavoratori ottimisti percepiscono più opportunità sul posto di lavoro e tendono a perseguire i propri obiettivi, orientando la propria carriera in modo attivo e adattivo.

Oltretutto, un processo di apprendimento costante è stato più volte indicato come uno dei fattori chiave per il raggiungimento del successo nella propria carriera (Hall e Mirvis, 1995).

Digman (1990) ha sottolineato che la predisposizione all'apertura risulta un aspetto centrale dell'adattabilità individuale, in quanto un lavoratore aperto non rifiuta le nuove esperienze, bensì si mostra flessibile per affrontare l'incertezza e ha un atteggiamento favorevole verso gli eventi che innescano un cambiamento sul lavoro. Inoltre, accettare i cambiamenti risulta associato positivamente alla soddisfazione per il proprio lavoro e negativamente all'intenzione di abbandonarlo (Wanberg e Banas, 2000), oltre a fornire un supporto in situazioni di incertezza e a migliorare la

disponibilità e l'efficienza del training indipendentemente dall'occupazione.

Secondo Skinner (1996) la percezione di locus interno, induce gli individui a credersi capaci di influenzare il corso degli eventi che li riguardano, al contrario di quanto

accade per chi percepisce un locus esterno, inoltre, l'adattabilità individuale trova fondamento anche nella percezione di autoefficacia, ovvero la percezione di essere in grado di portare a termine una performance positiva e di gestire con successo gli eventi della propria vita (Bandura, 1997). L'autoefficacia infatti, influenza direttamente la percezione di adattabilità di un individuo e di conseguenza ne aumenta la determinazione in situazioni di emergenza ed incertezza

Fugate (2004) ha messo in evidenza che il senso dell'autoefficacia percepita promuova il senso di adattabilità indipendentemente dalla posizione lavorativa o dal tipo di transizione.

Bibliografia e sitografia

<https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1464-0597.0077z>

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York

Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 14,

Burke, R.J., & Nelson, D. (1998). Mergers and acquisitions, downsizing, and privatization: A North American perspective. In M.K. Gowing, J.D. Kraft, & J.C. Quick (Eds.), *The new organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization* (pp. 21–54). Washington, DC: American Psychological Association.

Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model.

Annual review of psychology (Vol. 41, pp. 417–440). Stanford, CA: Annual Reviews.

Fugate, M., Kinicki, A. J., & Scheck, C. L. (2002.2004). Coping with an organizational merger over four stages. Personnel Psychology, 55

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. American Psychologist, 41, 954-969.189

Markus, H., & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. In L. A. Pervin (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology (pp. 211–241). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Nelson, G., Prilleltensky, , & MacGillivray, H. (2001). Building value-based partnerships: Toward solidarity with oppressed groups. American Journal of Community Psychology, 29

Schlossberg, N. K., Waters, E. B., & Goodman, J. (1995). Counselling adults in transitions – Linking practice with theory. 2nd edition. New York, NY: Springer.

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. Journal of Personality and Social Psychology, 71

Quando un comportamento è disturbato? aggressività transdiagnostica **di Roberto Ghiaccio**

I disturbi del neurosviluppo sono principalmente spiegati da un'ipotesi di deficit cognitivo multiplo che sottolinea come i profili clinici siano il risultato di interazioni complesse tra diversi deficit cognitivi e fattori di rischio condivisi. Questi disturbi sono spesso caratterizzati dalla presenza concomitante di più di una condizione clinica, portando al fenomeno della *comorbidità*. La ricerca esistente ha mostrato chiaramente che vari problemi di sviluppo tendono a coesistere, e che i loro sintomi possono trovarsi lungo un continuum di gravità.

Ciò che non è chiaro, tuttavia, è se i bambini con questi problemi concomitanti presentino due o più disturbi separati o diversi sintomi associati a una singola condizione sottostante, e se tale condizione eterotipica

possa sconfinare in disturbi classificati in altre categorie diagnostiche. La comorbidità spesso significa che le traiettorie di sviluppo si intersecano per diversi disturbi afferenti anche a diverse *sistemazioni nosografiche*. Comprendere queste traiettorie e il modo in cui si intersecano può far luce sulla loro eziologia e sulla reciproca interdipendenza.

Tale intreccio è ancor più complesso nei casi dei così detti disturbi del comportamento, quadri definiti dalla presenza da un modello persistente di comportamenti negativi, provocatori o che infrangono le regole che sono dirompenti e spropositati in vari basenti di vita. L'impulsività, che può essere definita come una sopravvalutazione della ricompensa a breve termine rispetto agli obiettivi a lungo termine, è collegata ad altri costrutti, come il controllo esecutivo e la disinibizione. Tratto transdiagnostico, l'impulsività è una caratteristica di molti disturbi che possono sembrare piuttosto distinti.

In effetti, l'ADHD, il disturbo da gioco d'azzardo, i disturbi da uso di sostanze, il disturbo affettivo bipolare, il disturbo borderline di personalità e il disturbo da gioco su Internet condividono tutti il discontrollo degli impulsi come caratteristica prominente. La recente riclassificazione del DSM5, con la sua enfasi sulla dimensionalità, ha ulteriormente evidenziato l'impulsività, in parte attraverso l'inclusione di due nuovi raggruppamenti diagnostici: "ossessivo-compulsivo e disturbi correlati", che sostiene uno spettro compulsivo-impulsivo, e "dirompente".

I dati di neuroimaging suggeriscono l'attivazione differenziale, la densità della materia grigia e la connettività funzionale nelle aree corticali, come la corteccia prefrontale, la corteccia orbitofrontale, la corteccia cingolata anteriore e l'amigdala.

Perché esiste l'aggressività in natura?

Da un punto di vista evolutivo i comportamenti aggressivi come, per esempio, l'attacco, la difesa e la minaccia, sono

comunemente correlati alla competizione mirata ad ottenere risorse o all'accoppiamento o, ancora, alla sopravvivenza. Darwin nel 1871 è stato uno dei primi studiosi della storia che ha rivolto il suo interesse scientifico verso l'aggressività, occupandosi soprattutto dell'aggressività legata a ottenere opportunità di accoppiamento (la "selezione sessuale") perché questa è la prima ragione per cui gli animali combattono con altri appartenenti della stessa specie oltre ad essere, senza dubbio, la tipologia di aggressività che più si avvicina a quella degli esseri umani.

Nei bambini e negli adolescenti il comportamento aggressivo è considerato uno dei più studiati predittori comportamentali di successivi problemi di adattabilità sociale ed è consistentemente correlato a scarsi successi scolastici. Inoltre, l'aggressività infantile è considerata un precursore evolutivo di comportamenti delinquenziali, abuso di sostanze, depressione ed

anche suicidio. Tuttavia, non tutti i tipi di aggressività infantile sfociano in successivi problemi e lo sviluppo di sequele dei comportamenti aggressivi non è lo stesso per tutti gli individui.

L'aggressività è considerata un costrutto eterogeneo che consiste di differenti sottodimensioni e la traiettoria evolutiva di un tipo di aggressività può non corrispondere a quella di un altro tipo di aggressività. I dati presenti in letteratura sostengono l'idea che lo sviluppo del comportamento violento è parte di un ampio schema di sviluppo deviante che usualmente inizia con un comportamento distruttivo o delinquenziale, che attualmente vede i suoi precursori rintracciabili sin dai primissimi anni di vita, ovvero dal terzo anno di vita in poi.

La ricerca descrive un andamento alterno dei comportamenti aggressivi (overt) che, con un picco intorno al secondo anno di vita, diminuiscono nel corso dell'età di latenza grazie alla migliore acquisizione delle

competenza linguistiche e sociali, per poi riprendere quota in adolescenza. Nel periodo prescolare l'iperattività può essere in taluni casi associata ad un comportamento antisociale a insorgenza precoce e persistente; in questi casi di solito sono associate anche difficoltà cognitive di vario genere e problemi relazionali con il gruppo dei pari.

Non è affatto chiaro, però, se il deficit cognitivo, l'impulsività e l'iperattività 10 rappresentino insieme un unico fattore di rischio o se, piuttosto, ciascun aspetto definisca un differente tipo di rischio concomitante. Numerosi autori sostengono che il comportamento antisociale che inizia nella prima infanzia ha molte più probabilità di persistere nel tempo che quello che inizia nell'adolescenza. E' altamente probabile che la varietà a esordio precoce rappresenti una forma a eziopatogenesi diversa, in quanto ha molte più probabilità di essere associata ad iperattività, deficit attentivi e relazioni inadeguate con i coetanei.

Tradizionalmente l'aggressività è stata distinta in ostile o affettiva (reattiva) o strumentale (proattiva) e solo la prima è associata ad impulsività. Inoltre, si può anche distinguere tra aggressività difensiva (provocata) e aggressività offensiva, cioè senza provocazione, e solo quest'ultima sembra destinata ad uno sviluppo antisociale. I sintomi dei disturbi mentali più comuni sono stati generalmente concettualizzati come rientranti in due grandi dimensioni sia negli adulti che nei bambini. Una dimensione è stata etichettata come ipercontrollata, angoscia o interiorizzante e include i sintomi dei disturbi emotivi come ritiro sociale, ansia e depressione.

La seconda dimensione è stata etichettata come sottocontrollata, disinibita o esternalizzante e comprende vari comportamenti impulsivi, iperattivi, di uso di sostanze, dirompenti e aggressivi. Questi due domini della psicopatologia formano in modo robusto fattori separati in vari campioni di

diversi gruppi di età che supportano modelli distinti di covariazione all'interno degli individui. Questo capitolo discute il controllo dirompente, degli impulsi, e disturbi della condotta e fornisce una panoramica di alcune questioni chiave nella classificazione di questi disturbi nei bambini e negli adolescenti.

La categoria dei disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta fornisce il raggruppamento primario per i disturbi dirompenti nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5).

Questi sono un gruppo di disturbi che sono collegati da diverse difficoltà nel controllare i comportamenti aggressivi, l'autocontrollo e gli impulsi. Tipicamente, i comportamenti o le azioni risultanti sono considerati una minaccia principalmente alla sicurezza degli altri e/o alle norme sociali. Il DSM 5, svincola definitivamente l'ADHD dai *DISTURBI: DIROMPENTE, DEL CONTROLLO DEGLI*

IMPULSI E DELLA CONDOTTA, per quanto sovente possono trovarsi in forme di comorbidità o overlapping, il DSM 5 ne da una definizione ed inquadramento nettamente differenti così ripartisce i cosiddetti disturbi del comportamento (in questo breve scritto di focalizzeremo sui primi tre quadri):

- Disturbo oppositivo provocatorio
- Disturbo esplosivo intermittente
- Disturbo della condotta
- Piromania
- Cleptomania
- Altro disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta specificato
- Disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta non specificato.

Disturbo Oppositivo Provocatorio

I soggetti con disturbo oppositivo provocatorio (ODD) sono meglio descritti come sgradevoli e distruttivi. Spesso

questi soggetti hanno un'indole irritabile. Il loro comportamento è provocatorio, ma non supera la soglia della delinquenza.

Il disturbo oppositivo provocatorio è un disturbo comune nei bambini e negli adolescenti che vengono indirizzati ai servizi di riferimento per problemi comportamentali. Gli individui con questo disturbo sperimentano vari livelli di disfunzione secondaria a oppositività, vendicatività, discussioni e aggressività.

I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio includono un pattern di:

- Umore arrabbiato/irritabile: spesso perde le staffe, si infastidisce facilmente, spesso arrabbiato e risentito.
- Comportamento polemico/ribelle: spesso litiga con figure autoritarie o adulti, spesso rifiuta di conformarsi a richieste o regole, infastidisce deliberatamente gli altri, incolpa gli altri per errori o

comportamenti scorretti.

- Vendicatività: calda o freddo, reattiva o intenzionale.

Questi comportamenti sono comunque angoscianti per l'individuo e allarmanti per gli altri. La rabbia, i comportamenti minacciosi e il disprezzo causano interruzioni a scuola o al lavoro e influiscono sulle relazioni con gli altri. Da notare, questi comportamenti non includono l'aggressione verso animali o persone, distruzione o furto. In altre parole, non ci sono violazioni ad altri o norme sociali. Gli individui con disturbo oppositivo provocatorio, probabilmente sperimenteranno conflitti con adulti e figure autoritarie.

Per essere diagnosticato con il Disturbo Oppositivo Provocatorio, i comportamenti devono verificarsi con almeno un individuo che non è il fratello della persona. I segni del disturbo si sviluppano tipicamente durante la scuola materna o la prima elementare, ma possono manifestarsi anche nell'adolescenza con un

esordio apparentemente ritardato. Per i bambini di età inferiore ai 5 anni, i comportamenti si verificano quasi tutti i giorni per almeno sei mesi. Per le persone dai 5 anni in su, i comportamenti si verificano almeno una volta alla settimana per almeno sei mesi. La gravità di questo disturbo si basa sul numero di contesti in cui si osservano i comportamenti disadattivi.

La causa del disturbo oppositivo provocatorio non è completamente compresa. Tuttavia, si ritiene che l'ODD possa essere secondario a diversi fattori biologici, psicologici e sociali. Esistono diversi rischi associati allo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio: scarsa tolleranza alla frustrazione, alti livelli di reattività emotiva, abbandono durante l'infanzia e genitorialità incoerente, a tal riguardo appare doveroso attenzionare i possibile quadri del comportamento sociale disinibito e disturbo reattivo dell'attaccamento. L' ODD tende ad essere più comune nei bambini che vivono in povertà ed è più comune nei

ragazzi rispetto alle ragazze prima dell'adolescenza. La prevalenza del disturbo oppositivo provocatorio è di circa il 3,3%.

A molti, ma non a tutti, bambini e adolescenti a cui è stato diagnosticato un disturbo oppositivo provocatorio verrà successivamente diagnosticato un Disturbo della Condotta, che è generalmente considerato un disturbo comportamentale più grave. Tuttavia, il disturbo oppositivo provocatorio non è necessariamente una condizione cronica. Circa il 70% delle persone con disturbo oppositivo provocatorio avrà una risoluzione dei sintomi prima del compimento dei 18 anni. Inoltre, circa il 67% dei bambini con diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio non soddisferà più i criteri diagnostici entro un follow-up di 3 anni. Da notare che gli adulti e gli adolescenti a cui è stato diagnosticato un disturbo oppositivo provocatorio hanno una probabilità del 90% di essere diagnosticati con un'altra malattia mentale nella loro

vita 3 - in particolare disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, abuso di sostanze, disturbo della condotta, disturbo antisociale di personalità e altro disturbi della personalità. Gli individui con disturbo oppositivo provocatorio hanno un rischio maggiore di morire per suicidio rispetto alla popolazione generale.

Il disturbo oppositivo provocatorio viene diagnosticato da uno psichiatra o altro professionista della salute mentale sulla base delle informazioni dell'individuo (bambino, adolescente, adulto) e, per bambini/adolescenti, di genitori, insegnanti e altri operatori sanitari. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) osserva che è importante che un bambino abbia una valutazione completa per identificare qualsiasi altra condizione che possa contribuire a problemi, come ADHD, difficoltà di apprendimento, depressione o ansia.

Disturbo della condotta

La caratteristica per eccellenza del disturbo della condotta (CD) è una violazione persistente delle regole sociali e dei diritti degli altri. Ulteriori caratteristiche salienti includono la distruzione di proprietà, l'inganno e l'attività illegale. Quelli con CD sono stati spesso caratterizzati come insensibili, manipolatori e privi di emozioni prosociali. Il disturbo della condotta implica comportamenti gravi che violano i diritti degli altri o le norme sociali. I comportamenti possono comportare aggressioni nei confronti di altri, animali e/o distruzione di proprietà, il che potrebbe comportare conseguenze legali. Come affermato nella sezione sul disturbo oppositivo provocatorio, molti (ma non tutti) bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio alla fine soddisferanno i criteri diagnostici per il disturbo della condotta. Tuttavia, non tutti gli individui a cui è stato diagnosticato un Disturbo della Condotta sono stati

inizialmente diagnosticati con ODD. 5

I sintomi del disturbo della condotta includono vari modelli di:

- Aggressione a persone e animali (prepotente, intimidazione, inizio risse, uso di armi, crudeltà verso altri, crudeltà verso animali, furto mentre affronta una vittima, violentata altre persone).
- Distruzione di proprietà (incendio deliberato, atti vandalici).
- Inganno o furto (irruzione in proprietà, manipolazione di altri, furto).
- Gravi violazioni delle regole (scappa di casa, scappa da scuola, sta fuori la notte).

Secondo il *DSM-5*, questi comportamenti possono essere osservati per la prima volta in età prescolare. Tuttavia, i sintomi più significativi tendono a comparire tra la mezza infanzia e la mezza adolescenza. È raro che questi sintomi compaiano per

la prima volta dopo i 16 anni. Il disturbo della condotta viene diagnosticato solo nei bambini e nei giovani fino ai 18 anni di età. Agli adulti con sintomi simili può essere diagnosticato un disturbo di personalità antisociale. Il trattamento precoce può aiutare a prevenire il persistere dei problemi nell'età adulta.

Esistono molteplici fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo della condotta, tra cui: stili genitoriali rigidi, esposizione ad abusi fisici o sessuali durante l'infanzia, educazione instabile, uso di sostanze materne durante la gravidanza, uso di sostanze da parte dei genitori e attività criminali e povertà.

Questi comportamenti causano disfunzioni significative in molteplici contesti come a casa, a scuola, nelle relazioni e nei contesti lavorativi. Tuttavia, le persone con disturbo della condotta possono negare o minimizzare i loro comportamenti. Il disturbo della condotta è generalmente considerato più grave di ODD. Può essere associato a comportamenti criminali,

abbandono della scuola superiore e abuso di sostanze. Circa il 40% degli individui che soddisfano i criteri diagnostici per il disturbo della condotta, in seguito soddisferanno i criteri diagnostici per il disturbo antisociale di personalità. La prevalenza del disturbo della condotta è compresa tra 1,5% e 3,4%. Tende ad essere più comune nei maschi. Circa il 16-20% dei giovani con disturbo della condotta ha anche l'ADHD. 5 Da notare, i giovani che hanno sia l'ADHD che il disturbo della condotta hanno un rischio maggiore di uso di sostanze, di incidenti stradali, e sono ad alto rischio socio-assistenziale.

Disturbo esplosivo intermittente

Il disturbo esplosivo intermittente (IED) è definito come una bassa tolleranza alla frustrazione e alle avversità. Tra gli episodi esplosivi, questi bambini dimostreranno un comportamento appropriato; tuttavia, dopo l'esposizione a minime avversità, questi pazienti

risponderanno con scoppi d'ira violenti e sproporzionati, che possono sembrare "fuori carattere". Per inciso, la rapidità dell'escalation è rispecchiata, temporalmente, dalla de-escalation. Le esplosioni esplosive non hanno slancio per un guadagno secondario

Il disturbo esplosivo intermittente è un disturbo associato a frequenti esplosioni di rabbia impulsiva o aggressività, come scatti d'ira, discussioni verbali e litigi. I comportamenti osservati provocano aggressioni fisiche nei confronti di altri o animali, distruzione di proprietà o aggressioni verbali. 6 Gli scoppi aggressivi:

- Sono sproporzionati rispetto all'evento o all'incidente che li ha innescati.
- Sono impulsivi.
- Causa molta angoscia per la persona.
- Causa problemi al lavoro oa casa.

È importante notare che questi comportamenti aggressivi non sono pianificati, sono impulsivi e basati sulla rabbia. Si

verificano rapidamente dopo essere stati provocati e in genere non durano più di 30 minuti. Questi sfoghi devono essere associati a disagio soggettivo o disfunzioni sociali o occupazionali. Gli individui affetti tendono ad avere una scarsa soddisfazione per la vita e una qualità della vita inferiore.

Per soddisfare i criteri diagnostici, gli individui affetti devono avere almeno 6 anni o l'equivalente dello sviluppo. Tuttavia, questo disturbo viene solitamente osservato per la prima volta nella tarda infanzia o nell'adolescenza. La prevalenza a un anno è del 2,7% e la prevalenza una tantum è del 7%.

Molti fattori di rischio sono stati identificati con lo sviluppo del Disturbo Esplosivo Intermittente, come: essere maschio, giovane, disoccupato, single, avere livelli di istruzione più bassi ed essere vittima di violenza fisica o sessuale. Il disturbo esplosivo intermittente è associato ad ansia e disturbi bipolari. Gli individui con questo disturbo hanno

maggiori rischi di sviluppare disturbi da uso di sostanze rispetto a quelli che ne sono privi.

Bibliografia

Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jan;46(1):126-141. doi: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af. PMID: 17195736

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 2013.

Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016 Apr 1;93(7):586-91. PMID: 27035043.

Steiner H, Dunne JE. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

1997 Oct;36(10):1482-5. doi: 10.1097/00004583-199710000-00037. PMID: 9334562.

Lillig M. Conduct Disorder: Recognition and Management. *Am Fam Physician*. 2018 Nov 15;98(10):584-592. PMID: 30365289.

Scott, K. M., de Vries, Y. A., Aguilar-Gaxiola, S., et al. World Mental Health Surveys collaborators (2020). Intermittent explosive disorder subtypes in the general population: association with comorbidity, impairment, and suicidality. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e138. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000517>

Rynar L, Coccaro EF. Psychosocial impairment in DSM-5 intermittent explosive disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Jun; 264:91-95. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.077. Epub 2018 Mar 30. PMID: 29627702; PMCID: PMC5983894.

Fanning JR, Coleman M, Lee R, Coccaro EF. Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *J Psychiatr Res*. 2019 Feb; 109:164-172.

doi: 10.1016/
j.jpsychires.2018.10.013.
Epub 2018 Oct 19. PMID:
30551023; PMCID:
PMC6699742.

Merrick J, Howell Bowling C,
Omar HA. Fire setting in
childhood and
adolescence. *Front Public
Health*. 2013 Oct 8;1:40. doi:
10.3389/fpubh.2013.00040.
PMID: 24350209; PMCID:
PMC3859988.

Quando il bambino si “comporta male”. Alcune questioni sulla diagnosi differenziale in età evolutiva

di *Francesca Dicè*

Spesso, agli ambulatori di Neuropsichiatria si rivolgono genitori che lamentano, esasperati, il continuo ricorso, da parte dei loro bambini, a comportamenti litigiosi e provocatori, poco adatti ai contesti sociali, intolleranti alle frustrazioni, al punto da necessitare di un aiuto per la loro gestione.

Il primo passaggio necessario è quello di operare per un'opportuna ed approfondita diagnosi differenziale, esplorando inizialmente con i genitori la natura di questi “comportamenti disadattivi”, la loro insorgenza e soprattutto l'eventuale associazione con determinati ambienti o situazioni.

E' poi opportuno, attraverso il ricorso a specifici strumenti quali il colloquio, l'osservazione e test diagnostici, distinguere fra

diversi quadri clinici presentati dal DSM. I principali sono:

- Il Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività (ADHD), un disturbo del neurosviluppo (ovvero una condizione in cui il funzionamento personale, sociale e scolastico del bambino è compromesso (Gruppo Studi Cognitivi, SINPIA, 2022)). L'ADHD è definito dal DSM come “uno stato persistente di disattenzione, iperattività e impulsività più frequente e grave di quanto tipicamente si osservi in bambini di pari livello di sviluppo” (Epicentro ISS).
- Il Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente (DMDD), un disturbo dell'umore (ovvero una grave alterazione del tono dell'umore (Ospedale Maria Luigia, 2022)). Il DMDD è definito dal DSM come caratterizzato da “un umore

persistentemente arrabbiato o irritabile con importanti esplosioni di rabbia sproporzionate rispetto alla situazione vissuta” (Ospedale Maria Luigia, 2022).

- Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), un disturbo del comportamento (ovvero l’assunzione di condotte disfunzionali quali ad esempio aggressività, tendenza alla sfida, violazione delle regole ed atteggiamenti socialmente inappropriati (Istituto Beck b)). Il DOP è definito dal DSM come “caratterizzato da livelli di rabbia continua ed evolutivamente inadeguata, irascibilità, provocatorietà ed oppositività, menomazione nel funzionamento personale e sociale” (APC).
- Il Disturbo Esplosivo Intermittente (DEI), un altro disturbo del

comportamento. Il DEI è definito dal DSM come caratterizzato da “un’impossibilità a controllare le emozioni da reazioni di rabbia del tutto spropositate alle provocazioni e ad altri fattori stressanti” (Sanità Informazione, 2021).

- Il Disturbo della Condotta (DC), un terzo disturbo del comportamento. Il DC è definito dal DSM come “la tendenza a violare, in maniera ripetitiva e persistente, le regole imposte dalla società e i diritti degli altri” (Istituto Beck a).

La diagnosi può essere agevolata dal ricorso a test diagnostici proiettivi tematici, come il Children's Apperception Test (CAT) o il Thematic Apperception Test (TAT), ed a questionari o interviste rivolte alla famiglia come la Child Behavior Check List (CBCL), le Vineland Adaptive Behavior Scales II (VABS) e le Conners Rating Scales 3; spesso può essere d’aiuto anche un test di livello

come le Coloured Progressive Matrices (CPM) o la Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV). Per il loro trattamento, inoltre, è spesso suggerito il ricorso a trattamenti riabilitativi quali la psicoterapia e la psicomotricità, allo scopo di modificare i comportamenti disadattivi e di promuovere i processi di consapevolezza e regolazione emozionale (SINPIA 2002). Può rivelarsi fondamentale anche la psicoterapia familiare, per supportare i genitori nelle difficoltà del loro compito psicoeducativo.

Bibliografia.

- APC. Disturbo Oppositivo Provocatorio. Retrieved from <https://bit.ly/3yJIUxO>
- Epicentro ISS. Sindrome da deficit di attenzione. Retrieved from <https://bit.ly/3nKt2os>
- Gruppo Studi Cognitivi. ADHD Disturbo da deficit di attenzione iperattività. Retrieved from <https://bit.ly/3RaU5XJ>
- Istituto A.T. Beck (a). Disturbo della condotta – Bullismo – Aggressività. Retrieved from <https://bit.ly/3Rf3eOT>
- Istituto A.T. Beck (b). I disturbi del comportamento. Retrieved from <https://bit.ly/3AmqrZE>
- Ospedale Maria Luigia (2022). Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente. Retrieved from <https://bit.ly/3ae6gSW>
- Sanità Informazione (2021). Il disturbo esplosivo intermittente: come controllare la rabbia. Retrieved from <https://bit.ly/3bQtoHs>
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) (2002). Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD). Retrieved from <https://bit.ly/3bKtEYB>

***Mikuzo Kuyo*: riflessioni sul rituale nipponico dell'aborto tra psicologia e antropologia culturali**

di Lia Corrieri

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) si è imposta nel dibattito pubblico dell'Occidente come diritto riconosciuto alle donne di abortire. Tale diritto, affermatosi nel nostro paese con la Legge 194/1978, costituisce comunque un tema complesso, scottante, difficile, spesso scomodo, capace di mettere in difficoltà anche gli stessi operatori socio-sanitari (Lalli, 2011). Peraltro i recenti avvenimenti Oltreoceano in cui il diritto costituzionalmente sancito a seguito della storica sentenza del caso *Roe vs Wade* del 1973 (Barlaam, 2022; Galeotti, 2003) all'IVG è stato rimesso in discussione, hanno causato nuove polemiche etico-politiche e l'accendersi del dibattito sullo stato di attuazione della legge italiana in materia. Nello scenario attuale poco spazio

sembra essere dedicato ad analisi di natura comparativa tra i diversi paesi e culture relativamente all'aborto e ai suoi significati psicologici e socio-culturali. Tali indagini possono essere di aiuto agli operatori socio-sanitari italiani che spesso si devono confrontare con le storie personali relative alle esperienze di IVG per meglio cogliere il peso e l'importanza delle variabili di contesto di natura psicologica, sociologica e antropologica, variabili spesso trascurate ma decisamente significative anche per la presa in carico delle donne con aborto e in IVG. Tra i fenomeni più interessanti su cui la letteratura scientifica di lingua italiana ha posto l'attenzione è quello del nipponico *Mikuzo Kuyo*, un rituale d'aborto che è stato indagato da Marianna Zanetta in *Bambini d'acqua* (2018).

Il termine *Mikuzo Kuyo*, in giapponese 水子供養, e letteralmente traducibile come "riti per bambini d'acqua", è la composizione della parola *mizuko* solitamente utilizzata nei casi di aborto e infanticidio

con la parola di origine buddista *kuyo* che fa riferimento all'insieme di pratiche rituali dedicate al culto dei morti (Brooks, 1981). Il termine viene utilizzato in un'accezione più vasta, arrivando a comprendere anche i casi di lutto perinatale e, più in generale, tutte quelle situazioni in cui i figli non sopravvivono ai propri genitori (Zanetta, 2018).

Questi riti sono associati al culto giapponese di *Jizo*, una figura del pantheon buddhista concepita come un vero e proprio "salvatore" di anime, dedito a proteggere le anime dei piccoli dai demoni, come suggerito da diverse credenze legate al folklore nipponico (Donnere, 2019; Zanetta, 2018). I riti si articolano in diversi livelli che vanno da una dimensione più privata e domestica fino ad una dimensione più complessa, simboleggiata, ad esempio, dalla diffusione di cimiteri specificamente dedicati ai *Mikuzo Kuyo* (Zanetta, 2018).

I riti *Mikuzo Kuyo* si presentano come un fenomeno complesso che necessita di essere

contestualizzato nella matrice religiosa di riferimento che, in questo caso, rimanda in prima istanza al buddismo; non possono peraltro essere ignorate anche significative influenze dello shintoismo, religione nativa del Giappone. I riti *Mikuzo Kuyo* appaiono perciò come una risposta con cui la cultura religiosa nipponica cerca di alleviare, per quanto possibile, la sofferenza esperita dai genitori che si sono trovati a vivere l'esperienza drammatica della perdita di un figlio (Smith, 1988; Zanetta, 2018).

I riti *Mikuzo Kuyo* rappresentano quindi un esempio interessante di come altre culture affrontano la dimensione religiosa dell'aborto che, nelle prassi socio-sanitarie e nei modelli d'intervento sottesi alle stesse (spesso non esplicitati) della gestione dei casi di IVG nel nostro sistema sanitario, sembrano essere rappresentati più come elementi disturbanti, fuorvianti rispetto al legittimo obiettivo dell'erogazione della prestazione sanitaria, dimenticando che la

dimensione religiosa pervade sia le culture che le società, tanto da rappresentare, secondo alcuni Autori, una vera e propria lente epistemologica di riferimento (Comba, 2008).

La matrice religiosa sembra influenzare atteggiamenti e credenze che le persone nutrono nei confronti dell'aborto e, a tal proposito, è importante evidenziare che i conflitti morali che ruotano attorno al tema differiscono in base alla matrice religiosa e socio-culturale di riferimento (Zanetta, 2018).

Le letture socio-antropologiche e psicologiche del fenomeno dei riti *Mikuzo Kuyo* sono molteplici e articolate a diversi livelli. L'Autrice riassume e analizza le principali interpretazioni proposte da Autori occidentali, per lo più anglofoni, sul fenomeno.

Le prospettive illustrate nel saggio sono pervase dal concetto di *equivalenti di morte*, introdotto da Lifton (1979), e volto ad indicare l'insieme delle esperienze di separazione che anticipano la

morte effettiva (Zanetta, 2018).

L'analisi parte dalle ricerche di William LaFleur (*Liquid Life: Abortion and Buddhism in Japan*, 1994), studioso di letteratura e religione giapponesi medievali, che ha indagato le concezioni buddiste del corpo, producendo studi pionieristici sulla bioetica giapponese, evidenziando le differenze con gli approcci occidentali sul trapianto d'organi, le definizioni mediche di morte e l'aborto, contribuendo allo sviluppo della filosofia pubblica comparata e dell'etica sociale.

Gli studi sul buddismo e la morte sottolineavano in un'ottica interdisciplinare come nel contesto culturale del Giappone il passaggio dalla vita alla morte non sia scandito in modo netto bensì sia compreso come un insieme di momenti di un passaggio fluido, alla pari di un viaggio che necessita di un percorso di accompagnamento del defunto dalla comunità dei vivi alla società degli antenati.

In maniera analoga, anche i bambini nati non entrano di *default* nella comunità dei vivi per il solo fatto di essere nati perché essi si ritrovano a dover intraprendere un percorso verso l'integrazione nel mondo degli umani.

LaFleur sottolinea il significato inconscio che questi rituali assumono nel Giappone post moderno e come questi possano rivelarsi utili soprattutto per quelle coppie che, per diverse ragioni, hanno optato per l'aborto. Secondo LaFleur i riti *Mikuzo Kuyo* possono rappresentare un mezzo per i genitori di alleviare il rimorso della scelta compiuta.

Zanetta analizza la prospettiva proposta da Harrison (1995) sul tema dell'aborto a partire, però, dalla maternità. Secondo l'Autrice la perdita del feto/bambino attiva una serie di perdite, vere e proprie connessioni infrante, a più livelli, non solo personali ma anche sociali, sia con le generazioni precedenti che con la società in continuo mutamento, dove il rapporto tra sacro e quotidiano sembra

essere sempre meno forte (Zanetta, 2018).

In questo scenario le pratiche rituali rappresentano una possibile risposta anche al disagio esperito da queste continue rotture e frammentazioni, offrendo una ricostruzione di un legame con ciò che si è perduto, un modo per rapportarsi alle tradizioni più antiche della cultura di appartenenza, e un riconoscimento del lutto.

Harrison sottolinea in particolare l'importanza dell'atto di cura anche dopo la morte e la perdita, e come si possa continuare ad essere madri di quei bambini perduti continuando comunque a prendersene cura (Zanetta, 2018).

I rituali *Mikuzo Kuyo*, nella prospettiva della Harrison, permettano così alle donne di "riconcepirsi come donne di un figlio mai nato" e di sanare in tal modo anche il fallimento del non aver rispettato il proprio ruolo all'interno della società nipponica.

L'ulteriore prospettiva sul fenomeno avanzata da Smith (1988), collaboratore della Harrison, basata sulle ricerche

condotte tra gli anni Ottanta ed i primi anni Duemila, ha evidenziato come il fenomeno dei riti *Mikuzo Kuyo* possano rappresentare una pratica rituale che ha la funzione di “guarigione sociale” (Zanetta, 2018).

In un’ottica di *empowerment*, Smith suggerisce che le pratiche rituali diventano un esempio di *agency*, un atto non solo volontario ma anche capace di divenire una vera e propria azione politica, capace di porre l’accento su di un bisogno attraverso le narrazioni delle persone che hanno condotto delle pratiche rituali.

La pratica diviene così anche un’esperienza condivisa e un mezzo per sviluppare relazioni, creando una rete sociale con altre persone che hanno esperito vissuti simili tra di loro. Per Smith i rituali *Mikuzo Kuyo* rappresentano non solo una possibilità di simbolizzazione di un lutto ma anche uno strumento di connessione con la società e il contesto, anche politico, nel quale si è inseriti.

Il fenomeno dei *Mikuzo Kuyo* è quindi un fenomeno

complesso ma capace di sollecitare anche diversi interrogativi, quali, ad esempio:

1. Quanto potrebbe esser utile indagare, soprattutto in ambito psicologico e psicoterapeutico, gli *equivalenti di morte* al fine di favorire, ad esempio, l’elaborazione del lutto conseguente all’aborto e alla IVG? Quali sono i possibili significati psicologici dei rituali post-mortem? Essi possono avere un valore psicologico e/ o psicoterapeutico nei processi di elaborazione del lutto e del trauma nel contesto culturale di riferimento?

2. Nell’ottica della prospettiva di ricerca di LaFleur, è possibile ipotizzare che anche in Italia, soprattutto in determinati contesti territoriali, possa tutt’ora esistere una sorta di lascito, seppur inconscio, connesso ai rituali di epoche passate dedicate agli aborti? Quanto le pratiche rituali legate all’aborto trovano spazio nell’Italia attuale, influenzata da forti flussi migratori, e, se presenti, potrebbero effettivamente essere di aiuto nell’elaborazione del lutto

esperita dalle donne delle diverse culture?

3. Le attività di ricerca e l'attività clinica sovente offrono uno spazio di espressione alle persone che hanno vissuto esperienze abortive. Si possono intendere queste due attività come parte di un processo che potrebbe essere anche politico?

In conclusione appare evidente la necessità che gli operatori sanitari tengano di conto della varietà che caratterizza il fenomeno luttuoso legato all'aborto e alla IVG; una varietà questa che è anche culturalmente e religiosamente influenzata.

In quest'ottica sembra rendersi necessaria anche la riformulazione di modelli di presa in carico delle donne con aborto e in IVG nei contesti socio-sanitari in grado di considerare anche il significato personale, culturale e religioso che la cliente/paziente attribuisce all'aborto stesso, senza le reticenze e i timori di polemiche che, nonostante il momento storico attuale, appartengono ai fatti di un passato che richiede con un'autentica rielaborazione

collettiva dello stesso, superando vecchi steccati socio-culturali che non aiutano certo le donne e le persone protagoniste di un percorso comunque difficile e complesso.

Bibliografia:

Brooks, A. P. (1981). *Mikuzo Kuyo and Japanese Buddhism*. Japanese Journal of Religious Studies, 8 (3/4).

Comba, E. (2008). *Antropologia delle religioni. Un'introduzione*. Roma-Bari: Laterza.

Donnere, A.E. (2019). *Finding a Place for Jizo*. Japanese Journal of Religious Studies, 46 (2).

Harrison, E. G. (1995). *Women's Responses to Child Loss in Japan: The Case of Mikuzo Kuyo*. Journal of Feminist Studies in Religion, 11 (2).

Galeotti, G. (2003). *Storia dell'aborto*. Bologna: il Mulino.

Lalli, C. (2011). *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*. Milano: il Saggiatore.

LaFleur, W. (1992). *Liquid life: Abortion and Buddhism in Japan*. Princeton: Princeton University.

Lifton, R. J. (1979). *The Broken Connection: On Death and the Continuity of Life*. London: American Psychiatric Press.

Smith, B. (1988). Buddhism and Abortion in *Contemporary Japan: Mikuzo Kuyo and the Confrontation with Death*. Japanese Journal of Religious Studies 15 (1).

Zanetta, M. (2018). *Bambini d'acqua. I rituali Mikuzo Kuyo nel Giappone contemporaneo*. Milano: Franco Angeli Editore.

Sitografia:

- Barlaam, R. (2022). Corte Suprema e aborto: una sentenza che spacca l'America in due. Consultato in data Luglio 07, 2022 da <https://www.ilsole24ore.com/art/una-sentenza-che-spacca-l-america-due-AEUtlEiB>

IL DISCORSO TERAPEUTICO: IL RICORDO

di Alberta Casella

In seduta si riferiscono memorie di un antico passato o di avvenimenti recenti.

Per i ricordi lontani, Freud utilizza il termine di ricordi-schermo in cui, su di un nucleo centrale, si sovrappongono esperienze fatte in tempi diversi che, però,

si amalgamano al ricordo base diventando un tutto unico.

Infine, questi ricordi subiscono sempre l'influenza e la distorsione del linguaggio che si usa per esprimerli, fino a cristallizzarsi nelle parole usate in modo da trasformarsi da semplici vaghe impressioni in descrizioni che divengono le memorie stesse del soggetto narrante.

Riferendoci alla genesi dei ricordi, alla loro creazione nella mente del paziente, Jung

ipotizza l'influenza di fattori dell'individuo al genere simbolici che non derivano umano.

totalmente ed esclusivamente Jung amplia, così, la dalla storia personale del teorizzazione di Freud sui soggetto, ma sono plasmati ed contenuti delle memorie del influenzati dall'inconscio paziente, intendendo la mente collettivo, una sorta di umana come serbatoio di serbatoio mnestico che forme a priori del sentire e del collega la storia personale ai conoscere e non solamente di miti archetipici dell'umanità e contenuti specifici del conserva il sapere mitologico soggetto.

fondato su un linguaggio Tale influenza e innato della psiche che deriva mescolamento tra le dalla semplice appartenenza esperienze personali del soggetto ed i residui delle

storie mitologiche dell'umanità intera viene definito dallo stesso Jung "amplificazione" e permette di leggere i ricordi, i sogni, le associazioni, riferite in seduta, non solo attraverso la spiegazione causale che si può legittimamente rintracciare nella storia del paziente, ma anche e soprattutto attraverso immagini di carattere innato che rivelano un'eredità specifica della specie.

Tale spiegazione risulta necessaria soprattutto quando lo psicologo si trova a dover analizzare ricordi riferiti dal paziente in modo caotico e spesso sconnesso, difficilmente collegabili alla storia raccontata fino a quel momento nel corso della cura; probabilmente, il ricorso all'amplificazione riuscirà a dare un quadro più completo ed esaustivo per l'analisi dei contenuti che il soggetto vuole esprimere.

Non ultimo, lo stile usato dal paziente cambia a seconda del ruolo che egli attribuisce al terapeuta: tutto ciò che egli dice ha il fine d'influenzare l'immagine che il terapeuta ha di lui. Parlerà, quindi, per essere compatito o lodato, le sue parole saranno moneta di scambio per ottenere quello che vorrebbe nel presente ed in tal caso questi resoconti non hanno niente del suo reale vissuto, che probabilmente potrà

comparire solo quando tale rapporto transferale verrà in parte neutralizzato ed i vincoli della conversazione si allenteranno.

Può accadere, anche, che il paziente riferisca un nuovo ricordo come collegamento tra due altri isolati al solo al fine di essere meglio compreso dall'ascoltatore e da lui apprezzato interferendo, così, definitivamente sull'immagine, tutt'altro che storicamente

vera, che il terapeuta si sta facendo della sua vita; è possibile, infine, che l'interpretazione decisiva dell'analisi sia basata proprio su quel ricordo inventato probabilmente perché tanto appropriato e suggestivo.

E' interessante sottolineare come il discorso che scaturisce dalla relazione terapeutica sovverta tutte le regole fondanti di un colloquio condotto nella vita quotidiana: in una normale conversazione

regna la regola, per tacito assenso delle parti, di non deviare dal tema rilevante del discorso, pena la disapprovazione, il fraintendimento o la confusione dell'altro che ascolta.

Nel discorso analitico, invece, il paziente viene spinto a divagare per cui è facile che si verificano fraintendimenti e modi diversi di intendere una stessa frase.

Il terapeuta che non chiede di chiarire una parola non capita, che non interferisce nello scorrere della catena associativa, è costretto continuamente a fare costruzioni personali al fine di trarre un senso da quanto ascoltato e può capitare che, in seguito, perda di vista quanto, in quella provvisoria, vi era di suo e quanto apparteneva ai ricordi del paziente.

In conclusione, quindi, ascoltare è un processo attivo di costruzione dell'evento narrato e non, come desiderava Freud, un processo passivo di ricostruzione di un passato che deve semplicemente essere ritrovato, riscoperto.

Le teorie post-freudiane hanno enfatizzato maggiormente il ruolo dell'interazione paziente-analista e la narrazione

subisce l'influenza di tale

scambio continuo tra le parti.

JUNG C. G. (1959):
Introduzione a Toni Wolff,
“Studi sulla Psicologia di C. G.
Jung”, in Opere, vol. X, tomo II

JUNG C. G. (1917-43):
Psicologia dell'Inconscio, in
Opere, vol. VII

FREUD S. (1915-17):
Introduzione alla Psicoanalisi.
I e II Serie di Lezioni,
Boringhieri, Torino, 1969

JUNG C.G. (1958): *Un Mito*
Moderno: le Cose che si
Vedono in Cielo, in Opere, vol.
X, tomo II