

Psicologinews.it

Scientific

**PSICOLOGIA
CLINICA E
ROMANZO
GIALLO**

di Lia Corrieri

IL TRANSFERT E

CONTROTRANSFERT

Di Alberta Casella

**LA TEORIA DEI
NUDGE**

**di Beatrice
Brambilla**

**Crescere con un
fratello.....**

Di Francesca Dice

DELLA PAS (Parental Alienation Syndrome)

Di Cinzia Saponara



Disturbi specifici dell'apprendimento: una panoramica sull'evoluzione e il mondo dell'università alla luce della nuova Linea Guida

di Roberto Ghiaccio

Obesità e disturbo narcisistico di personalità

di Antonia Bellucci



REDAZIONE

Antonia Bellucci

Alberta Casella

Lia Corrieri

Francesca Dicè

Ilaria Di Giusto

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Cinzia Saponara

Veronica Sarno

Supplemento mensile a:

psicologinews.itAutorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews
.it

Chiuso il: 18 GEN 2023

**C O M I T A T O
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

DELLA PAS (Parental Alienation Syndrome)

Di Cinzia Saponara pag 4

Disturbi specifici dell'apprendimento: una panoramica sull'evoluzione e il mondo dell'università alla luce della nuova Linea Guida

di Roberto Ghiaccio pag 12

Obesità e disturbo narcisistico di personalità

di Antonia Bellucci pag 23

PSICOLOGIA CLINICA E ROMANZO GIALLO

di Lia Corrieri pag 30

IL TRANSFERT E

CONTROTRANSFERT

Di Alberta Casella pag 43

LA TEORIA DEI NUDGE

di Beatrice Brambilla pag 57

Crescere con un fratello o una sorella con disabilità. Alcune questioni dei siblings.

Di Francesca Dicè pag 72

DELLA PAS (Parental Alienation Syndrome)

Di Cinzia Saponara

PREMESSA

Nel recente articolo: “Vittime silenziose”, mi sono occupata del fenomeno della violenza assistita fenomeno strettamente connesso a quello della violenza intrafamiliare.

Nel presente lavoro mi occuperò della PAS o Sindrome da alienazione parentale, costrutto che troppo spesso emerge nei contesti giuridici che si occupano di tali gravi problematiche.

A proporla nel 1985 fu il medico statunitense Richard Gardner. Per Pas, o Sindrome da alienazione genitoriale, o Sindrome della madre malevola, o della madre

ostativa (via via che la Cassazione la rigetta, i sostenitori variano le definizioni sperando, così, di aggirare la giurisprudenza), si intende una dinamica psicologica “malata” per cui un genitore (di solito la madre) condizionerebbe negativamente i rapporti del figlio con l’altro genitore (di solito il padre) attraverso una serie di comportamenti volti a denigrare, emarginare e neutralizzare l’altra figura genitoriale e la sua famiglia d’origine. Secondo Gardner, in sostanza, si parla di PAS quando, in particolare nei casi di separazione, il genitore alienante indottrina il bambino contro il genitore alienato attraverso una sorta di lavaggio del cervello ed una campagna di denigrazione mirata a distruggere

progressivamente la relazione genitore alienato-figlio.

Intorno alla PAS si è sollevato negli anni un vivace dibattito. Da un lato i suoi sostenitori affermano il diritto del bambino alla bi-genitorialità e ritengono tali situazioni esempi di importanti violazioni di tale diritto. In Italia, oltre a numerosi professionisti, la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), afferma la scientificità della PAS, riconducendola, però, non a un disturbo psicologico a carico del minore, bensì a un problema relazionale che comporta un rischio evolutivo per lo sviluppo psico-fisico del minore stesso. La SINPIA fa chiaro riferimento alla PAS, a Gardner ed al problema dei

falsi positivi nei casi di denuncia di abuso sessuale.

Dall'altro lato, sono numerose le voci e le posizioni critiche, per un approfondimento delle quali si rinvia a importanti lavori in lingua italiana (Crisma, Romito, 2007; Coffari, 2018; Pignotti, 2018) che fondamentalmente si concentrano sui seguenti punti:

- 1- La figura stessa di Richard Gardner e le sue posizioni ambigue rispetto alla pedofilia;
- 2- I limiti scientifici della PAS;
- 3- **Il rischio che attraverso il suo utilizzo si neghino e mistifichino situazioni in cui il bambino esprime**

paura e rifiuto verso il genitore per fondati motivi (quali il maltrattamento, l'abuso sessuale, la violenza assistita), esponendolo così a gravi rischi e privandolo di tutela e di diritti.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) non riconosce la PAS come sindrome o malattia: le numerose richieste per l'ammissione della PAS nel repertorio delle patologie psichiatriche sono state respinte, in quanto *“non vi sono sufficienti prove scientifiche che ne giustifichino l'ammissione”* (motivazione del responsabile del gruppo di lavoro). Oggi il DSM inserisce la voce “problemi relazionali

genitore-bambino”.

Coerentemente con il DSM, anche l'ICD11 (International Classification of Diseases) non include la PAS, facendo invece riferimento a problemi relazionali (QE52.0).

In sostanza il DSM-5 riconosce l'esistenza di un possibile condizionamento di un bambino, di denigrazione di un genitore verso l'altro, situazioni sicuramente possibili, ma ben lontane dalla diagnosi di Alienazione Parentale e che soprattutto **vanno ben distinte e attentamente differenziate da tutte quelle situazioni in cui un bambino rifiuta un genitore perché realmente maltrattante, abusante o trascurante e non perché plagiato dall'altro genitore.**

Sulla PAS è molto interessante il recente intervento del Ministero della Salute che con la nota del 29.5.2020 ha precisato che la *Sindrome da Alienazione Genitoriale* o da *Anaffettività Genitoriale* «*non risulta inserita in alcuna delle classificazioni in uso come la International classification of disease (ICD 10) o il Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5), in ragione della sua evidente "ascientificità" dovuta alla mancanza di dati a sostegno*».

Lavori sistematici e critici nei confronti della PAS sono stati pubblicati da Sonia Vaccaro e Consuelo Barea, psicoterapeute specializzate nella violenza di genere; da Jennifer Hoult; da Carol

Bruch, da Rotger e Barrett. Anche in Italia ci sono diverse voci critiche nei confronti della PAS, della sua scientificità e dell'etica della sua applicazione, tra di esse ricordiamo Luigi Cancrini, Paolo Crepet, Antonio Marziale, Luisa Betti, Elvira Reale, Claudio Mencacci, Claudio Foti.

La critica che più interessa, a mio avviso, è relativa all'utilizzo della PAS nei procedimenti giudiziari in cui ci sia un sospetto abuso sessuale o un sospetto maltrattamento o nei casi di violenza domestica. In questi casi la PAS, viene frequentemente utilizzata in ambito forense, soprattutto da coloro che vogliono difendersi da tali accuse, tale costrutto sostituisce la dinamica della

violenza con la dinamica conflittuale, sostituzione che cancella la differenza tra presunto autore della violenza e presunta vittima e che attribuisce alla madre la responsabilità dei comportamenti di rifiuto del minore verso il padre. Il riferimento alla “PAS” in questi conflitti giudiziari riduce tutto all'alienazione paterna e trasforma automaticamente le vittime in carnefici. Ma non si può automaticamente utilizzare la “Sindrome di alienazione parentale” ogni qual volta i figli rifiutano la figura paterna, molteplici e molto complesse potrebbero essere le cause, non ultima quella di essere stati spettatori di molteplici episodi di violenza paterna a carico della madre, e/o essere stati

oggetto di maltrattamenti o abusi.

Il rapporto GREVIO per l'Italia (*GREVIO's -Baseline-Evaluation Report, Italy*, tradotto in italiano dal Dipartimento per le Pari Opportunità), del 2019 all'esito della attività di Organo di Monitoraggio chiamato a verificare l'applicazione della Convenzione di Istanbul (2011)¹, sottolinea peraltro l'elevato rischio relativo all'utilizzo della nozione di alienazione parentale o di nozioni analoghe.

L'evocazione di queste “sindromi”, scientificamente inesistenti, e non riconosciute dalla comunità internazionale, impedirebbe di approfondire la reale origine del rifiuto del minore a incontrare uno dei

genitori, rifiuto che potrebbe avere radici specifiche.

1. La Convenzione di Istanbul è il trattato internazionale di più vasta portata creato per affrontare la violenza contro le donne e la violenza domestica. Stabilisce gli standard minimi per i governi in Europa nella prevenzione, protezione e condanna della violenza contro le donne e della violenza domestica.

Fondamentale l'articolo 31 della Convenzione di Istanbul, nel quale si prevede che *«al momento di determinare i diritti di custodia e di visita dei figli, devono essere presi in considerazione gli episodi di violenza che rientrano nel campo di applicazione della Convenzione»*. Il mancato accertamento delle condotte violente e la conseguente mancata valutazione di tali comportamenti nella adozione di provvedimenti di

affidamento dei figli, ha come conseguenza l'emanazione di provvedimenti stereotipati che dispongono l'affidamento condiviso del minore ad entrambi i genitori, senza distinguere tra il genitore violento e genitore vittima di violenza. Il mancato riconoscimento della violenza, o la sottovalutazione del fenomeno hanno come conseguenze l'omessa adozione di tutele per i figli e per le madri vittime di violenza, con il rischio che comportamenti violenti si realizzino di nuovo o in danno dei minori, nei periodi di frequentazione, o in danno della madre, nel momento in cui il padre prelevi o riceva i minori per l'esercizio del diritto di visita.

CONCLUSIONI

Dopo molteplici pronunce di allontanamento, la Cassazione anche recentemente 17/05/2021 ha ribadito che la teoria dell'alienazione parentale è priva di base scientifica e ha richiamato i consulenti tecnici incaricati dai giudici ad attenersi ai protocolli

riconosciuti dalla scienza ed evitare di uscire dalle linee guida. Ancora più recentemente la Suprema Corte di Cassazione con ordinanza 24/03/2022 n. 9691, ha stabilito che il richiamo alla sindrome da alienazione genitoriale *“e ad ogni suo, più o meno evidente, anche inconsapevole, corollario, non può dirsi legittimo”*.

Questo richiamo è talmente essenziale che anche il disegno di legge per la riforma del processo civile prevede che il Giudice debba tenere conto di eventuali episodi di violenza e deve garantire che gli eventuali incontri tra i genitori e i figli siano, se necessario, accompagnati dai Servizi Sociali ed il Consulente Tecnico incaricato di valutare le competenze genitoriali, debba attenersi a protocolli e metodologia riconosciuti dalla comunità scientifica.

Si tratta quindi di distinguere tra due - almeno apparentemente - opposti interessi: quello di assicurare una relazione affettiva stabile e priva di conflittualità tra il minore ed entrambi i genitori,

in applicazione della legge sull'affidamento condiviso e quello di riconoscere i diritti dei minori e di proteggerli da qualsiasi forma di pericolo o violenza di carattere familiare e domestico in applicazione dell'articolo 31 della Convenzione di Istanbul. I due interessi sono conciliabili - come prescritto peraltro da tutte le normative sovranazionali ed interne in materia - soltanto qualora non vi sia violenza domestica, altrimenti esigenza primaria diviene quella di protezione del minore attraverso scelte adottate nel suo "miglior interesse".

In sostanza, deve esserci bigenitorialità (con la legge n. 54/2006 è stato introdotto tale principio) solo in presenza di genitori adeguati e assolutamente no, in presenza di genitori violenti.

BIBLIOGRAFIA

Associazione Spagnola di Neuropsichiatria (2010), *“Dichiarazione contro l'uso clinico e legale della*

cosiddetta Sindrome di Alienazione Parentale” pubblicata da Andrea Mazzeo; Coffari G.A. (2018) “*Rompere il silenzio. Le bugie sui bambini che gli adulti si raccontano*”. Laurana editore;

Gardner R.A. (1985) “*Recent trends in divorce and custody litigation*”, Academy Forum;

Gardner R.A. (1998) “*The Parental Alienation Syndrome*” (2nd. ed.);

Pignotti MS (2018) “*I nostri bambini meritano di più. La sindrome di alienazione parentale e il furto della madre*”, Libellula editore;

Elvira Reale et al. “*Protocollo Napoli*” [https://](https://www.oralegalenews.it/wp-content/uploads/2020/10/lettera-aperta-agli-ordini-professionali.pdf)

www.oralegalenews.it/wp-content/uploads/2020/10/lettera-aperta-agli-ordini-professionali.pdf;

Romito (2007), “*L’occultamento delle violenze sui minori: il caso della Sindrome da Alienazione Parentale*”. Rivista di

Sessuologia, 31(4); SINPIA, “*Linee guida in tema di abuso sui minori*” ed.

Erickson, 2007 www.sinpia.eu/atom/allegato/1063.pdf 10

Crisma;

S. Vaccaro, C. Barea (2011) “*PAS Presunta Sindrome di Alienazione Parentale. Uno strumento che perpetua il maltrattamento e la violenza*”. Ed. it. Editpress, Firenze.

Disturbi specifici dell'apprendimento: una panoramica sull'evoluzione e il mondo dell'università alla luce della nuova Linea Guida

di Roberto Ghiaccio

Quando si parla di DSA il confronto tra scuole di pensiero è più acceso che mai, trattandosi di un *disturbo* estremamente complesso per quanto “specifico” e “specificato” nelle definizioni nosografiche. Affacciandosi “nell’universo dell’apprendimento” si deve esser pronti ad affrontare argomentazioni complesse e ricche di controversie, dilemmi tali da mettere in crisi le più consolidate certezze scientifiche, antropologiche e didattiche. Lo scopo di questo lavoro è comprendere le possibili evoluzioni del disturbo di lettura nel corso della scolarità, capire come il disturbo cambia e si trasforma, osservando la sua modalità espressiva ed evolutiva, con la

consapevolezza che il disturbo cambia, si compensa, si trasforma, fino all’istruzione universitaria e al mondo del lavoro.

Nel gennaio 2022 l’Istituto Superiore di Sanità pubblica la nuova Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento, questa contiene tra le tante novità, una particolarmente importante per il nostro contributo: al quesito n. 8 (pag 268- 284) si parla di DSA nell’adulto!

Anche la precedente Consensus Conference del 2011 trattava dei DSA negli adulti ai quesiti:

- “B4 “Qual è l’evoluzione in età adolescenziale e adulta dei DSA (cambiamenti dei processi di lettura, ortografia/compitazione, calcolo; associazione con disturbi mentali; ? (Allegato al documento Consensus Conference "Disturbi specifici dell’apprendimento p.22)2
- “B5 “Esistono evidenze che la presenza di altri disturbi specifici dell’apprendimento o altri disturbi evolutivi in

comorbidity con i DSA modifichi la storia naturale della malattia, rispetto ai DSA isolati? con attenzione al quesito B5.2 Dislessia e disturbo specifico del linguaggio sono disturbi distinti e possono essere co-occorrenti (Allegato al documento Consensus Conference "Disturbi specifici dell'apprendimento p.26)"

Tuttavia non ne affrontava le complessità dell'indagine diagnostica non fornendo raccomandazioni cliniche per la diagnosi in età adulta.

E' ormai noto che i disturbi specifici di apprendimento hanno un carattere di persistenza dovuto anche alle basi neurobiologiche, oggi sempre meglio note, pertanto è lecito attendersi che, anche in età adulta, vi sia una vasta popolazione di soggetti con difficoltà di funzionamento in alcuni compiti e attività della vita quotidiana, in ambito scolastico/universitario, o professionale, in parte anche, purtroppo, non diagnosticati in età evolutiva. Gli studi inclusi evidence based sui quali gli esperti della LG si

sono usati per la stesura delle raccomandazioni hanno arruolato prevalentemente studenti che frequentano l'università o l'ultimo biennio della scuola secondaria di secondo grado (N = 5725, range di età 16-55 anni). Gli studi sono stati condotti principalmente in lingua inglese (N = 15: Stati Uniti 4, Regno Unito 9, Canada 1, Nuova Zelanda 1), Italia (N = 7), Olanda (N = 7), Francia (N = 4), Finlandia (N = 2), Israele (N = 2), Polonia, Brasile, Norvegia, Svezia, Danimarca (un solo studio per ciascuna area). La maggiore parte degli studi prende in esame esclusivamente il disturbo specifico di lettura. Infatti, solo due studi analizzano il disturbo specifico del calcolo e tre studi esaminano le prestazioni di soggetti con disturbo specifico dell'apprendimento in comorbidity. Solo due studi hanno esaminato la sfera emotivo-comportamentale, con particolare attenzione alla sintomatologia ansioso-depressiva. Infine, 7 studi hanno utilizzato anche questionari per il self report di sintomi di DSA o ADHD. La

pratica clinica prevede che un'adeguata valutazione diagnostica dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nell'adulto debba comprendere un'accurata raccolta di informazioni anamnestiche, quali storia scolastica, familiarità del disturbo specifico, pregresse valutazioni neuropsicologiche o eventuali accessi a servizi specialistici, eventuali trattamenti, funzionamento adattivo e difficoltà percepite nella vita quotidiana. Tali dati clinici possono assumere un valore rilevante nel caso di prestazioni con punteggi nell'area di norma ma ai limiti inferiori alla valutazione neuropsicologica (per es. tra -1.5 e -2 deviazioni standard rispetto alla media, oppure tra il 5° e il 15° centile), come riportato anche nel DSM5. Le seguenti raccomandazioni si riferiscono a percorsi diagnostici di soggetti adulti sia con sospetto DSA sia con disturbo specifico già diagnosticato, ossia sia per prime diagnosi sia per valutazioni di aggiornamento del profilo funzionale in presenza di diagnosi di DSA

preesistenti. In generale, la formulazione di diagnosi prevede la valutazione delle abilità strumentali di lettura, scrittura e calcolo, eventualmente qualificate da altri strumenti neuropsicologici per l'esame delle funzioni cognitive correlate.

A. Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di lettura

Raccomandazione 8.1

Si raccomanda la somministrazione di prove standardizzate per l'età adulta di lettura ad alta voce di brano, parole e non-parole. Sono da misurare sia la rapidità sia l'accuratezza.

Raccomandazione 8.2

Si raccomanda la valutazione della capacità di comprensione del testo scritto considerando l'accuratezza, con prove adeguate all'età ed alla scolarità e di dimostrata validità clinica.

Raccomandazione 8.3

Per qualificare la diagnosi ed il profilo, si raccomanda di somministrare prove che valutino le abilità di

denominazione rapida automatizzata, memoria fonologica e di lavoro verbale, e velocità di elaborazione delle informazioni.

B. Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di scrittura

Raccomandazione 8.4

Per la valutazione dell'ortografia, si raccomanda di misurare l'accuratezza in prove di dettato di parole e di brani, con adeguata standardizzazione e validazione clinica. Nei casi in cui la compromissione della abilità ortografica è meno chiara, può risultare utile somministrare il dettato di parole sia in condizioni normali che di doppio compito (ad esempio la soppressione articolatoria).

Raccomandazione 8.5

Per la valutazione della fluency grafemica, si raccomanda l'uso di prove di produzione di grafemi (ad esempio, scrittura di numeri in parola) sia in condizioni normali che di doppio compito

(ad esempio, la soppressione articolatoria), misurando il numero di grafemi prodotti in un intervallo di tempo definito

C. Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di calcolo

Raccomandazione 8.6

Si raccomanda l'uso di strumenti psicometrici la cui standardizzazione sia quanto più possibile adeguata alla scolarità e all'età del soggetto esaminato, che valutino accuratezza e rapidità mediante prove di calcolo a mente, calcolo scritto, recupero dei fatti aritmetici e transcodifica (lettura e scrittura di numeri). E', inoltre, opportuna una valutazione qualitativa degli errori procedurali.

Acquisire una lingua, parlata o scritta è un fenomeno complesso, che coinvolge gran parte della vita di un bambino. Seppure con difficoltà e grande variabilità interindividuale i bambini padroneggiano la lingua madre e le sue regole già a cinque anni. In alcuni di essi

imparare a parlare prima e a leggere e scrivere poi può essere una scalata ripida ed insidiosa. Molti di questi bambini in difficoltà potrebbero avere un disturbo “specifico”, specifico rispetto le abilità cognitive generali (non rispetto la reale settorialità del processo neuropsicologico deficitario). La separazione arbitraria tra linguaggio ed altre funzioni cognitive ha posto un determinismo-scissionistico tra genetica e specifiche conoscenze, in psicopatologia il dualismo innato vs danneggiato è un modello poco adatto alle aree evolutive. La visione deterministica e lineare non coglie i processi di modularizzazione tipici dello sviluppo. Trasportare modelli adulti sui bambini equivale a non cogliere il divenire di conoscenze non ancora incapsulate in specifici domini indipendenti (almeno apparentemente). Nel bambino ancora non abbiamo lo sviluppo sedimentato di quegli apprendimenti verticali, ma informazioni ed apprendimenti si poggiano su un comune funzionamento

cognitivo. Il fenotipo è la manifestazione del deficit, le cause risiedono nell'endofenotipo, ossia nelle funzioni cognitive associate ad uno specifico tratto comportamentale (Lewin 2011). Le mutazioni possibili in fase embriogenetica danno luogo a conseguenze fenotipiche cognitive-comportamentali che difficilmente possano riguardare singole abilità formando cos' un endofenotipo esteso. Di conseguenza definire il funzionamento di un bambino solo dal fenotipo compromesso in relazione ad un dato dominio di conoscenza, ignorando quello che sembra non essere pertinente all'area indagata vuol dire eliminare la possibilità di conoscere le cause che contribuiscono al deficit. “La questione della comorbidità nei e tra i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) solleva importanti interrogativi sia a livello clinico, s (l' i n q u a d r a m e n t o diagnostico, le stime epidemiologiche, la progettazione dell'intervento

riabilitativo) che a livello teorico (in relazione allo statuto epistemologico del termine «specifico» e al modello di architettura cognitiva «modulare» che esso sottende) (Rice e Brooks, 2004; Rispens e Van Yperen, 1997). In particolare, la tipica eterogeneità che caratterizza i DSA e il fatto che l'associazione tra loro e con altri disturbi è la regola più che l'eccezione ha indotto alcuni autori a mettere seriamente in discussione la nozione dell'esistenza di un nucleo patogenetico specifico della dislessia, il cosiddetto «core» fonologico (Snowling, 2000; Stanovich, 1988), e a ipotizzare un substrato anatomo-funzionale più distribuito, non-specifico e più sensibile agli effetti dell'interazione ambientale (Karmiloff-Smith, 1998; Spear-Swerling e Sternberg, 1994; Zera, 2001)".

Per molti anni il mondo della clinica, il mondo della ricerca ed il mondo della pedagogia hanno viaggiato in modo indipendente nonostante la forte ed imprescindibile interdipendenza del loro

(s)oggetto di studio: la ricerca tesa a definire modelli teorici attendibili e dai confini definiti ed il mondo della clinica a spiegare e "contenere" la complessità. Tale artificiosa separazione ha comportato conseguenze in tutti gli ambiti con cui i bambini vengono in contatto. Negli ultimi anni si è andata diffondendo ed affermando l'ipotesi che " la comorbidity non sia l'eccezione ma regola"(Hulme & Snowling, 2009; Williams & Lind, 2013) ponendo attenzione alla complessità patogenetica, sintomatologica e nosodromica delle varie "caratteristiche" individuali. I disturbi dello sviluppo sono definiti dalle limitazioni funzionali (Reiss 2009) dominio specifici derivanti da uno sviluppo anomalo. Le limitazioni possono manifestarsi nella prima o nella seconda infanzia come ritardi, atipe o anomalie qualitative nell'acquisizione di pietre miliari dello sviluppo. Resta il dubbio se i disturbi dello sviluppo rappresentino l'estremità della coda della distribuzione normale della funzione implicita o

costituiscono entità categoriali separate. I disturbi del linguaggio ed i disturbi specifici dell'apprendimento sono un esempio di disturbo neuroevolutivo da pensare in ottica multipatogenetica e da interpretare a più livelli processuali. Nonostante nella loro definizione è insito il concetto di specificità e di settorialità, i disturbi specifici del linguaggio ed i disturbi specifici dell'apprendimento non si mostrano come disturbi esclusivamente settoriali. Tale settorialità/specificità ne definisce una illusoria attribuzione di minore gravità e minore pervasività rispetto ai disturbi globali dello sviluppo. Già la legge 170/2010 all'articolo 5 recita così *Gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari.*

A tale complessità, solo in parte accennata, corrisponde un vuoto legislativo, i DSA tutelati dalla storica legge 170/2010, vede la sua

estensione in campo universitario con la Linea Guida del CNUd 5669 la quale all'articolo 6 recita "In ambito universitario, gli Atenei assicurano agli studenti con DSA l'accoglienza, il tutorato, la mediazione con l'organizzazione didattica e il monitoraggio dell'efficacia delle prassi adottate. La presentazione della certificazione diagnostica, al momento dell'iscrizione, permette di accedere anche ai test di ammissione con le seguenti modalità:

la concessione di tempi aggiuntivi, rispetto a quelli stabiliti per la generalità degli studenti, ritenuti congrui dall'Ateneo in relazione alla tipologia di prova e comunque non superiori al 30% in più; •la concessione di un tempo aggiuntivo fino a un massimo del 30% in più rispetto a quello definito per le prove di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale programmati a livello nazionale o dalle università ai sensi dell'art. 4 della legge 2 agosto 1999 n. 264; •in caso di particolare gravità certificata del DSA, gli Atenei –nella loro

autonomia -possono valutare ulteriori misure atte a garantire pari opportunità nell'espletamento delle prove stesse. Le diagnosi presentate successivamente all'iscrizione permettono di poter fruire degli appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica, secondo quanto stabilito dall'art. 5, comma 1.

In particolare, per quanto attiene alle misure dispensative, ci si riferisce a: privilegiare verifiche orali piuttosto che scritte, tenendo conto anche del profilo individuale di abilità; prevedere nelle prove scritte l'eventuale riduzione quantitativa, ma non qualitativa, nel caso non si riesca a concedere tempo supplementare; considerare nella valutazione i contenuti piuttosto che la forma e l'ortografia.

Per quanto attiene agli strumenti compensativi, si ritiene altresì che gli Atenei debbano consentire agli studenti con diagnosi di DSA di poter utilizzare le facilitazioni e gli strumenti eventualmente già in uso

durante il percorso scolastico, quali, per esempio: registrazione delle lezioni; utilizzo di testi in formato digitale; programmi di sintesi vocale; altri strumenti tecnologici di facilitazione nella fase di studio e di esame.

Per quanto attiene alle forme di verifica e di valutazione, con riferimento agli esami universitari, si applicano le misure dispensative e gli strumenti compensativi già sopra descritti (prove orali invece che scritte; uso di personal computer con correttore ortografico e sintesi vocale; tempo supplementare fino a un massimo del 30% in più oppure riduzione quantitativa; valutazione dei contenuti più che della forma). Peraltro, gli Atenei debbono prevedere servizi specifici per i DSA, di nuova attivazione o nell'ambito di quelli già preesistenti di tutorato e/o disabilità, che pongano in essere tutte le azioni necessarie a garantire l'accoglienza, il tutorato, la mediazione con l'organizzazione didattica e il monitoraggio dell'efficacia delle prassi adottate.

Circa le prove d'accesso ai corsi di laurea a numero chiuso la Direttiva MIUR 06/08/2015 – recita ... *i candidati affetti da disturbi specifici dell'apprendimento hanno diritto ...al 30% di tempo aggiuntivo a prescindere da specifica richiesta strumenti compensativi ulteriori necessari in ragione della specifica patologia... sono ammessi: calcolatrice non scientifica, video ingranditore, affiancamento di un tutor. Non ammessi: dizionario e/o vocabolario, formulario, tavola periodica degli elementi, mappa concettuale, personal computer/tablet/smartphone.*

Le criticità sono tuttavia ancora tante, dal monitoraggio all'inserimento lavorativo ancora aperta la questione posta dall'art. 3.3. della liana guida MIUR 2011 nell'ambito universitario, la necessità di interventi idonei ad individuare i casi sospetti di DSA negli studenti, ma tale questione sin via di risoluzione grazie alle pubblicande Buone pratiche clinico-assistenziali nella gestione dei DSA, ma faremo bene a ricordarci che

l'inclusione non è un dato del diritto civile ma una dinamica di civiltà.

Per quanto riguarda la patente guida i candidati con DSA che vogliono conseguire la patente di guida (patente B) avranno a disposizione dieci minuti in più per svolgere la prova di teoria: quaranta minuti invece di trenta, quindi una maggiorazione del 30% del tempo per completare il test. con la circolare 3129, il ministero dei trasporti ha infatti stabilito la validità, per il conseguimento della patente di guida, di tutte le certificazioni diagnostiche rilasciate ai soggetti con DSA ai sensi della legge 170/2010 e dell'accordo Stato-Regioni del 2012. A seguito di questa circolare non è più richiesto che il certificato sia rilasciato da un neuropsichiatra.

Decisamente più complessa la situazione per il mondo del lavoro, dove si sta timidamente affacciando l'Applicazione DL 9 giugno 2021, n. 80, legge 6 agosto 2021, n. 113, il decreto individua le modalità attuative per assicurare nelle prove scritte dei concorsi pubblici

indetti da Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane, Comuni e dai loro enti strumentali, a tutti i soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA) la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, nonché di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per lo svolgimento delle medesime prove. Mancano ancora tuttavia indicazioni da parte del ministero della difesa.

Faremo bene a ricordarci che l'inclusione non è un dato del diritto civile ma una dinamica di civiltà ed ognuno di noi è responsabile della costruzione senza barriere di alcun tipo.

Bibliografia

- Acredolo L., Goodwyn S., (1988). *Symbolic gesturing in normal infants*. Child Dev, 59, pp 450-466.
- APA, (2013), *DSM-5-Diagnostic and statistical manual of mental*

disorders. American Psychiatric Publishing, Washington.

- Entus A.K., (1977). *Hemispheric asymmetry in processing of dichotically presented speech and non speech stimuli by infants*. In S.J. Segalowitz e F.A. Gruber (a cura di), *Language development and neurological theory*. Academic Press, New York.
- Gagliano A., Germanò E., Calabrese T., Magazù A., Grosso R., Siracusano R.M. e Cedro C. *La comorbidità nella dislessia: studio di un campione di soggetti in età evolutiva con disturbo di lettura*, «Dislessia», vol. 4, pp. 21-39 207 Erickson, Trento.

- Ghidoni (a cura) *La dislessia nei giovani adulti*, 2011 Erickson, Trento
- Ghidoni (a cura) *Dislessia in età adulta*, 2012, Erickson, Trento

- Guaraldi-Pedroni, *Dal diploma alla laurea con la dislessia*, 2010, Erickson, Trento
- Ramus F. (2006), *A neurological model of dyslexia and other domain-specific developmental disorders with an associated sensorimotor syndrome*. In G.D. Rosen (a cura di), *The dyslexic brain: new pathway in neuroscience discovery*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Ass, pp. 75-101.
- Ramus F., Rosen S., Dakin S.C., Day B.L., Castellote J.M., White S. e Frith U. (2003), *Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults*, «Brain», vol. 126, pp. 841-865.
- Vio-Toso, *La dislessia e v o l u t i v a*, 2012 Carocci, Roma
Zoccolotti –Angelilli-Judica-Luttazzi, *I disturbi evolutivi di lettura e scrittura*, 2005, Carocci, Roma
- Linea Guida DSA 2018, ISS Roma gennaio 2022

Obesità e disturbo narcisistico di personalità

di **Antonia Bellucci**

Ho sempre pensato potesse esserci una correlazione tra il disturbo narcisistico di personalità e i disturbi del comportamento alimentare. Poi me lo sono ritrovato davanti.

Uomo, 29 anni, alto, bello, figlio unico, affermato in una stabile attività lavorativa. La sua vita procedeva con regolarità fino a quando un problema familiare si è stagliato violentemente come un fulmine a ciel sereno nella sua vita. Un problema serio ma che facilmente avrebbe attratto i giudizi negativi degli altri per cui, sotto i riflettori, l'immagine del narcisista si ridimensiona. Si chiude in casa, divora enormi quantità di cibo quasi a dover giustificare il suo stato di malessere interiore o a voler riempire quei vuoti scaturiti dal momentaneo isolamento sociale: sembra quasi coltivare un'obesità nostalgica e, per un periodo, l'obesità

copre e soverchia il narcisismo. Anche il lavoro inevitabilmente subisce dei ridimensionamenti che innescano la rabbia del soggetto poiché palesemente esposto a critiche a cui non può replicare.

L'impero narcisista si mostra in forme molteplici, forgia sintomi che definiscono identità forti, indiscutibilmente sicure sull'orlo di una condizione intollerabile.

Il 6 per cento della popolazione italiana soffre di un disturbo narcisistico, e il 75 per cento di queste persone sono maschi. Siamo circondati dai narcisisti. Abilissimi manipolatori, che esprimono una vera e propria cultura dell'io, dilagante in un'epoca nella quale tutti spingono molto sull'esibizione e sull'autopromozione (complici anche i social) e sprecando anche quel minimo di senso del pudore che dovrebbe sempre accompagnare la nostra vita.

NARCISISMO

Il narcisismo viene classificato come un disturbo della personalità con tre elementi

distintivi, molto evidenti. Innanzitutto un'eccessiva considerazione di sé, un senso di grandezza, che mette il narcisista su un piedistallo di superiorità, dal quale osserva e vede tutti dall'alto verso il basso. In secondo luogo c'è un costante e reiterato bisogno di ammirazione, di conferme al proprio io; e quanto più il narcisista avverte di essere osservato e apprezzato, tanto più il suo istinto di superiorità cresce in modo esponenziale. Terzo elemento: il narcisista non conosce l'empatia. Non gli interessa. Ha una tale scarsa considerazione degli altri, rispetto a se stesso, che non si cura minimamente di riuscire a trovare il canale giusto per un approccio umano, dove la diversità sia una ricchezza per entrambi. Si parla molto, a proposito delle cause del narcisismo, di fattori sociali, ambientali e familiari. In particolare i giovani sembrano più esposti a questa patologia, anche per effetto del dilagante uso delle tecnologie che incentivano il narcisismo.

In un libricino molto efficace e completo, *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo* (edizioni Einaudi), lo psicoanalista Vittorio Lingiardi distingue i narcisisti in due categorie. A "pelle spessa" e a "pelle sottile". I primi sono più appariscenti, non hanno pudore e limite nel mostrare la loro arroganza e i continui tentativi di piazzarsi al centro dell'attenzione, di conquistare il cuore della scena. I secondi sono più silenziosi, quasi tormentati, angosciati del giudizio altri, ma comunque attizzati da fantasie di grandezza. Di fronte a questa patologia c'è innanzitutto la strada della psicoterapia, ma prima ancora, e parallelamente, il vero contrasto al narcisismo si ridurrebbe ad uno sforzo individuale. Riconoscere l'altro. Uscire dalla prigione dell'io. Acquistare la consapevolezza che la persona umana è unica, ma tutti possiamo vivere solo dentro una relazione, un noi, un legame con chi ci circonda. E non con lo sguardo inchiodato sullo specchio che riflette sul la nostra immagine.

È comunemente plausibile pensare che il narcisista potrebbe apparire quello che meno ha caratteristiche psicologiche, energetiche e relazionali in comune con il sintomo obeso. Il falso sé del narcisista, basato sull'idea di essere il migliore, sembra avere poco in comune con il senso di nullità con cui si percepisce il paziente che soffre di obesità. In realtà questo stile caratteriale può essere letto attraverso la polarità grandiosità-indegnità. Johnson (1994, p. 193) afferma che, anche se la maggior parte delle descrizioni della personalità narcisistica si incentra sull'aspetto di compensazione di questa polarità (mancanza di umiltà, incapacità di accettare il fallimento, paura di essere impotenti, manipolazione, lotta per il potere e enfaticizzazione della volontà), molti individui narcisistici evidenziano, spesso nella prima seduta di psicoterapia, la polarità opposta. Possono confessare il loro profondo senso di indegnità, il petulante rammarico di non essere o

non avere mai abbastanza, il bisogno di procurarsi un valore provvisorio e la profonda invidia per chi percepiscono sano e di successo. All'interno di questa confessione c'è spesso l'ammissione di ingannare gli altri attraverso lo sfoggio di forza, competenza e felicità.

I conflitti di base del narcisista e del soggetto che soffre di obesità sono dunque simili. Quest'ultimo vive costantemente nell'idea di essere inferiore a chiunque altro, di non avere alcun valore per nessuno. Il narcisista ha messo, invece, in atto una difesa che lo caratterizza profondamente, la formazione reattiva, con lo scopo di allontanare dalla sua coscienza la percezione dei suoi vissuti di inettitudine. Questo stile difensivo, infatti, consiste nel tenere lontano un desiderio od impulso inaccettabile adottando un tratto di carattere diametralmente opposto. Il paziente che soffre di obesità, invece, non ha fatto proprio questo stile difensivo, identificandosi pienamente con i suoi vissuti di inidoneità.

Queste similitudini sono riscontrabili anche negli stili d'attaccamento simili: sia il narcisista che il soggetto che soffre di obesità sono caratterizzati da un caregiver che sapeva meglio di loro qual era il loro bene. La Bruch (1973) analizza a fondo le famiglie dei suoi pazienti, osservando che sono per la maggior parte caratterizzate da madri che imponevano ai figli i propri desideri, seducendoli e facendo loro credere che questi desideri fossero loro. Lowen (1975), parlando del narcisista, sottolinea come il fattore più importante nell'eziologia di questa condizione sia la seduzione coperta del genitore nei confronti del bambino al fine di soddisfare i propri bisogni narcisistici. In questa condizione il bambino si trova costretto a fare propri questi desideri, in quanto le sue percezioni ed emozioni non vengono riconosciute e sostenute dal mondo esterno. Ritornando al caso specifico, il decadimento verso l'obesità si circoscrive ad un periodo, fin quando il narcisista decide di agire e reagire a tale

condizione per riprendere il possesso della sua vita sociale e, complice il passare del tempo, anche alcune rivincite.

Dimagrisce grazie ad una sana e controllata alimentazione e ore di duro e costante allenamento fisico. Dopo un primo importante dimagrimento, il soggetto appare ancora più egocentrico è concentrato su se stesso: vuole ancor di più piacere e conquistare, a tutti i costi, per ottenere così conferme del proprio valore.

Accade di ritrovarsi in compagnia ed osservare la tendenza a monopolizzare la serata, a colpi di battute brillanti, verso un pubblico da sedurre e dal quale ottenere conferme, emerge il voler dare una eccezionale immagine di sé. Inizialmente prende spazio un tratto di personalità appagante per chi lo vive e seducente per chi gli sta intorno. Ma, con il tempo, questa può logorare le relazioni intime e sociali, lasciando lo stesso senso di frustrazione e solitudine

vissuto, quasi come costante, negli anni di obesità.

La conseguenza ragionata appare chiara è palese: la psicoterapia è scartata a prescindere dal soggetto!

Bibliografia

Abraham, K. (1916). Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungstufe der Libido. In "Int. Z. (ärztl.) Psychoanal.", 4, pp. 71-97. Trad. It. Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido. In Opere di Karl Abraham, vol. 1, pp. 258-285. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.

APA: DSM-V

Apfeldorfer, G. (1994). Anorexie boulimie obesité. Paris: Flammarion. Trad. it. Anoressia bulimia obesità. Milano: Il Saggiatore, 1996.

Anzieu, D. (1985). Le moi-peau. Parigi: Bordas. Trad. it. L'io pelle. Roma: Borla, 2005.

Bosello, O., Cuzzolaro, M. (2006). Obesità e sovrappeso. Bologna: Il Mulino.

Boyesen, G. (1990). Entre psyché et soma. Paris: Payot. Trad. it. Tra psiche e soma. Roma: Astrolabio, 1999.

Brown, M. (1990). The healing touch. Mendocino: Life Rhythm. Trad. it. Il contatto terapeutico. Roma: Melusina, 1994.

Bruch, H. (1973). Eating disorders. New York: Basic Books. Trad. it. Patologia del comportamento alimentare. Milano: Feltrinelli, 2000. Cosenza, D. (2008). Il muro dell'anoressia. Roma: Astrolabio.

D'Amicis, A. et al. (2006). Epidemiologia dell'obesità. In Istituto Auxologico Italiano (Ed.), 6° rapporto sull'obesità in Italia (pp. 31-45). Milano: Franco Angeli.

Downing, G. (1995). *The body and the word*. New York: Routledge. Trad. it. *Il corpo e la parola*. Roma: Astrolabio, 1995.

Dychtwald; K. (1977). *Bodymind*. New York: Pantheon. Trad. it. *Psicosoma*. Roma: Astrolabio, 1978.

Helferich, C. (2001). *Visioni terapeutiche: l'esperienza della immaginazione attiva nel trattamento organismico*. In M. Pini (Ed.), *Psicoterapia corporeo-organismica*. (pp. 153- 176). Milano: Franco Angeli.

Istituto Auxologico Italiano (Ed.). (2006). *6° rapporto sull'obesità in Italia*. Milano: Franco Angeli. Johnson, S. M. (1994). *Character styles*. New York: Norton & Company. Trad. it. *Stili caratteriali*. Saturnia: Crisalide, (2004).

Judith; A. (1996). *Eastern body, western mind*. Berkeley: Celestial Arts. Trad. it. *Il libro dei chakra*. Vicenza: Nero Pozzi, 2007 (7a ed.).

Lidell, L. (1984). *The book of massage*. Londra: Gaia Books Limited. Trad. it. *Il libro del massaggio*. Milano: CDE, 1986.

Lowen, A. (1958). *Physical dynamics of character structure (the language of the body)*. New York:

Grune and Strutton. Trad. it. *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli, 2003. 23

Lowen, A. (1967). *The betrayal of the body*. New York: MacMillan. Trad. it. *Il tradimento del corpo*. Roma: Mediterranee, 1997.

Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCarin & Geoghen.. Trad. it. *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 2004 (2a ed.).

Lowen, A. (1990). *The spirituality of the body*. MacMillan. Trad. it. *La*

spiritualità del corpo. Roma: Astrolabio, 1991.

Lowen, A., Lowen, L. (1977). The way to vibrant health. New York: Harper and Row. Trad it. Espansione e integrazione del corpo in analisi bioenergetica. Roma: Astrolabio, 1979.

Marchino, L., Mizrahi, M., (2004). Il corpo non mente. Milano: Frassinelli.

Pini, M. (Ed.). (2001). Psicoterapia corporeo-organismica. Milano: Franco Angeli.

Recalcati, M. (1997). L'ultima cena: anoressia e bulimia. Milano, Mondadori.

Recalcati, M., Zuccardi Merli, U. (2006). Anoressia, bulimia e obesità. Torino: Bollati Boringhieri, 2008 (2a ed.).

Recalcati, M. (2008). Clinica del vuoto. Milano: Franco Angeli.

Reich, E., Zornànsky, E. (1997). Lebensenergie durch sanfte Bioenergetik. Monaco: Kösel-Verlag

GmbH & Co. Trad. it. Bioenergetica dolce. Milano: Tecniche Nuove, 2006.

Rigamonti, A. E., Müller, E. E. (2006). Cervello e obesità: neurobiologia e neurofarmacologia. In Istituto Auxologico Italiano (Ed.), 6° rapporto sull'obesità in Italia (pp. 49-92). Milano: Franco Angeli.

Totton, N., Edmondson, E. (1988) Reichian growth work. Bridport: Prism. Trad. it. L'energy stream. Milano: Red, 2007.

PSICOLOGIA CLINICA E ROMANZO GIALLO

di Lia Corrieri

“Lo studio dei caratteri mi interessa enormemente” replicò serio il mio amico. “Non ci si può occupare del crimine senza tener conto della psicologia. Non è tanto il delitto in se stesso che interessa, quanto ciò che si nasconde dietro. Mi segue, Hastings?”

Agatha Christie, *Se morisse mio marito*, 1933

Offrire una definizione univoca di “romanzo giallo” non è un’impresa semplice, vista anche la varietà di etichette con le quali ci si riferisce spesso a questo genere di produzioni editoriali, come, ad esempio, le anglosassoni *mystery fiction*, *crime fiction*, *detective fiction*, oppure il “romanzo poliziesco” o il “romanzo giallo”; o, ancora, l’espressione francese “*noir*”, che attualmente indica un’ulteriore tipologia letteraria, sempre più autonoma rispetto

al “giallo” originario. Si tratta di nomi derivanti dal colore delle copertine con le quali gli editori, rispettivamente il “giallo Mondadori” in Italia e il nero di Gallimard in Francia, pubblicavano tali prodotti e che, mediante un processo di “volgarizzazione del marchio”, sono giunti ad indicare un insieme variegato di narrazioni con alcuni elementi comuni tra loro (Carta, 2019).

Il dibattito, lungi dall’essere risolto, viene ulteriormente complicato dal fatto che, sovente, ci si riferisce a questo tipo di pubblicazioni indicandole come “storie di genere”, espressione che, a volte, comporta un’accezione negativa, come se i romanzi ed i racconti di genere fossero unicamente meri prodotti di consumo di basso livello culturale e, in quanto tali, necessariamente di seconda categoria rispetto ai classici della letteratura (Carta, 2019). In linea con Lucchiarini (2017) nel presente contributo si utilizzerà il termine “*romanzo giallo*”, conservando così l’origine storica del genere letterario in Italia.

Gli studiosi di letteratura solitamente fanno risalire la nascita del romanzo giallo al 1841, anno di pubblicazione del racconto *I delitti della Rue Morgue* di Edgar Allan Poe. L'opera di Poe ha avuto il merito di differenziarsi dai racconti del mistero fino a quel momento pubblicati in quanto capace di focalizzarsi sul pensiero analitico (o logico-scientifico) grazie al quale il protagonista, Auguste Dupin, risolve l'enigma al centro della storia (Sova, 2001; Carta, 2019).

Nella seconda metà del XIX secolo si assistette non solo allo sviluppo del romanzo giallo ma anche alla nascita e la diffusione della psicologia e della psicoanalisi, le cui idee e scoperte sono spesso riflesse nelle arti e nella letteratura dell'epoca (Mecacci, 2008; Najari & Salehi Vaziri, 2021).

E' interessante notare come i due ambiti, quello dell'indagine psicologica e quello del nuovo genere letterario, condividano non solo il periodo storico in cui hanno iniziato a diffondersi ma anche alcuni concetti d'interesse comune, come il

pensiero analitico/logico-scientifico adottato dal detective per risolvere un enigma o le motivazioni e le pulsioni inconsce che possono spingere una persona a commettere un crimine (Yang, 2010; Konnikova, 2013).

Il rapporto tra psicologia e letteratura gialla, infatti, sembra essersi sviluppato già a fine '800 e nelle prime decadi del '900, come testimoniato dal lavoro di Marie Bonaparte che negli anni '30 del XX secolo dedicò un'intera opera alla produzione letteraria di Edgar Allan Poe.

Nel suo lavoro Bonaparte interpreta, in un'ottica psicoanalitica, molti dei testi dell'Autore americano, tra i quali proprio *I delitti della Rue Morgue*, evidenziando la presenza, all'interno della storia, di un parallelismo tra l'aggressività agita dall'assassino e la sessualità (Bonaparte & Freud, 1976; Yang, 2010; Finzi, 2017).

Peraltro l'ambizione dell'analista laica, in analisi con Freud dall'età di 45 anni, era proprio di redigere la psicobiografia dello scrittore

(1933). Il fascino sperimentato dall'originale e creativa allieva di Freud soprattutto per le storie gotiche di Poe, con il ritorno alla vita di persone morte e le svolte inquietanti e inattese degli eventi, può essere ricondotto alla somiglianza delle loro prime esperienze di vita traumatiche. Bonaparte infatti aveva perso sua madre un mese dopo la sua nascita, e il padre di Poe abbandonò la famiglia quando Edgar aveva due anni e sua madre morì di tubercolosi quando lui ne aveva tre. Bonaparte perciò condivideva indirettamente la perdita di Poe e le fantasie del ritorno del genitore defunto nelle sue storie: ella era sensibile ed empatica nei confronti del mondo interiore di Poe perché il suo mondo interiore era simile (Warner, 1991).

Nel corso delle ultime decadi dell'Ottocento il romanzo giallo si sviluppò ulteriormente grazie al lavoro di diversi Autori, tra i quali Wilkie Collins e, soprattutto, di Sir Arthur Conan Doyle, che ambientò nella Gran Bretagna vittoriana le avventure del suo personaggio più famoso, il

detective Sherlock Holmes (Scaggs, 2005).

Secondo Yang (2010) non solo Sigmund Freud si interessò ai racconti del famoso detective inglese ma è possibile addirittura individuare dei parallelismi tra i casi di Holmes ed i resoconti clinici del padre della psicoanalisi.

Alcune analogie, infatti, si riscontrano già nei titoli delle loro opere, basti pensare ad esempio al racconto "Un caso d'identità" (*A case of identity*), raccolto nell'opera dell'Autore "Le Avventure di Sherlock Holmes" (*Adventures of Sherlock Holmes*, 1892), un titolo che effettivamente sembra riecheggiare un vero e proprio resoconto clinico.

Ulteriori esempi ci vengono offerti non solo dal lavoro di Sir Arthur Conan Doyle, ma anche da altri "giallisti", come Dame Agatha Mary Clarissa Christie, con il racconto "Il caso della domestica perfetta" (*The Case of the Perfect Maid*) presente in *Miss Marple's Final Cases and Two Other Stories* (1979); oppure "Il caso della vecchia signora" (*Le vieille dame de*

Bayeux, 1938) della serie del Commissario Maigret di Georges Simenon; oppure, ancora, “Il Caso della Canarina Assassinata” (*The Canary Murder*, 1927), uno tra i più famosi romanzi della serie di S.S. Van Dine che hanno come protagonista Philo Vance; “L’uomo a cui piacevano i cani” (*The Man Who Liked Dogs*, 1936) di Raymond Chandler, costituisce l’ulteriore esempio di questa somiglianza e analogia tra la scrittura clinica e quella tipica del genere “giallo”. Già i titoli richiamano alla mente le opere cliniche di diversi autori delle scienze della mente: non solo Freud (come “Il Caso clinico dell’Uomo dei Lupi” - *Der Wolfsmann*, 1914), ma anche Donald Winnicott (“Piggle: una bambina” - *The Piggle: An Account of the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl*, 1971), Ludwig Binswanger (“Il caso di Ellen West” - *Der Fall Ellen West*, 1944); Aleksandr Lurija “Un mondo perduto e ritrovato”, 1973), Oliver Sacks con “L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello” di (*The Man Who*

Mistook His Wife For a Hat, 1985).

La relazione tra giallo e pratica clinica, non sembra però limitarsi all’assonanza tra i titoli dei romanzi e dei racconti gialli con quelli delle pubblicazioni dei casi clinici.

Il legame è infatti storicamente ben più profondo, come testimoniato dallo stesso Sir Arthur Conan Doyle che, laureatosi in Medicina e Chirurgia, creò non solo il personaggio del dott. John H. Watson ma si ispirò alla figura del suo professore, il dottor Joseph Bell, per tracciare le caratteristiche del detective Sherlock Holmes (Yang, 2010 ; Ellis, 2011; Centor & Heudebert, 2021). Bell era solito, nel corso delle sue lezioni presso la *University of Edinburgh*, evidenziare l’importanza dell’osservazione come strumento diagnostico, concependo il ragionamento diagnostico come il prodotto di un processo di pensiero prettamente analitico/logico-scientifico (Wilson, 1948).

L’eredità di Bell è stata raccolta non solo da Sir Arthur Conan Doyle ma anche da altri autori, perfino

sceneggiatori televisivi in tempi più recenti: basti pensare alla serie *Dr. House – Medical Division*, nella quale il protagonista, il dottor Gregory House, primario del reparto di medicina diagnostica, affronta i quadri clinici presentati dai suoi pazienti come se fossero dei veri e propri enigmi da risolvere con piglio sciamanico piuttosto che scientifico ortodosso (Hockley, 2010). Lo stesso dibattito filosofico si è interessato delle vicende del personaggio, rilevando anche le affinità tra il genere letterario “giallo” e la sua metodologia clinica seppure così *sui generis*: “Sono proprio le malattie, infatti, il suo vero e unico nemico, il ladro o l’assassino che il bravo detective deve scovare in base agli indizi che ha a disposizione (i sintomi), catturare e costringere a confessare il delitto. Per House ogni malattia è una sfida, un nuovo e intrigante puzzle da risolvere con acume, spirito di osservazione, abilità analitiche e intelligenza.” (Blitris, 2007; 2011).

Il rapporto tra psicologia e genere letterario giallo diventa centrale anche nelle produzioni filmiche più recenti. E’ il caso di *The Pale Blu Eye* (2022), il film in visione sulla piattaforma Netflix, che vede come co-protagonista proprio un giovane Edgar Allan Poe nell’Accademia militare degli Stati Uniti di West Point, a nord dello Stato di New York, appena inaugurata, nel freddo ottobre del 1830. Il detective Augustus Landor (Christian Bale) è vittima di traumi personali profondi (il lutto per la scomparsa della moglie, la lontananza dalla figlia Matilde), e sta abbandonando il suo mestiere per sempre, ma viene improvvisamente richiamato per l’uccisione di un cadetto dal corpo del quale è stato rimosso con precisione il cuore. A causa del silenzio delle altre reclute, viene affiancato al detective il giovane Edgar Allan Poe, scrittore, insofferente verso il rigido ambiente militare, che con la sua creatività aiuta l’indagatore. Un altro cadetto viene ucciso. Il detective riesce a penetrare sempre più in profondità nelle dinamiche

dell'Accademia, sembra aver scoperto il colpevole, ma lo scrittore, innamorato di Lea, figlia del medico dell'istituzione, rovescia la situazione e l'apparente risoluzione dell'enigma criminale. I due interpreti, emblemi quasi archetipici dell'uomo di scienza e del poeta, *Animus* e *Anima*, dialogano costantemente, interrogandosi sulle motivazioni dell'agire umano, e l'indagine psicologica s'intreccia in modo inestricabile con la vicenda visiva narrata, nata dal romanzo di Louis Bayard (2006; 2023).

Con le dovute differenze che possono intercorrere tra il modo di operare di un medico del XIX secolo, di sceneggiatori di serie televisive o cinematografici dei tempi più recenti e il lavoro di un operatore sanitario contemporaneo, notevolmente aiutato non solo dai nuovi strumenti tecnologici ma anche dalle linee guida tipiche della EBM (*Evidence Based medicine* - cfr. Rapezzi *et al.*, 2021), sembra possibile comunque affermare che la

lezione del dottor Bell e del personaggio di Sherlock Holmes sia stata accolta anche in ambito clinico, dato che diversi autori hanno analizzato e definito come un adeguato esempio di ragionamento clinico diagnostico l'approccio analitico/logico-scientifico del "dott. Bell/Sherlock Holmes" (Miller, 1985; Wilbush, 1992; Levine, 2012; Vilanilam, Mahadevan & Das, 2017; Centor & Heudebert, 2021).

Se nell'opera di Sir Arthur Conan Doyle il costante richiamo all'osservazione e ai processi inferenziali tipici del pensiero prettamente analitico/logico-scientifico è debitore del clima positivista dell'epoca in cui lo scrittore visse, il Commissario Maigret di George Simenon nel suo "ragionamento clinico" tende invece a concentrarsi maggiormente sul profilo psicologico e sociale dei personaggi presenti nelle sue avventure piuttosto che seguire un ragionamento saldamente ancorato a uno schema di natura algoritmica, e che a tratti risulta esser

eccessivamente rigido ai fini della scoperta dell'autore del crimine e delle sue reali motivazioni (Teive & Lees, 2017).

Peraltro lo stesso Simenon trasse spunti, idee e suggestioni per i casi del suo celebre commissario dal ben più prosaico lavoro degli investigatori dell'epoca che "non assomigliano né a Sherlock Holmes né a Rouletabille [famoso giallista che si ispirava alla logica scientifica nel risolvere i casi come Holmes - ndr] e nemmeno al signor Lecoq [che anticipò proprio Conan Doyle - ndr]." Si tratta "per lo più dei bravi borghesi che la domenica vanno a pesca e aspettano la pensione per trasferirsi in campagna e coltivare il proprio giardino. Non parlano mai di intuizione o di fiuto. E a maggior ragione nel loro vocabolario non esiste la parola genio. No! È gente del mestiere. La maggior parte di loro è passata per la sezione degli esercizi pubblici, per la Buoncortume o per la Polizia dei giochi e delle scommesse... Alcuni durante la guerra hanno lavorato per i

servizi segreti e sono stati in tutti i paesi d'Europa e perfino in America." Così infatti, nel suo *reportage* giornalistico sulla "Polizia Giudiziaria" di Parigi del 1937, recentemente pubblicato in traduzione italiana (2022), scrive Simenon. Il che nulla toglie all'interpretazione in senso più psicologico della sua opera e in particolare del personaggio del Commissario Maigret, essendo lo stesso scrittore lettore delle opere di psicanalisi e psichiatria pur sempre negando ad esse influenze significative nella sua produzione letteraria, ma avendo vissuto per le tormentate vicende personali e familiari in mezzo a medici e psichiatri. Negli articoli citati si fanno peraltro esempi di colloqui investigativi che riecheggiano quelli del celebre Commissario, ma che sembrano assumere tratti clinici nel loro concreto svolgersi agli occhi del cronista curioso.

Il lavoro di Dame Agatha Christie è esso stesso intriso di elementi psicologici importanti (Zeiger, 1991; Najjar e Salehi Vaziri, 2021). Infatti,

in un loro recente lavoro Najar e Salehi Vaziri (2021) hanno evidenziato come, ad esempio, nelle opere della Christie centrate sul personaggio di Hercule Poirot siano coinvolte per lo sviluppo dello stesso *plot* narrative diverse aree tematiche della psicologia, da quella clinica a quella sociale, quali l'intelligenza, sia individuale che collettiva, l'impulsività, il *locus of control*, il complesso edipico, la presenza di comportamenti direttamente osservabili, e i cui contenuti sottesi alla narrazione rinviano alle diverse teorie psicologiche, in particolare cognitivo-comportamentale e psicoanalitica. Zeiger (1991) ha sottolineato come nel ciclo di romanzi e racconti dedicati al personaggio di Miss Jane Marple sia persino possibile individuare elementi di psicologia descrittiva effettivamente utili anche in sede di *assessment* psicologico. In particolare, è possibile notare come Miss Marple valorizzi il colloquio come strumento di raccolta di informazioni importanti per far luce sui casi che le si

prospettano, ricordando così, almeno in parte, l'utilizzo del colloquio in sede sia psicologica che psicoterapeutica (Zeiger, 1991). Nello specifico, spesso i colloqui di Miss Marple con gli altri personaggi delle sue avventure sono condotti al fine di ottenere risposta a specifiche domande, quali, ad esempio "*Cosa ci sta veramente dicendo il nostro interlocutore?*", oppure "*Come il nostro interlocutore inizia la conversazione con noi?*", che sono tipiche del modo di procedere dell'indagine clinica (Zeiger, 1991).

Un ulteriore aspetto inerente al rapporto tra la psicologia clinica e il romanzo giallo è rappresentato dal modo in cui determinate manifestazioni psicopatologiche vengono descritte e narrate dall'Autore influenzato dal contesto storico e socio-culturale di riferimento.

Nell'opera di Dame Agatha Christie, ad esempio, compare un caso di epilessia da stress post traumatico nel romanzo "La serie infernale" (*The A.B.C. Murders*, 1936); nello sviluppo narrativo viene posto

l'accento anche sull'isolamento, legato allo stigma sociale, vissuto dal personaggio (Gildersleeve, 2016).

L'opera citata permette, peraltro, di evidenziare come determinati costrutti centrali per la psicologia e le scienze della mente, quali il trauma, vengono spesso rappresentati nei romanzi gialli, come rilevabile anche nelle produzioni di Raymond Chandler (Gildersleeve, 2016; Gad, 2020; Hwang & Huang, 2022).

Conclusioni

I rapporti tra il romanzo giallo e la psicologia, soprattutto quella clinica, nel dibattito scientifico attuale appaiono ben più complessi di quanto spesso si tenda ad immaginare; e l'analisi di queste relazioni offre interessanti spunti di riflessione sia in chiave epistemologica che per la formazione dei clinici.

Un primo spunto di riflessione riguarda la possibilità di avvalersi, seppur con le dovute contestualizzazioni e

precisazioni, dei romanzi gialli - ma più in generale della *crime-mystery fiction* - come di strumenti accattivanti e divertenti d'apprendimento nei percorsi di formazione dei clinici, utilizzo suggerito da Centor e Heudebert (2021), essendo, proprio per queste loro caratteristiche, particolarmente efficaci nell'acquisizione della metodologia d'indagine ai fini diagnostici o di ricerca e delle stesse tecniche psicologiche, quali, ad esempio, quelle relative alla conduzione del colloquio.

La *crime-mystery fiction* appare inoltre come uno strumento utile per comprendere meglio non solo le logiche interne al ragionamento clinico diagnostico ma anche le modalità in cui le manifestazioni cliniche vengono rappresentate nei diversi contesti storici e socio-culturali.

Peraltro l'utilizzo delle narrazioni di genere "giallo" potrebbero consentire di meglio cogliere le specificità dei processi di pensiero implicati nel ragionamento diagnostico non riconducibili a

meri ragionamenti induttivi bensì a ben più complesse operazioni di sintesi dei dati ottenuti nel percorso d'indagine.

Un'altra serie di riflessioni ruota attorno all'importanza che il pensiero analitico/logico-scientifico e quello narrativo assumono per il ragionamento clinico diagnostico, sia in termini di formulazione di ipotesi che in termini di restituzione della diagnosi al paziente e/o ad altri professionisti.

Queste due dimensioni del pensiero devono infatti integrarsi affinché sia possibile seguire uno schema di ipotesi e verifiche rigoroso, capace di rispettare le linee guida e i protocolli della EBM (*Evidence Based Medicine*; cfr. Repezzi *et al.*, 2021), ma che allo stesso tempo non limiti la comprensione del paziente e della sua storia all'interno di questi confini (Teive & Lees, 2017).

L'integrazione di queste due forme del pensiero appare essenziale anche per poter comunicare in maniera scientificamente corretta e allo stesso tempo empatica al

paziente la stessa diagnosi ottenuta con l'indagine clinica. La restituzione narrativa dei risultati peraltro è un tema che non riguarda unicamente la pratica clinica ma anche la ricerca (Davis, 2021; Lehmann & Brinkmann, 2021), a favore di quell'integrazione tra "scienza analitica" e "scienza romantica" auspicata da Lurija e ripresa da Sacks, in grado di superare almeno tendenzialmente la tradizionale antinomia tra *esprit de geometrie* e *esprit de finesse* tipica della modernità ormai passata. In conclusione si potrebbe replicare per la psicologia quel che Wittgenstein ha scritto per la filosofia: "Davvero non riesco a capire come si possa leggere *Mind* [il periodico dedicato dal 1876 alla filosofia e alla psicologia - ndr] invece di *Street and Smith* [storici editori di *fiction* gialla, *mystery* e *sci-fi* - ndr]. Se la filosofia ha qualcosa a che vedere con la saggezza, senza dubbio in *Mind* non ce n'è neppure un granello, mentre spesso se ne trova un granello nei racconti polizieschi." (cit. in Blitris, 2007; 2011).

Bibliografia:

Bayard, L. (2006). Trad.it. *I delitti di West Point. The Pale Blue Eye*. Milano: La Nave di Teseo, 2023.

Binswanger, L. (2011). Trad.it. *Il caso Ellen West*. Torino: Einaudi.

Blitris (2007), *La filosofia del Dr. House*. Firenze: Ponte alle Grazie, 2011.

Bonaparte, M. (1949). Trad. it. *Edgar Allan Poe: uno studio psicoanalitico*. Roma: Newton Compton Editori, 1976.

Carta, E. (2019). *Breve storia della letteratura gialla*. Perugia: Graphe.it.

Centor, R. M. & Heudebert, A.I. (2021). Learning clinical reasoning from the fictional detectives, in *Diagnosis*, 8 (4), 425-426.

Chandler, R. (1964). Trad.it. *L'uomo a cui piacevano i cani e altri racconti*. Milano: Feltrinelli, 2007.

Christie, A. (1979). Trad. it. *Il caso della domestica perfetta*. Milano: Mondadori.

Christie, A. (1997). Trad. it. *La serie infernale*. Milano: Mondadori.

Davis, C. (2021). Sampling poetry, pedagogy, and protest to build methodology: Critical poetic inquiry as culturally relevant method, in *Qualitative Inquiry*, 27 (1), 114-124.

Konnikova, M. (2013). Trad. it. *Mastermind: pensare come Sherlock Holmes*. Milano: Ponte alle Grazie, 2013.

Doyle, A. C. (2010). Trad. It. *Tutto Sherlock Holmes*. Roma: Newton Compton Editori.

Ellis, H. (2011). Joseph Bell: surgeon and master of "spot diagnosis" in *British Journal of Hospital Medicine*, 72 (12), 711-711.

Finzi, S.V. (1990). *Storia della psicoanalisi*. Milano: Mondadori, 2017.

Freud, S. (1914). Trad.it. *Dalla storia di una nevrosi infantile (caso clinico dell'uomo dei lupi)*, in O.S.F., Vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri.

Gad, H. (2020). *The Femme Fatale, a Mirror of Post-War Male Anxiety in Raymond Chandler's Farewell, My Lovely* (1940).

Gildersleeve, J. (2016). Nowadays: Trauma and Modernity in Agatha Christie's Late Poirot Novels, in *Clues: A*

Journal of Detection, McFarland & Company, 34 (1).
Hockley, L. (2010). Doctoring individuation: Gregory House: Physician, detective or shaman? in *House: The Wounded Healer on Television* (pp. 21-36). Routledge.

Hwang, S., & Huang, Y. (2022). Children's Rights, PTSD and Agatha Christie's The Mousetrap. 68 (1), 69-86.

Lehmann, O. V., & Brinkmann, S. (2021). "Humbled by life": Poetic representations of existential pathways and personal life philosophies among older adults in Norway, in *Qualitative Inquiry*, 27 (1), 102-113.

Levine, D. (2012). Revalidating Sherlock Holmes for a role in medical education, in *Clinical Medicine*, 12 (2), 146

Lucchiari, C. & Marta, C. (2017). *L'enigma della mente: romanzo giallo e psicologia*. Brescia: Editrice Morcelliana.

Lurija, A. (1996). Trad.it. *Un mondo perduto e ritrovato*. Milano: Adelphi Edizioni, 2015.

Mecacci, L. (2008). *Manuale di storia della psicologia*. Firenze: Giunti.

Miller, L. (1985). Sherlock Holmes's methods of deductive reasoning applied to medical diagnostics, in *Western Journal of Medicine*, 142 (3), 413.

Najar, E., & Salehi Vaziri, F. (2021). Hercule Poirot and Criminal Psychology: Crime and Detection in Selected Novels of Agatha Christie, in *Journal of Language Horizons*, 5(1), 167-184.

Rapezzi, C., Sinagra, G., Merlo, M., & Ferrari, R. (2021). The impossible interviews. Sherlock Holmes interviews David Sackett: "How much can we trust the guidelines?" in *European Heart Journal*, 42 (35), 3422 - 3424.

Sacks, O. (1985). Trad.it. *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi Edizioni, 2015.

Scaggs, J. (2005). *Crime fiction*. London (UK): Routledge.

Simenon, G. (2013). Trad. it. *La Locanda degli Annegati e altri racconti*. Milano: Adelphi Edizioni.

Simenon, G. (1937). Trad. it. *Dietro le quinte della polizia*. Milano: Adelphi Edizioni, 2022.

- Sova, D. B. (2001). *Edgar Allan Poe A to Z: The Essential Reference to His Life and Work*. New York (NY): Checkmark Books.
- Teive, H. A., & Lees, A. J. (2017). Georges Simenon, Inspector Maigret and his relevance to the practice of Neurology, in *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75, 189-191.
- Van Dine, S. S. (2013). Trad. it. *Tutti i romanzi gialli*. Roma: Newton Compton Editori.
- Vilanilam, G. C., Mahadevan, A., John, P. K., & Das, J. M. (2017). Clinico-pathological conferences: The fading art of playing Sherlock Holmes, in *Neurology India*, 65 (3), 685.
- Wilbush, J. (1992). The Sherlock Holmes paradigm-detectives and diagnosis: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85 (6), 342.
- Wilson, J. G. (1948). Reminiscences of Dr. Joseph Bell: The prototype of Sherlock Holmes, in *Quarterly Bulletin of the Northwestern University Medical School*, 22 (2), 154.
- Warner, SL. Princess Marie Bonaparte, Edgar Allan Poe, and psychobiography, in *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 1991, Fall; 19 (3): 446-461.
- Winnicott, D. (1982). Trad. it. *Piggle: una bambina*. Torino: Boringhieri.
- Yang, A. (2010). Psychoanalysis and detective fiction: A tale of Freud and criminal storytelling, in *Perspectives in biology and medicine*, 53(4), 596-604.
- Zeiger, C. A. (1991). The Miss Marple model of psychological assessment, in *Advances in Descriptive Psychology*, 6.

IL TRANSFERT E

Questi due meccanismi

CONTROTRANSFERT

psichici sono nella normalità

Di Alberta Casella

dei rapporti interpersonali:

sempre, quando ci

Con questo articolo ed il successivo intendiamo spiegare i termini e le dinamiche del concetto psicologico di **transfert e controtransfert**, parole ormai di uso comune ma con un significato molto preciso e complesso, oggetto di ricerca e di dibattito sin dagli esordi della psicoanalisi classica.

confrontiamo con altre persone, tendiamo ad attribuirgli caratteristiche di altri personaggi che hanno popolato la nostra vita ed hanno avuto rapporti significativi con noi. Tuttavia, lo specificarli all'interno della terapia psicologica può essere utile per comprenderne il

funzionamento, l'utilità ed i limiti.

Tutto ciò che avviene in un incontro psicologico si basa e si costruisce sull'interazione dinamica del mondo interno, o per dirla con le parole di Matte-Blanco, degli "infiniti mondi interni" del terapeuta e del paziente.

Il *transfert* si traduce nella riattualizzazione di dinamiche affettive arcaiche che si proiettano sul terapeuta; il terapeuta, d'altro

canto, prova sentimenti controtransferali nel momento in cui inizia a percepire sensazioni, emozioni spontanee nei riguardi del paziente.

Tali meccanismi si basano sull'analisi del gioco di proiezioni ed identificazioni che avvengono reciprocamente in seduta tra i due soggetti interagenti: "*transfert* e *controtransfert*" sono dinamismi che derivano

dalla 'attitudine soluzione del processo di
all'identificazione ed alla cura.

proiezione".

Rispetto ai rapporti

Sottolineamo, al fine di quotidiani, ciò che distingue
chiarire in prima istanza la tali processi nel percorso
natura di tali meccanismi, che terapeutico è la loro intensità,
il processo avviene da parte ovvero la forza con cui essi
del paziente in maniera del emergono e si fanno
tutto inconscia, inconsapevole; conduttori dell'interazione tra
tale inconsapevolezza è paziente e terapeuta: infine, la
spontanea anche nel possibilità di essere sfruttati
terapeuta, ma la presa di come fattori di cura li rende
coscienza di questi sentimenti indispensabili per la
può essere una delle chiavi di comprensione e la conduzione
del caso.

Nel campo della relazione, ognuno porta con sé sentimenti specifici legati alla propria storia e tenta di spiegarsi all'altro attraverso parole e sensazioni.

Per primo Freud riconobbe quale strumento fondamentale per la conduzione dell'analisi il *transfert*, distinguendolo in positivo e negativo.

In quello positivo distinse, poi, un movimento di desideri affettuosi, accettabili

consciamente ed un trasferimento di cariche libidiche più intense, a scopo erotico, difficilmente accettabili.

Per la teoria della **sublimazione**, poi, risulta facile comprendere come il *transfert* positivo attenuato altro non è che la trasposizione del conscio di desideri trasformati.

Secondo la definizione di Laplanche-Pontalis, la sublimazione è un processo

“postulato per spiegare certe attività umane apparentemente senza rapporto con la sessualità, ma che avrebbero la loro forza nella pulsione sessuale. La pulsione è detta sublimata quando è deviata verso una nuova meta non sessuale e tende verso oggetti socialmente accettabili”.

In tutta la teorizzazione freudiana ritorna tale concetto per la spiegazione economica e dinamica di molti

comportamenti umani ma, tuttavia, esso rimane sempre poco delimitato e poco chiaro.

Freud teorizza il processo di sublimazione come meccanismo della psiche umana necessario per tollerare pulsioni altrimenti troppo dannose e potenti; la concepisce come mossa almeno da due meccanismi

fondamentali, **autoconservazione** e **narcisismo**, che inducono il soggetto a liberarsi di pulsioni

destabilizzanti, trasformandole
in sensazioni più tollerabili.

In ogni tipo di *transfert*,
comunque, Freud riconobbe la
riedizione delle dinamiche di
relazione infantile con i
genitori, trasferite
inconsciamente sull'analista.

I genitori stessi, che
non sono sicuramente quelli
reali ma imago intere di essi,
vivono, quindi, nella relazione
terapeutica come se fossero
presenti qui ed ora e l'analisi
di tali rapporti riattualizzati può

portare proficue informazioni
sui modelli relazionali
interiorizzati dal paziente.

In conclusione egli,
comunque, afferma l'esistenza
e l'importanza della dinamica
transferale mentre è molto
cauto nell'asserire
l'importanza del
controtransfert; fino al caso di
Dora, egli tenta di ignorare
questa emozione, perché in
netto contrasto con la
neutralità dell'ascolto che lui
promuove come regola

fondamentale per la conduzione di un'analisi di successo.

Ancora, nel 1912, avverte della necessità di una cura individuale prima d'iniziare la professione per evitare di essere coinvolto in relazioni con il paziente che potessero disturbare lo svolgimento della terapia: il

controtransfert “prende, infatti, il significato di reazione emotiva patologica dell'analista, che

ostacolerebbe il normale svolgimento dell'analisi e richiederebbe un unico modo di affrontarlo, ossia farsi ulteriormente analizzare”.

Successivamente alla teorizzazione freudiana, si è dato sempre più interesse a questi temi cercandone la spiegazione e l'utilità terapeutica.

Negli anni Venti, solo Ferenczi utilizza una tecnica molto simile all'analisi del *controtransfert* con pazienti

che non miglioravano con la tecnica classica: egli tenta di parlare loro apertamente utilizzando come supporto alle sue parole le reazioni emotive che i pazienti stessi suscitavano in lui.

La sua tecnica, poi, è seguita dai Balint, che nel 1937 teorizzano i movimenti controtransferali del terapeuta come normali e non patologici affermando che tutti, terapeuti compresi, hanno sentimenti ed

emozioni intorno alle persone con cui si relazionano.

Man mano, con l'evolvere delle teorie e degli studi di tecnica, lo studio del *controtransfert* si è ampliato.

Molti sostengono che sia improprio ed inopportuno usare il termine *controtransfert* in quanto si dà ad esso, implicitamente, un'accezione negativa; affermano sia meglio usare la più moderna accezione di "*transfert* dell'analista", anche se con

essa si nota meno il carattere complementare dei due movimenti dinamici.

Grazie soprattutto ai contributi della scuola kleiniana, si è iniziato ad indagarne l'uso in terapia ed a sostenere che esso può essere uno tra i più efficaci strumenti terapeutici, sia perché fornisce elementi sensoriali sul paziente, sia perché dà un nuovo spessore di vitalità alla figura del terapeuta, libero finalmente di

poter comunicare con il paziente, rispetto alle troppo rigide regole d'astinenza e controllo imposte dall'insegnamento freudiano.

Con l'affermarsi di una tale risposta affettiva del terapeuta, finalmente si riconosce l'attività interattiva dei due soggetti in seduta che riescono a scambiarsi non più solo parole vuote, ma caricate densamente di tonalità affettive ed emozionali.

Con il *controtransfert*, l'analista si mette in sintonia con il mondo del paziente, percependo, sulla base di sensazioni ed emozioni, qualcosa in più oltre le parole, qualcosa che possa spiegargli, meglio di un racconto scritto, cosa veramente il paziente sta cercando nell'analisi, cosa tenta di ritrovare, ripetere, rinnovare e quale modello di relazione familiare sta riproponendo.

Ricordiamo, per inciso, che la scuola kleiniana ha formulato un altro concetto fondamentale per la spiegazione del *transfert* e *controtransfert*: **l'identificazione proiettiva.**

In essa, dominano le sensazioni che, a differenza delle parole che si fanno carico degli aspetti più consci della relazione, esprimono un contatto con meccanismi primordiali, peculiari

all'individuo sin dalla sua età neonatale.

Essa va nominata a pieno titolo come meccanismo necessario nell'instaurarsi di ogni relazione umana ed, a maggior ragione, quindi, di ogni relazione terapeutica: è ciò che ci permette di comunicare, una facoltà di collegamento con l'altro di cui siamo tutti portatori.

Ritornando all'analisi dell'evoluzione della teoria sul *controtransfert*, essa si è

evoluta di pari passo con la tecnica psicoterapeutica che ha riportato in primo piano l'importanza del suo uso come strumento per comunicare con il mondo interno del paziente sulla base delle emozioni del terapeuta.

Winnicott, con il suo articolo del 1947^[1], ricorda il possibile uso proficuo del *controtransfert* nell'analisi, ma mette contemporaneamente in guardia dal cadere in forme patologiche controtransferali

che possano inficiare la validità dei dati raccolti in analisi: per evitare errori di tal genere, il terapeuta deve sempre essere consapevole dei sentimenti che prova per il paziente e deve, quindi, sempre porsi in autoanalisi per utilizzarli costantemente nel suo lavoro.

Inoltre, Winnicott ha avvalorato l'ipotesi che sia possibile provare anche il sentimento controtransferale dell'odio, rendendo necessario

mantenere un atteggiamento professionale con tutta la sua difficoltà.

Ancora una volta, in tal compito può essere valido strumento l'analisi del terapeuta per aumentare la sua stessa stabilità e, al contempo, restare vulnerabile per essere permeabile alle sensazioni provenienti dal paziente.

Winnicott descrive tale situazione come un "lavorare dietro una distanza costruita"

al fine di ottenere la giusta dose di coinvolgimento e distacco.

Successivamente, l'articolo di Paula Heimann del 1950 chiarisce le possibilità d'uso del *controtransfert* nella pratica psicoterapeutica, contraddicendo l'opinione freudiana che imponeva un rigido autocontrollo.

Per lei, i sentimenti dell'analista verso il paziente possono divenire un efficace strumento di lavoro,

permettendogli di andare oltre la comunicazione verbale.

Ella si fa promotrice, della tecnica psicoterapeutica controtransferale, fermo restando il presupposto di base secondo cui il terapeuta deve essere consapevole delle risposte emotive che può avere nei confronti del paziente e deve essere preparato ad accettarle ed ad analizzarle ai fini della cura.

Bibliografia

MATTE BLANCO I. (1975): *L'Inconscio come Insiemi Infiniti. Saggio sulla Bi-logica*, Einaudi, Torino, 1981

VITOLO A.: *Le Psicoterapie*, Il Saggiatore, Milano, 1997, p. 83

FREUD S. (1912): *Dinamica della Translazione*, in *Opere*, vol. VI

LAPLANCHE-PONTALIS (1967): *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, 1984, p. 587

FREUD S. (1922): *L'io e l'Es* in *La Teoria Psicoanalitica*, op. cit. p.300

BALINT M. e A. (1937): *Transfert e Controtransfert* in *L'Analisi Didattica*, Guaraldi, Rimini, 1974

WINNICOTT D. (1947): *L'Odio nel Controtransfert* in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, (1958) Martinelli, Firenze, 1975

WINNICOTT D. (1970): *Sviluppo Affettivo ed Ambiente*, Armando, Roma, 1995, p. 204

HEIMANN P. (1950): *Il Controtransfert in Bambini e non più Bambini*, (1989), Borla, Roma, 1992

[11](#) WINNICOTT D. (1947): *L'Odio nel Controtransfert* in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, (1958) Martinelli, Firenze, 1975

LA TEORIA DEI NUDGE

di Beatrice Brambilla

1. Introduzione

I modelli economici neoclassici che descrivono l'uomo come un massimizzatore di utilità personale e gli attribuiscono una razionalità illimitata sono stati ormai superati grazie allo sviluppo di una nuova disciplina definita psicologia economica (Kanheman & Tversky, 1974). Essa ritiene che in numerose situazioni economiche l'essere umano sia interessato anche al benessere altrui e non sia in grado di tenere in considerazione tutte le informazioni disponibili. Parte, quindi, dal presupposto che l'individuo compia sistematicamente degli errori e non sia in grado di prendere le decisioni migliori possibili (Kanheman & Tversky, 1974). A questo scopo sono state

studiate le aree in cui il processo decisionale umano fallisce in modo tale da creare degli interventi (chiamati nudge), che lo aiutino a colmare il divario tra le sue intenzioni a comportarsi in un determinato modo e l'effettivo comportamento messo in atto. Tali politiche di nudging agiscono a livello inconscio sfruttando o contrastando i limiti della mente umana, ma allo stesso tempo mantenendo intatta l'autonomia individuale (Thaler & Sustein, 2008). Esse stanno avendo un grande successo nei campi della politica, degli investimenti, dei risparmi e della salute pubblica grazie alla loro semplice applicazione e ai ridotti costi economici, che non precludono l'efficacia in termini di risultati. In questo articolo, verranno esaminati i diversi limiti della mente umana, con i loro potenziali rischi nel processo decisionale e

saranno poi approfondite le diverse strategie di nudging con i relativi punti di forza e criticità.

2. Aree di fallibilità degli esseri umani

I numerosi studi di psicologia economica hanno dimostrato che le scelte degli esseri umani sono influenzate in modi che non sono spiegati dal paradigma economico neoclassico. Gli uomini sono soggetti a numerosi limiti cognitivi, che spesso non permettono loro di prendere le decisioni migliori. Tversky e Kahneman (1974) hanno identificato tre “scorciatoie mentali” messe in atto dagli esseri umani, con le relative distorsioni cognitive. La prima è l’euristica dell’ancoraggio, definita come la tendenza ad affidarsi in modo eccessivo alla prima informazione ricevuta; una volta impostato il valore di un’ancora, tutti i

giudizi successivi vengono discussi in base a essa. È possibile, quindi, influenzare la scelta di una persona in una particolare situazione suggerendo un punto di inizio per il suo processo decisionale (Thaler & Sustein, 2008). La seconda consiste nell’euristica della disponibilità, che si verifica quando si tende a stimare la probabilità di un evento sulla base della facilità con cui esso viene ricordato e delle emozioni che ha suscitato: l’uomo tende a pensare che eventi che ricorda meglio siano accaduti più frequentemente nel passato e possano accadere più facilmente in futuro, rispetto a quelli che sono meno accessibili. Gli Umani, inoltre, tendono a dare maggior importanza alle informazioni più recenti perché più vivide nella loro memoria. (Thaler & Sustein, 2008). Non viene fatta, quindi, una stima di

probabilità oggettiva prevista dai modelli economici. Infine, gli uomini sono influenzati anche dall'euristica della rappresentatività, la quale sfrutta la somiglianza tra oggetti ed eventi rispetto a una categoria di riferimento per fare stime di probabilità. A volte questo metodo di ragionamento risulta essere molto efficace in quanto rapido, ma spesso può condurre a giudizi sbagliati: il ricorso a tale euristica, infatti, può portare a vedere pattern ricorrenti anche quando non sono presenti (Thaler & Susteian, 2008).

Queste non sono le uniche distorsioni cognitive legate al processo decisionale umano, ma ne sono state individuate tante altre. Singler (2018) ha teorizzato l'esistenza di molti "bias cognitivi" che influenzano il comportamento e le decisioni degli esseri umani, prendendo in

considerazione le relative conseguenze associate al mondo lavorativo. Nel suo libro, l'autore riporta una revisione della letteratura esistente su questo tema, citando gli studi di numerosi ricercatori che trovano conferma negli scritti di Thaler e Susteian (2008). Oltre all'uso delle euristiche, gli uomini nutrono un eccessivo ottimismo e fiducia nelle proprie capacità, il quale spiega la ragione per cui un individuo si espone al rischio, anche quando, così facendo, mette in pericolo la propria vita e salute (Thaler & Susteian, 2008). Una delle sue influenze negative più consistenti è legata al concetto di "errore progettuale" elaborato da Kahneman (1979): in particolare chi si considera esperto in un determinato campo sopravvaluta le sue competenze e ritiene i suoi progetti migliori e più efficaci

rispetto a quelli dei suoi colleghi. Nel mondo degli affari contemporaneo, essendo ormai la maggior parte dei lavoratori tenuta ad essere esperta in una specifica area di competenza, tutti sono potenzialmente influenzabili da questo pregiudizio (Singler, 2018). Secondo Kahneman (2011) l'eccesso di fiducia è molto pericoloso perché riduce la vigilanza di fronte al pericolo, creando l'illusione di poterlo affrontare. Un'altra potenziale fonte di errore riportata da Singler (2018) è il "bias di conferma", definito come la tendenza inconscia a selezionare, interpretare e memorizzare le informazioni in modo tale da confermare le proprie idee iniziali su un dato argomento. Esso è un potenziale rischio sia di fronte a decisioni strategiche nel contesto aziendale sia di fronte a quelle quotidiane perché disincentiva il

confronto e la cooperazione con altri colleghi, facendo credere all'individuo che le proprie scelte siano migliori perché frutto di un'attenta e obiettiva analisi della situazione (Lord, Ross & Lepper, 1979; Singler, 2018). Un altro pregiudizio comune a tutti uomini è il "possession bias", che fa riferimento all'effetto dotazione, già citato nel paragrafo precedente, secondo cui possedere un oggetto crea un legame emotivo che comporta un cambiamento della percezione del suo valore (Kanheman, Knetsch, & Thaler, 1990; Singler, 2018). L'influenza di questo pregiudizio può essere molto pericolosa nei settori di vendita. Tale distorsione non si limita solamente agli oggetti, ma anche alle proprie idee: l'uomo, infatti, non giudica le proprie intuizioni in maniera obiettiva, ma le percepisce con un filtro positivo che ne

migliora il valore. In ambito lavorativo, esso può comportare alcune problematiche nelle discussioni all'interno di gruppi in quanto ogni persona, infatti, è portata a difendere le proprie idee non perché oggettivamente migliori, ma semplicemente perché frutto del proprio ragionamento. Questo rischio risulta ancora maggiore nelle figure di leader aziendali, i quali possono provare a imporre la propria idea sugli altri colleghi creando un cattivo clima lavorativo (Singler, 2018). Un'ulteriore importante fonte di errore è il "present bias", che può essere spiegato facendo riferimento alla teoria dello sconto iperbolico già nominata precedentemente: esso è legato alla tendenza a sopravvalutare le ricompense immediate, attribuendo minor valore alle conseguenze a lungo termine (Fudenburg &

Levine, 2006). Nel contesto aziendale, può rivelarsi dannoso soprattutto nel campo degli investimenti perché i manager sono portati a prendere decisioni sopravvalutando l'interesse a breve termine della società piuttosto che le sue prospettive nel lungo termine (Kotter, 1996). Gli esseri umani, inoltre, tendono a rifiutare una scelta che include il rischio di perdita, piuttosto che tentare la fortuna per un guadagno equivalente. L'avversione alla perdita è un altro potenziale pericolo che colpisce l'uomo perché tende a produrre inerzia (Kanheman & Tversky, 1984; Thaler & Sustein, 2008). Questa distorsione esiste perché le emozioni negative associate alla perdita di un oggetto sono più forti rispetto a quelle positive sperimentate in caso di una vincita (Singler, 2018). Può risultare problematico nel

contesto organizzativo perché gli individui si dimostrano poco propensi all'innovazione, alla quale associano l'idea di pericolo. In questo modo, però, nasce un'azienda che non è in grado di evolversi e corre il rischio di fallire. L'avversione alla perdita diventa ancora più dannosa, se associata con la distorsione verso lo status quo, definita come la tendenza dell'uomo a rimanere nelle situazioni in cui si trova, indipendentemente dai benefici oggettivi di tali condizioni rispetto alle possibili alternative (Samuelson & Zeckhauser, 1988; Singler, 2018). Tra i fattori che determinano questo pregiudizio e ne aumentano l'influenza si riscontra l'avversione al rischio, in quanto la situazione attuale è vista come base sicura e familiare, mentre le opzioni che portano al cambiamento sono considerate rischiose

perché sconosciute. Si preferisce lo status quo anche perché ha un vantaggio emotivo ed è collegato a un sentimento di coerenza con le decisioni precedenti, che viene a mancare quando si prendono scelte diverse. Non cambiare può rassicurare psicologicamente i decisori sul fatto che le loro scelte passate siano state giuste (Singler & Ariely, 2018). Infine, il cambiamento implica anche un costo cognitivo elevato, mentre mantenersi nella stessa situazione richiede meno energie e sforzi (Hartman, Doane & Woo, 1991; Singler, 2018). La distorsione verso lo status quo è legata anche al semplice effetto dell'esposizione: più l'uomo è esposto a certi oggetti/luoghi/persona più sviluppa una preferenza per essi (Zajonc, 1968; Thaler & Sustein, 2008). Come sarà spiegato nel paragrafo

successivo, il nudge più potente che può sfruttare l'avversione alle perdite e la mancanza di attenzione è l'opzione di default (Thaler & Sustein, 2008). Infine, un'ultima fonte di errore che deriva dal paradigma cognitivo è "l'effetto framing", secondo il quale le scelte delle persone dipendono in parte dal modo in cui le situazioni vengono presentate (Thaler & Sustein, 2008).

Nel processo decisionale umano possono intervenire anche aspetti provenienti dal paradigma della psicologia sociale. Il più importante tra questi è l'influenza sociale, la quale provoca un cambiamento comportamentale che deriva da ciò che accade nell'ambiente circostante. Thaler e Sustein (2008) parlano di influenza informativa, quando gli individui ricavano informazioni

utili su come modulare il loro comportamento sulla base dell'osservazione delle azioni altrui. Non esiste, però, solamente questo tipo di influenza, ma un'altra altrettanto potente è quella che deriva dalla pressione dei pari: spesso le persone "si adeguano alla massa" per evitare il rifiuto o per ottenere l'approvazione. Il conformismo nasce, quindi, dal bisogno di affiliazione che caratterizza tutti gli esseri umani. Inoltre, Lawson (2010) ha teorizzato il fenomeno dell'effetto spotlight, secondo cui le persone si impegnano nel seguire le convenzioni sociali e le mode perché convinte che gli altri prestano molta attenzione a ciò che fanno; in realtà si tratta di una credenza errata perché gli individui fanno molto meno caso al comportamento e all'aspetto altrui rispetto a quanto si crede (Gilovich, Medvec & Savitsky, 2000;

Thaler & Sustein, 2008). Un'ultima influenza sociale individuata da Thaler e Sustein (2008) è il priming, dal quale emerge che un piccolo stimolo può innescare un comportamento inconsapevole e aiutare a ricordare certe informazioni con maggior facilità (Ilieva & Drakulevski, 2018).

Conoscere le diverse aree di fallibilità degli esseri umani risulta molto utile per poter programmare degli interventi basati sulle intuizioni della psicologia economica. Nel paragrafo successivo viene esplorato il concetto di nudge e i suoi possibili campi di applicazione.

3. La teoria dei nudge

“Un nudge è una spinta gentile, cioè qualsiasi aspetto dell'architettura delle scelte che altera il comportamento degli individui in maniera prevedibile, senza proibire

alcuna opzione o modificare in misura significativa gli incentivi economici” (Thaler & Sustein, 2008, p. 12). I due premi Nobel, Thaler e Sustein, partono dal presupposto che in alcune situazioni gli individui facciano scelte sbagliate, le quali potrebbero cambiare se essi avessero informazioni complete, capacità cognitive illimitate e nessuna mancanza di forza di volontà. Introducono così il concetto di paternalismo libertario: un nudge è un'azione paternalistica in quanto selezionata con l'obiettivo di influenzare le scelte degli umani in modo da renderle migliori, ma allo stesso tempo libertaria perché non vi è nessuna coercizione e preservano l'autonomia individuale.

Creare un pungolo significa ristrutturare l'architettura delle scelte, cioè lo “spazio cognitivo” entro cui gli uomini prendono decisioni, in modo

tale da stimolare i meccanismi psicologici spiegati precedentemente, che sono noti influenzare le scelte delle persone (Thaler & Sustein, 2008). Si considera un nudge qualsiasi elemento che incida in maniera rilevante sul comportamento degli Umani, ma che viene ignorato dagli Economi. La base teorica su cui si fondono i nudge, quindi, è il fatto che l'essere umano sia fallibile.

L'architetto delle scelte dovrebbe impegnarsi nel creare dei pungoli che hanno la massima probabilità di essere efficaci e la minima probabilità di essere dannosi. Per questo è stato introdotto il concetto di paternalismo asimmetrico, secondo cui è necessario creare misure volte ad aiutare gli individui meno sofisticati, ma allo stesso tempo procurare il minor danno possibile a tutti gli altri (Camerer, Issacharoff,

Lowestein, O'Donoghue & Rabin, 2003; Thaler & Sustein, 2008). Thaler e Sustein (2008) hanno individuato diverse occasioni che si prestano per un intervento di nudging: è utile implementarlo tutte le volte che le decisioni mettono a dura prova le capacità di autocontrollo degli esseri umani, soprattutto quando sono evidenti i benefici immediati, ma non i costi e le conseguenze nel lungo termine; oppure nelle situazioni complesse che si incontrano poco frequentemente nella vita, per cui non si riesce fare pratica o in tutte le circostanze in cui non si hanno dei riscontri immediati; infine risulta efficace in tutti i contesti in cui è difficile immaginare i possibili esiti di un'azione.

Non esiste una tassonomia precisa di nudge, ma Thaler e Sustein (2008) illustrano quali secondo loro dovrebbero

essere i principi di fondo per una buona architettura delle scelte. È possibile identificare una prima categorizzazione:

1. Incentivi: i rinforzi sono definiti come stimoli che possono attivare, intensificare o motivare un determinato comportamento. Per la teoria economica classica l'uomo dovrebbe essere sensibile solo agli incentivi monetari, ma in realtà non è così perché gli Umani risultano influenzabili anche da altri tipi di stimoli.
2. Comprendere le mappature: questo tipo di strategie funziona non tanto sollecitando le distorsioni cognitive del sistema 1, quanto fornendo e chiarendo informazioni per il sistema 2. In questo modo i pungoli aiutano gli individui a "mappare" le decisioni e a rendere le

opzioni più confrontabili tra di loro.

3. Default: l'opzione predefinita risulta essere molto vantaggiosa perché sfrutta l'inerzia delle persone in quanto implica un minor sforzo cognitivo, può fungere da punto di riferimento/ancora che può trasformare tutte le altre scelte come una perdita oppure può essere considerata come raccomandazione di un esperto.
4. Dare feedback: dare dei riscontri circa i propri comportamenti risulta molto efficace, soprattutto nelle occasioni in cui si sta per commettere un errore.
5. Mettere in conto l'errore: bisogna partire dal presupposto che l'essere umano possa commettere errori in quanto non agisce in maniera perfettamente razionale. Un tipico errore

è quello di “post-completamento”, secondo cui quando si porta a termine il compito principale, si tende a dimenticare gli aspetti più secondari.

6. Strutturare le scelte complesse: nel processo decisionale, le persone usano strategie diverse a seconda del numero e della complessità delle alternative. Quando l'insieme delle possibili scelte è molto vasto può essere problematico: Tversky (1972) propone un intervento definito “eliminazione per aspetti”, in cui vengono decise quali siano le caratteristiche più importanti e viene stabilita una soglia massima eliminando tutte le alternative che non soddisfano questi parametri. Un altro possibile intervento è

chiamato “filtraggio collaborativo”, che parte dal presupposto che sapendo cosa è piaciuto alle persone con gusti simili ai propri, gli uomini si sentono più sicuri nello scegliere un prodotto che non si conosce (Thaler & Sustain, 2008).

Nonostante la loro grande efficacia, le politiche di nudging presentano alcune criticità, soprattutto sul piano metodologico e su quello etico. Per quanto riguarda il primo aspetto, un potenziale rischio è quello di credere che gli individui agiscano allo stesso modo di fronte alle medesime situazioni: non essendo così, è molto importante che i nudge vengano progettati in relazione ai contesti in cui vengono inseriti (Arnett, 2008). Per quanto riguarda il versante etico, invece, i pungoli possono essere sfruttati

erroneamente per obiettivi di consumo. Sustain (2016) ha proposto quattro criteri per valutare l'eticità di questi interventi: per prima cosa, un nudge deve promuovere solamente il benessere delle persone (individuale/sociale/collettivo); in secondo luogo, deve rispettare l'autonomia individuale e la libertà di scelta; non deve ledere la dignità delle persone; e infine, deve essere coerente con l'orientamento politico dei cittadini, in quanto non avrebbe senso implementare un nudge, a cui si opporrebbe la maggior parte delle persone.

4. Conclusioni

Le scoperte della psicologia economica hanno rivoluzionato la vita di tutti gli uomini. Non si parte più dal presupposto che gli esseri umani siano egoisti razionali, in grado di massimizzare la

propria utilità personale e di prendere decisioni perfette, ma si introduce l'idea che siano individui fallibili, che compiono sistematicamente errori e soggetti a numerose distorsioni cognitive (Kanheman & Tversky, 1974). Ed è proprio a partire da queste premesse che è stato possibile sviluppare diverse tecniche di nudging: esse nascono come interventi che sfruttano o contrastano i limiti della mente per aiutare gli uomini a trasformare le loro intenzioni in comportamenti effettivi, senza compromettere la libertà di scelta (Thaler & Sustain, 2008). La letteratura presente si trova in accordo nel definire tali politiche molto convenienti perché economiche e semplici da applicare, ma con un'efficacia di risultati molto alta. È essenziale, però, ricordare che gli esseri umani non si comportano allo stesso modo

se inseriti nelle medesime situazioni; quindi, i nudge devono essere progettati a partire dal contesto in cui li si vuole applicare. Inoltre, dal punto di vista etico un nudge per essere tale non può essere usato per obiettivi di consumo, ma solamente per incrementare il benessere personale inteso come individuale o sociale/collettivo.

BIBLIOGRAFIA

- Arnett, J.J (2008). Why American Psychology needs to become less American. *American Psychologist*, 63(7), 602-614
- Camerer, C., Issacharoff, S., Loewenstein, G., O'Donoghue, T., & Rabin, M. (2003). Regulation for conservatives: behavioral economics and the case of "asymmetric paternalism". *University of Pennsylvania Law Review*, 151, 1211-1254
- Fudenburg, D., & Levine, D.K. (2006). A dual-self model of impulse control. *American Economic Review*, 96(5), 1449-1476
- Gilovich, T., Medvec, V.H., & Savitisky, K. (2000). The spotlight effect in social judgement: and egocentric bias in estimates of the salience of one's own actions and appearance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 211-222
- Hartman, R.S, Doane, M.J., & Woo, C.K. (1991). Consumer Rationality and the Status Quo. *The Quarterly Journal of Economics*, 106(1), 141-162
- Ilieva, V., & Drakulevski, L. (2018). Applying behavioral economics insights at the workplace. *Journal of Human Resource Management*, XXI, 43-51
- Kahneman, D. (2011). Don't Blink! The hazards of confidence", *The New York Times*

- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgement under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, *185*(4157), 1124-1131
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Journal of Econometric Society*, *47*(2), 263-291
- Kahneman, D., Knetsch, J.L., & Thaler, R.H. (1990). Experimental tests of the endowment effect and the coarse theorem. *Journal of Political Economy*, *98*(1990), 1325-1348
- Kotter, J. (1996). *Leading change professional development collection*, USA: Harvard Business Review Press
- Lawson, T.J. (2010). The social spotlight increases blindness to change blindness. *Basic and Applied Social Psychology*, *32*(4), 360-368
- Lord, C.G., Ross, L., & Lepper, M.R. (1979). Biased Assimilation and Attitude Polarization: The Effects of Prior Theories on Subsequently Considered Evidence, *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*(11), 2098-2109
- Samuelson, W., & Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty*, *1*, 7-59
- Singler, E. (2018). First key incentive: a workplace geared towards well-being. (a cura di), *Nudge management: applying behavioral science to boost well-being, engagement and performance at work* (pp.139-167). Francia: Pearson
- Singler, E. (2018). The four challenges of behavioral science in the workplace: cognitive biases in action. (a cura di), *Nudge management:*

applying behavioral science to boost well-being, engagement and performance at work (pp.47-87). Francia: Pearson

Sustein, C. (2016). *The Ethics of influence: Government in the age of behavioral science*. New York: Cambridge University Press.

Thaler, R.H., & Sustein, C.R. (2008). *Nudge. Improving decisions about health, wealth, and happiness*. USA: Penguin Group USA (trad. It. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità, Oliveri, Milano, 2009)

Tversky, A. (1972). Elimination by aspects: a theory of choice. *Psychological Review*, 79(4), 281-299

Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2, Pt.2), 1-27

Crescere con un fratello o una sorella con disabilità. Alcune questioni dei siblings.

Di Francesca Dicè

La letteratura scientifica definisce “siblings” i fratelli e le sorelle dei bambini con malattia cronica o disabilità (Miceli, 2022; Carrino, 2021). È noto infatti come tali diagnosi siano spesso causa di un importante sconvolgimento per tutto il nucleo familiare (Miceli, 2022; Carrino, 2021). Capita quindi molto spesso che i genitori, travolti dalle preoccupazioni e dagli avvicendamenti clinici legati alla cura ed all’assistenza del figlio disabile, possono essere chiamati a rispondere ad un maggior numero di attività dovute a tale condizione (Miceli, 2022; Carrino, 2021). Tale sbilanciamento organizzativo può inevitabilmente confondere e destabilizzare i siblings, innescando in loro molti dubbi ed interrogativi sul loro ruolo familiare (Miceli, 2022; Carrino, 2021).

Poco si sa, in realtà, delle emozioni dei siblings, dei loro vissuti, necessità ed interrogativi, talvolta oscurati dai bisogni dei più fragili (Miceli, 2022; Carrino, 2021); essi possono sviluppare sentimenti associati ad ansia, depressione, rabbia e gelosia (Carrino, 2021, Adams et al., 1991; Houtzager et al., 2004), così come vissuti dolorosi che però tendono ad internalizzare piuttosto che esprimere agli altri (Miceli, 2022; Carrino, 2021; Sharpe & Rossiter, 2002); questo ovviamente anche allo scopo di non gravare ulteriormente sui genitori, già stravolti ed appesantiti dalla situazione (Miceli, 2022; Carrino, 2021; Houtzager et al., 2005).

In realtà, non credo sia il caso di considerare sempre i siblings come dei predestinati alla sofferenza psicologica, poiché non è possibile identificare la relazione parentale con una persona disabile con un certo ed inesorabile rischio psichico ed evolutivo (Miceli, 2022; Carrino, 2021). In taluni casi, infatti, essa potrebbe anche rivelarsi un fattore che può

favorire, soprattutto nei più giovani, la maturazione e la crescita (Miceli, 2022) nonché l'assunzione di responsabilità importanti che potrà poi rivelarsi utile alle scelte adulte (Miceli, 2022; Carrino, 2021).

Ciononostante, la serietà della situazione dei siblings dovrebbe sempre prevedere, da parte dell'istituzione sanitaria, la proposta di un intervento psicologico, anche solo a scopo preventivo; un intervento volto a favorire l'adattamento del nucleo familiare alle sue nuove necessità, nonché la ridefinizione delle funzioni di tutti i suoi componenti (Miceli, 2022; Carrino, 2021).

È importante dunque che questo intervento aiuti i membri della famiglia ad interpretare correttamente, così come correttamente gestire, le necessità del figlio disabile, riducendo il più possibile l'impatto sulle autonomie e le libertà dei siblings (soprattutto se adolescenti) (Kramer, 2007; Carrino, 2021). Ma è necessario anche aiutare la famiglia a recuperare momenti di vita e di quotidianità basati

su altre necessità, come quelle naturali e fisiologiche portate da tutti gli altri membri (compresi i genitori!) (Miceli, 2022; Carrino, 2021). Ciò ovviamente con l'obiettivo di limitare i vissuti di frustrazione che possono condurre agli stati aggressivi o depressivi accennati in precedenza, promuovendo il ripristino e la stabilizzazione dell'equilibrio psicofisico di tutti i componenti (Miceli, 2022; Carrino, 2021).

Bibliografia.

- Adams R., Peveler R.C., Stein A. & Dunger D.B. (1991). Siblings of Children with Diabetes: I n v o l v e m e n t , Understanding and Adaptation. *Diabetic Medicine* 8(9), 855-859;
- Carrino R. (2021). La malattia cronica nell'infanzia: qual è il ruolo dei fratelli? Retrieved from <https://bit.ly/3H5GL3U>
- Houtzager BA., Grootenhuis MA., Caron HN. & Last B.F. (2004). Quality of life and psychological adaptation in siblings of

paediatric cancer patients, 2 years after diagnosis. *Psychooncology*, 13(8), 499-511;

Journal of Pediatric Psychology, 27(8), 699–710;

- Houtzager BA., Grootenhuis M.A., Hoekstra-Weebers J.E.H.M & Last B.F. (2005). One month after diagnosis: quality of life, coping and previous functioning in siblings of children with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 75-87;
- Kramer J. (2007). Brothers and sisters with disabilities. Presented at the Annual Meeting of the Sibling Leadership Network, Columbus, OH.
- Miceli R. (2022). Le emozioni dei siblings, fratelli e sorelle di un bambino più fragile. Retrieved from <https://bit.ly/3CS12Hx>
- Sharpe D. & Rossiter L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis.