

Babele

25

64

Verso uno scambio comunicativo

Periodico telematico trimestrale a carattere scientifico dell'Istituto di Ortofonia srl con sede in Roma – via Salaria 30 – anno VIII – n. 25 – settembre 2015
Direttore responsabile: Federico Bianchi di Castelbianco – Iscrizione al Tribunale civile di Roma n. 63/2009 del 25/02/2009 – ISSN 2035-7850

Il processo diagnostico nell'infanzia: la vulnerabilità non è patologia

*Nuove riflessioni e approcci alla diagnosi in età evolutiva
nel XVI Convegno nazionale dell'IdO*

Allen Frances, professore emerito del prestigioso ateneo statunitense Duke University, che ha partecipato alla stesura del DSM-III e ha presieduto la task force del DSM-IV, sottolinea che «La psicopatologia deve basarsi su un'adeguata conoscenza dello sviluppo. Per riconquistare la dimensionalità della diagnosi è necessario seguire le traiettorie di sviluppo per comprendere l'evoluzione della vulnerabilità. (...) Non credo vi sia realmente un aumento epidemico dei disturbi mentali. Penso, invece, che ci troviamo nel bel mezzo di un'epidemia di diagnosi superficiali e di pratiche prescrittive poco rigorose. La migliore garanzia di accuratezza e sicurezza è la diagnosi sequenziale e al ribasso».

Le sue considerazioni sono in sintonia con la tematica centrale del XVI Convegno nazionale IdO, *Il processo diagnostico nell'infanzia. Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti del bambino*. L'evento, che si terrà a **Roma il 16-17-18 ottobre** nella Sala Congressi di via Rieti, sarà un'occasione per far confluire tanti approcci ed esperienze in una modalità diagnostica che tenga conto della complessa interazione tra le varie componenti dello sviluppo e dei possibili disfunzionamenti. Limitare la valutazione a diagnosi meramente descrittive, trascurando la dimensionalità della storia clinica, significa rischiare di catalogare erroneamente i bambini confondendo vulnerabilità e patologia. L'individuazione precoce non deve essere confusa con l'anticipazione della diagnosi, ma deve aiutarci a individuare i bambini a rischio. È uno sguardo diverso sul mondo dell'infanzia, più rispettoso e più prudente, perché i segni e i sintomi rappresentano solo una parte dell'«evidence based».

Già Jung, più di ottant'anni fa, sottolineava che «la vera diagnosi non è basata sui sintomi (...) giacché col dare un nome non si arriva a niente». Anche nella sua autobiografia ribadisce che «le diagnosi cliniche sono importanti perché consentono al medico di orientarsi in qualche modo, ma non servono ad aiutare il paziente. Secondo me la terapia comincia veramente solo dopo aver indagato sulla storia personale del singolo individuo». È evidente in queste parole lo spostamento dell'attenzione dai sintomi, intesi come disturbi da eliminare, alla totalità della realtà individuale da accompagnare in un processo di trasformazione. Di conseguenza, quando gli venivano chiesti chiarimenti circa il metodo analitico e psicoterapeutico, Jung spiegava: «Non posso rispondere in modo univoco: la terapia è diversa per ogni caso. Quando un medico mi dice che segue rigorosamente questo o quel metodo, ho i miei dubbi sull'efficacia della sua terapia».

Una prospettiva evolutiva, centrata sul bambino reale, sulla sua individualità e sulle potenzialità dei caregiver e dell'ambiente circostante, oltre a contribuire in modo significativo all'evoluzione e al recupero delle difficoltà, ha anche il significativo vantaggio di restituire al bambino e ai contesti principali che frequenta (famiglia e scuola) un quadro clinico più comprensibile, che restituisca un'immagine di potenzialità e dinamicità che intervenga a più livelli sulle problematicità e sulle difficoltà.

Una diagnosi, dunque, è completa solo se la valutazione clinica viene effettuata tenendo conto delle diverse fasi evolutive e nel rispetto della storia di ogni bambino, consapevolmente collocato nei suoi contesti di crescita.

Laura Sartori
Federico Bianchi di Castelbianco

IdO



Istituto di Ortofonia

OPERATIVO DAL 1970

*Centro di diagnosi, terapia e ricerca clinica sui disturbi della relazione e della comunicazione in età evolutiva.
Centro di formazione e aggiornamento per medici, psicologi, operatori socio-sanitari e insegnanti*



UNI EN ISO 9001 EA:38

AREA DI VALUTAZIONE E CONSULENZA CLINICA

Servizio di Diagnosi e Valutazione

1° incontro di consulenza

Osservazione globale → visite specialistiche su:

- Area cognitiva e linguistica
- Area neuropsicologica
- Area psicomotoria
- Area affettivo-relazionale

Riunioni d'equipe e diagnosi

Progetto terapeutico → presa in carico

Servizio di Terapia

Riabilitazione psico-motoria, logopedica e cognitiva, intervento educativo, terapia occupazionale

Atelier grafo-pittorico • Laboratorio ritmico-musicale •
Attività espressivo-corporea e di drammatizzazione •
Laboratorio occupazionale • Atelier della voce •
Laboratorio di attività costruttive • Osteopatia •
Atelier espressivo-linguistico • Rieducazione foniatica •
Laboratorio fonetico di educazione uditiva
(Favole tridimensionali)

Terapia psicologica

Lavoro, individuale e di gruppo, con bambini e con adolescenti • Counseling e lavoro con la coppia genitoriale

Attività di integrazione scolastica

Servizio scuola

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Convenzionato:

- Per attività di formazione di Provider ECM
- Per corsi di aggiornamento per insegnanti (Ministero della Pubblica Istruzione)
- Per attività didattico-formativa con la Facoltà di Medicina dell'Università «Campus Bio-Medico» di Roma
- Per tirocinio con la Facoltà di Psicologia dell'Università «La Sapienza» di Roma
- Per tirocinio con la Facoltà di Scienze dell'Educazione dell'Università «Roma Tre» di Roma

Corso quadriennale di specializzazione in psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva (decr. MIUR del 23/07/2001)

Corsi • Seminari • ECM

ATTIVITÀ DI RICERCA E PROGETTAZIONE

Convenzionato con la Facoltà di Medicina dell'Università «Campus Bio-Medico» di Roma per attività di ricerca

Ricerche e progetti di intervento nelle seguenti aree disciplinari:

- Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza
- Psicologia dello sviluppo e della salute (prevenzione)
- Patologie dell'udito
- Psicologia scolastica e mediazione culturale

Dove siamo

Direzione

Via Salaria, 30 (P.zza Fiume) - 00198 Roma - Tel. 06/85.42.038 - 06/88.40.384 - Fax 06/84.13.258
direzione@ortofonologia.it - www.ortofonologia.it

Altre sedi

Via Tagliamento, 25 - 00198 Roma - Tel. 06/88.41.233 - 06/84.15.412 - Fax 06/97.27.04.75
Via Passo del Furlo, 53 - 00141 Roma - Tel. 06/82.36.78 - 06/82.20.88 - Fax 06/82.00.18.52

Via Alessandria, 128/b - 00198 Roma - Tel. 06/442.910.49 - Tel./Fax 06/442.90.410

L'immaginale

Alcune note cliniche sull'adolescenza

Luciano Perez 6

Su *Il nero e il bianco*, un romanzo involontario

Renata Biserni 11

Dalla cronaca alla stampa

rubrica a cura di Rachele Bombace

Anche i bambini autistici sopra i 5 anni migliorano e a lungo

L'intervista a M. Di Renzo 13

Il processo diagnostico nell'infanzia

IdO - Istituto di Ortofonologia 14

Manuali diagnostici come vangeli. Ci sia più attenzione alle traiettorie dello sviluppo

Emanuele Trapolino 15

Nei plusdotati parlare di valutazione e non di diagnosi

L'intervista a A.M. Zanetti 15

Nel DSM-5 inserita una nuova categoria: i disturbi dello sviluppo

Elena Vanadia 16

La diagnosi tra anamnesi, tecnologia, visita e DSM

L'intervista a Francesco Macrì 17

Diagnosi, la Classificazione 0-3 è il vero cambiamento

A.M. Speranza 18

DSA, l'Università di Padova studia le dimensioni cognitive e affettive

Daniela Di Riso, Daphne Chessa 19

Le funzioni più usate con l'inizio scuola? Quelle esecutive

L'intervista a Elena Vanadia 20

Puer e Senex. La dimensione evolutiva in analisi

Seminari CIPA-Istituto Meridionale - IdO 21

Cinema e letteratura, una lettura psicodinamica

E se poi lui... e se poi lei...

2 punti di vista sullo stesso amore
Maria Teresa Civita 23

Dal movimento alla parola: lo studio di un intervento di Danza Movimento Terapia

Federica Irilli 27

L'empatia tra i banchi di scuola

Gianluca Panella 35

Pensare adolescente

Costruire i «luoghi» di incontro reali e simbolici nello sportello d'ascolto per i ragazzi

Alcuni strumenti di lavoro
Teresa Vallone 38

In cerchio con i ragazzi: narrazioni, immagini, fantasie

Il confronto con il gruppo-classe
Ilaria Contorni, Maria Chiara Pecoraro 42

La qualità della vita negli anziani

«La vecchiaia non è un posto per femminucce»
Diana H. Engelman, Janet B. Allyn 46

Magi informa 11-12-22-5-33-37-51

Promuove il

XVI CONVEGNO NAZIONALE

IL PROCESSO DIAGNOSTICO *nell'infanzia*

Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti del bambino

Il convegno verrà trasmesso in diretta streaming nazionale su www.ortofonologia.it

Roma 16-17-18 ottobre 2015

Per maggiori informazioni www.ortofonologia.it
iscrizione gratuita inviare una mail a: iscrizioneconvegno@ortofonologia.it

Partire dalla conoscenza delle linee di sviluppo è il monito del convegno, perché una diagnosi è completa solo se la valutazione clinica viene effettuata tenendo conto delle diverse fasi evolutive e nel rispetto della storia di ogni bambino.

Il congresso è rivolto a pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, logopedisti, psicomotricisti, insegnanti, educatori, assistenti sociali.

Le tre giornate di studio vedranno alternarsi eminenti relatori ed esperti nel campo dell'infanzia, provenienti da tutta Italia, per valutare i bambini da una prospettiva più ampia: il focus sarà centrato sulla clinica e sulla traiettoria evolutiva.

Dopo una panoramica sulle varie componenti dello sviluppo, si passerà all'analisi delle possibili manifestazioni cliniche e delle metodologie di osservazione dei bambini dai 0 ai 3 anni e dai 3 ai 6 anni, per spostare infine l'attenzione sul «Mondo Scuola» e la fascia d'età 6-10 anni.

È uno sguardo diverso sul mondo dell'infanzia, più rispettoso e più prudente perché i segni e i sintomi rappresentano solo una parte dell'evidence based. Limitare la valutazione a diagnosi meramente descrittive trascurando la dimensionalità della storia clinica, significa rischiare di catalogare erroneamente i bambini confondendo vulnerabilità e patologia. L'individuazione precoce non deve essere confusa con l'anticipazione della diagnosi ma deve aiutarci a individuare i bambini a rischio.

Il XVI convegno nazionale IdO rappresenterà l'occasione per far confluire tante esperienze in una modalità diagnostica, che tenga conto della complessa interazione tra le varie componenti dello sviluppo e dei possibili disfunzionamenti.

Saranno illustrate ricerche, test innovativi e scale di screening.

Con il patrocinio di

SENATO DELLA REPUBBLICA • CAMERA DEI DEPUTATI • REGIONE LAZIO – PRESIDENZA • ROMA – ASSESSORATO SCUOLA, POLITICHE GIOVANILI • CNOP – CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI • OPLA – ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO • FNOMCeO – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI • OMCeO – ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI • SIP – SOCIETÀ ITALIANA PEDIATRIA • FIMP – FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI • CIPE – CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI • SIMA – SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELL'ADOLESCENZA • ACP – ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI • SIEDP – SOCIETÀ ITALIANA ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICA • SIMRI – SOCIETÀ ITALIANA PER LE MALATTIE RESPIRATORIE INFANTILI • SINEPE – SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA PEDIATRICA • SINSPE – SINDACATO ITALIANO NAZIONALE SPECIALISTI PEDIATRI • SIPO – SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA OSPEDALIERA • SIPPS – SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE • SISPE – SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI PEDIATRI • FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE • FOAI – FEDERAZIONE DEGLI ORGANISMI PER L'ASSISTENZA DELLE PERSONE DISABILI • ARIS – ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SOCIO-SANITARI • FORUM EX ARTICOLO 26 • DAMA – ASSOCIAZIONE • ICSAT – ITALIAN COMMITTEE FOR THE STUDY OF AUTOGENIC THERAPY AND AUTOGENIC TRAINING • GIÙ LE MANI DAI BAMBINI – ONLUS • ADOLESCENZA MAGAZINE • INDIRE – ISTITUTO NAZIONALE DI DOCUMENTAZIONE, INNOVAZIONE E RICERCA EDUCATIVA • ANP – ASSOCIAZIONE NAZIONALE PRESIDI

A tutti gli iscritti online verrà rilasciato l'attestato di partecipazione.

Codice ECM: 858-134819. È possibile conseguire 15 crediti con un contributo spese di 15€ + IVA

Promuove il

XVI CONVEGNO NAZIONALE

IL PROCESSO DIAGNOSTICO *nell'infanzia*

Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti del bambino

PROGRAMMA

VENERDÌ 16 OTTOBRE ORE 14-18

LINEE DI SVILUPPO E PSICOPATOLOGIA

FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, Direttore IdO – Roma

Presentazione Convegno – Apertura lavori

ON. VITO DE FILIPPO, Sottosegretario Ministero della Salute

«I livelli essenziali di assistenza alla salute dei minori con disturbi in ambito psichiatrico»

MAGDA DI RENZO, Psicoterapeuta IdO – Roma

«Leggere i sintomi per comprendere il bambino»

EMANUELE TRAPOLINO, NPI Ospedale «G. Di Cristina (ARNAS)» – Palermo

«Vulnerabilità, latenze e traiettorie di sviluppo»

DANIELA LUCANGELI, Docente Università degli Studi di Padova

«I processi di maturazione»

GIANPIETRO CHIAMENTI, Pediatra, Presidente FIMP – Federazione Italiana Medici Pediatri – Roma

«Il ruolo del pediatra nel processo diagnostico in età evolutiva»

SABATO 17 OTTOBRE ORE 9-13

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE 0-3 ANNI

ON. PAOLA BINETTI, NPI, XII Commissione Affari sociali – Camera dei Deputati

«Stato dell'arte del disegno di legge sull'Autismo»

ELENA VANADIA, NPI, IdO – Roma

«Individuare i disturbi della regolazione ai fini della diagnosi»

ANNA MARIA SPERANZA, Docente Sapienza – Università di Roma

«La complessità del processo valutativo nei primi anni di vita: l'apporto del PDM 2»

EMANUELE TRAPOLINO, NPI Ospedale «G. Di Cristina (ARNAS)» – Palermo

«I campanelli di allarme: un modello di rilevazione 0-24 mesi»

FRANCESCO MACRÌ, Pediatra, Docente Sapienza – Università di Roma

«Indicatori di rischio nel bilancio di salute nella fascia 0-3 anni»

ALDINA VENEROSI, Ricercatore Istituto Superiore di Sanità – Roma

«Epidemiologia dei disturbi dello Spettro Autistico»

ERNESTO BURGIO, Pediatra, ECERI – Bruxelles

«Autismo: dalla genetica all'epigenetica»

MAGDA DI RENZO, Psicoterapeuta IdO – Roma

«Presentazione del T.C.E. Test Contagio Emotivo (Di Renzo, Stinà, 2011) e sua applicazione nei bambini autistici»

MASSIMILIANO PETRILLO, Psicoterapeuta IdO – Roma

«Comprendere l'intenzione dell'altro: rielaborazione del Test di Meltzof (Revisione Di Renzo, 2011) e sua applicazione nei bambini autistici»

SILVIA MAZZONI, Docente Sapienza – Università di Roma

«Il bambino autistico e la coppia genitoriale»

ALBERTO VILLANI, Pediatra, Ospedale Pediatrico «B. Gesù» – Roma

«Il pediatra "guardiano" dello sviluppo del bambino»

SABATO 17 OTTOBRE ORE 14-18

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE 3-6 ANNI

CLAUDIO COLISTRA, Segretario OMCeO Roma, Pediatra di libera scelta

«Saluto dell'Ordine dei medici di Roma»

SEN. FRANCESCA PUGLISI, VII Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali)

Senato della Repubblica

«Un progetto politico per gli 0-6 anni»

CONCETTA TORRISI, NPI, Presidio Ospedaliero ASP 3 – Catania

«Il vissuto di malattia nell'età evolutiva»

FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, Psicoterapeuta IdO, GIANNA PALLADINO, Logopedista IdO, CRISTINA LEMBO,

Psicoterapeuta IdO – Roma

«Il processo diagnostico: un modello operativo»

GIORGIO ALBERTINI, NPI IRCCS San Raffaele – Roma

«La valutazione dello sviluppo emotivo: il modello Dosen

(SAED Scheme of Appraisal of Emotional Development)»

GIUSEPPE GULLOTTA, Pediatra (CIPE) – Roma

«Indicatori di rischio nel bilancio di salute nella fascia 0-6 anni»

DOMENICA 18 OTTOBRE ORE 9-13

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE 6-10 ANNI E IL MONDO SCUOLA

ON. DAVIDE FARAONE, Sottosegretario MIUR

«La scuola oltre la didattica»

RAFFAELE CIAMBRONE, Dirigente MIUR

«BES dalla normativa alla didattica inclusiva»

ON. SIMONA MALPEZZI, VII Commissione (Cultura, scienza e istruzione) – Camera dei Deputati

«Arricchire pedagogicamente la scuola»

FRANCESCA SGUEGLIA DELLA MARRA, Logopedista IdO, FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, Psicoterapeuta IdO – Roma

«DSA. Comparazione dei parametri quantitativi e qualitativi ai fini di una diagnosi clinica»

ELENA VANADIA, NPI IdO – Roma

«L'analisi delle funzioni esecutive in età evolutiva»

DANIELA DI RISO, Docente, DAPHNE CHESSA, Psicologa – Università degli Studi di Padova

«Oltre il DSA del bambino: l'assessment dell'attaccamento genitoriale con l'adult attachment projective picture system (AAP)»

SALVATORE POLLICINA, NPI, Presidio Ospedaliero ASP 3 – Catania

«Le manifestazioni della depressione nell'età evolutiva»

MAGDA DI RENZO, FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, Psicoterapeuti IdO – Roma

«Riconsiderazione clinica dei sintomi, delle difficoltà e dei disagi in età scolare»

MARIA ASSUNTA ZANETTI, Docente Università degli Studi di Pavia

«La formazione dei docenti per i bambini ad alto potenziale intellettivo»

MARCELLO LANARI, Pediatra AUSL Imola

«Il pediatra di fronte alle difficoltà scolastiche dei bambini»

Conclusioni

Alcune note cliniche sull'adolescenza

LUCIANO PEREZ

analista junghiano, recentemente scomparso

In memoria di Luciano e del suo lavoro

*A mio nonno, Luigi Luciano, esimio latinista
... tu puer aeternus, tu formosissimus...¹*

Per usare un aggettivo comunemente applicato a questa età, lo scrivere sull'adolescenza è compito ingrato. La fenomenologia che s'incontra, sia clinica sia normale, è talmente variegata da far venire alla mente l'antico dio Proteo che, come ci racconta Omero nell'*Odisea*, si trasforma «in ogni cosa che in terra si muove e in acqua e in fuoco che spaventoso fiammeggia»². Il fatto che questo antico dio marino sia sottoposto a Nettuno ci fa intuire la sua vicinanza al grande inconscio e il fatto che sia un vecchio – ricordandoci la coppia *puer-senex* – non ci stupisce più di tanto.

In un certo senso è anche indicativo il fatto che, nel corso della storia, l'adolescenza sia stata individuata come periodo a se stante della vita umana piuttosto tardi, mi pare nel XIX secolo, tanto che «l'adolescenza dei Romani corrispondeva piuttosto alla nostra giovinezza, Perciò spesso [adolescente] si dovrà tradurre non con *adulescens* ma con *adulescentulus, puer*»³, e che d'altro canto, al giorno d'oggi, si parla di adolescenza protratta per persone in età che dovrebbe essere considerata ormai matura. In questi ultimi anni, parallelamente, la letteratura specialistica sull'adolescenza si è straordinariamente moltiplicata e, in particolare per quanto riguarda il problema dell'assunzione di droghe, è soggetta a un invecchiamento assai rapido: anche qui, se vogliamo, rincontriamo il problema *puer-senex*.

Che dire poi di quello di cui E.R. Curtius afferma: «La concordanza di testimonianze provenienti da origini tanto diverse dimostra che ci troviamo di fronte a un archetipo, cioè a un'immagine dell'inconscio collettivo, nel senso descritto da C.G. Jung»? Intendo quel tipo di figura che unisce e fonde in un'unica immagine attributi dell'adolescenza e della vecchiaia, il *puer senex* o *puer senilis*, un *topos* che ritroviamo dalla classicità latina, a partire da Cicerone e Virgilio, alla letteratura tardo-antica, a quella cristiana, soprattutto agiografica, fino a venerabili figure quali Lao-Tze (che può essere tradotto «vecchio-giovane») in Cina o Khidr e l'«Arcangelo incorporato» nel mondo islamico⁴. A me pare che, al giorno d'oggi, ci si presentino figure che richiamano quella citata sol-

tanto in una sorta di sinistra parodia: anziani che cercano di vestirsi o acconciarsi come adolescenti suscitando sentimenti di comica tragicità o adolescenti che sembrano vecchi non già come il giovinetto Iulio che «prima del suo tempo già dimostra spirito e pensiero virili»⁵, bensì a causa dei segni lasciati da quella che il Manzoni definisce così bene – a proposito di un vecchio nell'episodio dell'assalto ai forni dei *Promessi sposi* – una vita «malvissuta». Ogni tanto, fortunatamente, si riesce a osservare negli occhi e nello sguardo degli adolescenti una sorta di profondità abissale che rimanda a una saggezza profonda anche se, magari, l'attimo successivo, in un batter di palpebre cioè, ci si ritrova davanti a un occhio completamente vacuo.

Sono assolutamente convinto che, per capire questo e altri fenomeni, un terapeuta che si trovi di fronte un adolescente debba essere in grado di rivivere al proprio interno quello che è stato quel suo periodo di vita. Penso che, in questo modo, possa capire moltissime cose che, a uno sguardo di superficie, sarebbe portato a patologizzare, a vedere con l'occhio della *nigredo*. Come ci ammonisce Jung in una registrazione del 1958 (tre anni prima della morte), forse l'ultima che possediamo dalla sua viva voce:

[Non intervenendo]... avete osservato una legge o una regola e non avete esaminato il caso, non vi siete esaminati in esso.

Se prendete sul serio un paziente e volete realmente aiutarlo, dovete dunque come minimo chiedervi: «Come reagirei io?»; dovete identificarvi quanto più è possibile con lui e chiedervi: «Come agirei [o, aggiungo, avrei reagito] io in questa situazione?». Solo se pensate così e avete questa intenzione il paziente noterà che si tratta per lui di un problema vero, come se fosse realmente il problema dell'analista stesso. Allora, se sente quest'impegno, ascolterà anche meglio il vostro consiglio, e potrete anche intervenire più facilmente⁶.

Non è un problema da poco perché, oltretutto, si verifica ovviamente anche l'opposto, l'essere abbagliati dalla radiosità del *puer*, mancando così di cogliere tutta la tragicità, la morte, il dolore o la tristezza che si porta addosso, a volte – bisogna dirlo – straordinariamente occultate dall'adolescente anche, o forse soprattutto, a se stesso. Come genitore, posso dire che quel ricordare mi ha messo in grado di capire – non, per carità, di «interpretare» – certe «gesta» dei miei figli (entrambi maschi) che altrimenti mi avrebbero fatto impensierire, inquietare o magari reagire in modo del tutto inadeguato. Sap-



piamo tutti quanto l'esame di sé e del proprio controtransfert sia essenziale per ogni terapeuta, ma nel caso dell'adolescenza si tratta, a volte, di andare a riscoprire stati d'animo assai distanti e profondamente celati nelle latebre *dell'anima*, in cui la cosa più banale (nel mio caso una bustina dello zafferano *Tre cuochi*, in quello più illustre di Michel Leiris una scatola di cacao olandese) poteva evocare per la prima volta l'idea di infinito⁷, o l'osservazione indolente, nei caldi, pigri e trasognati pomeriggi d'estate – il tempo sembrava sospeso, come per la preghiera di Giosuè a Gabaon⁸ – della danza del pulviscolo nei raggi di sole lasciati filtrare dalle persiane, e che trafiggevano la penombra della stanza, poteva evocare la danza degli astri in qualche remoto spazio siderale. O anche quelle straordinarie e grandiose «recite della disperazione» da cui, dopo essersi lasciati con la ragazza, veniva avviluppato il dolore vero fino a che si giungeva a toccare una disperazione reale e ben più profonda, che diventava indistinguibile dalla prima, magari difendendosi discettando esteticamente con un amico su quale fosse la morte più «elegante» con cui coronare quella vicenda amorosa e trasfigurarla in mitica tragedia esistenziale.

Sono, come dicevo, stati emotivi profondi con cui il terapeuta deve sapersi collegare al proprio interno, mettendosi in contatto con quegli angeli e quei demoni di cui l'adolescenza è colma, angeli e demoni che spesso sono i due volti, difficilmente discriminabili, di una stessa emozione. In quei momenti si può cogliere, a volte, quella purezza e «interezza» originarie del bambino destinate – forse osservate da un occhio troppo saturnino – a perdersi via via e a progressivamente isterilirsi e anchilosarsi nel corso della vita.

A questo punto vorrei accennare brevemente a qualche caso, proprio per evidenziare gli aspetti proteiformi e variegati con cui il clinico si può trovare confrontato.

La signorina A. viene al primo appuntamento accompagnata dalla madre, una donna sulla quarantina molto composta e dignitosa. A. ha quattordici anni, anche lei composta e dignitosa, con una figura un po' troppo in carne: una struttura fisica che si rivela – cosa tipica dell'età – una sorta di bozzolo un po' sgraziato in cui però, in trasparenza, s'intravede la futura farfalla. Sono soprattutto gli occhi a colpirmi: scuri, profondi, seri. Il suo disturbo è una fobia dei terremoti, tanto più sgradevole, rispetto a disturbi simili, in quanto non permette alcuna condotta di evitamento. È una ragazza cattolica osservante, studiosa, diligente, impegnata inoltre in attività di volontariato assistenziale. Pur in questa situazione, che potrebbe farla inquadrare come una ragazza «casa, scuola e chiesa», sento in lei una maturità profonda, un'intelligenza curiosa e vivace, una serietà già decifrabile nei suoi occhi. L'ovvio attaccamento alla madre (insisterò perché venga da sola, cosa che in occasione dell'ultima seduta riuscirà a fare) è più dettato dalla necessità di avere una persona fidata vicina – nell'eventualità di un sempre possibile terremoto – che non da una dipendenza regressivamente immatura, come era evidenziato dalla sua indipendenza di giudizio. Nei primi sogni, che mi limito a

farmi raccontare e a usare come fonte di associazioni trattandoli con delicatezza, emergono elementi che hanno chiaramente a che fare con il sesso e la morte. Il nostro lavoro si conclude qui: viene, per quella che si rivelerà l'ultima seduta, da sola, come ho già accennato. Con grande tranquillità e l'abituale serietà mi dice: «Ho capito che, continuando questo lavoro, non potremo non parlare di sesso e di morte. Sono però argomenti che al momento non mi sento di affrontare, nonostante ne capisca l'importanza. Mi sento meglio e la ringrazio di tutto». Che dire? Sentivo che la decisione era motivata, ponderata e – ripeto – seria, per cui mi sembrò giusto accettarla, offrendole al contempo la mia completa disponibilità futura laddove avesse deciso di continuare un lavoro psicologico su di sé. Non l'ho più sentita. Ho, ovviamente, riflettuto a lungo su questa conclusione inaspettata. Si trattava veramente di un *dropout*? Avevo compiuto degli errori? Onestamente mi sembra di no. Il fatto che avesse scelto, e fosse riuscita a farlo, di venire da sola mi sembra dimostri che, in quelle poche sedute in cui avevamo dialogato, si era stabilito un rapporto maturo: non la sentivo dipendente da me, anche se era chiaro che mi considerava una persona competente, e avevo provato, fin dall'inizio, una stima profonda nei suoi confronti. La madre, nella sua dignitosa compostezza, non si era mai intrusa nel rapporto né esprimendo il desiderio di parlarle da sola, né telefonandomi mai. Mi sembra accettabile l'ipotesi che la fobia dei terremoti (i cui inizi erano legati alla comparsa del menarca) fosse l'espressione del timore dell'ignoto che la tempesta ormonale e fisiologica della pubertà comporta. Come dice Ribot, citato da Jung:

In questo periodo della vita compare nella coscienza dell'individuo un nuovo gruppo di sensazioni cui s'alleano i sentimenti e le idee che da essi derivano, e questo premere ininterrotto di stati mentali insoliti – che si fanno costantemente sentire poiché ne perdura la causa, e che sono fra loro coordinati in quanto procedono dalla medesima fonte – deve provocare a poco a poco profondi mutamenti nella costituzione dell'Io.

Jung commenta:

Sono ben noti la mutabilità d'umore, i sentimenti nuovi, forti ma confusi, l'inclinazione alle fantasticherie, all'esaltazione religiosa e al misticismo, accanto alle ricadute nella puerilità, che conferiscono all'uomo che sta formandosi l'impronta così straordinariamente caratteristica: l'uomo in questo periodo compie i primi maldestri tentativi d'indipendenza in ogni campo, si serve, per la prima volta ai propri fini, di ciò che la famiglia e la scuola hanno insegnato alla sua infanzia, abbraccia ideali, elabora elevati progetti per il futuro, si immerge in sogni alla cui base stanno ambizione e presunzione. *A tutto ciò conduce già il solo fattore fisiologico*'.

La decisione di A. mi ha fatto ricordare quella di Jung a proposito della sua «nevrosi infantile» raccontata in *Ricordi sogni riflessioni* e, più modestamente, la mia nei confronti di una fobia del telefono proprio all'età di A. È una decisione che comporta una «dichiarazione d'indipendenza» e un'assunzione di responsabilità nei propri confronti. Ricordo ancora con piacere gli occhi seri e profondi di A. e spero che la farfalla si sia sviluppata bella e forte.

Il caso di B., una sedicenne che veniva da fuori città, è completamente diverso, forse opposto. Tanto A. era scura di capelli e di occhi, tanto chiara era B. Tanto goffa appariva A. come aspetto fisico, tanto B. era carina. Tanto la madre di A. era composta e dignitosa, tanto quella di B. era intrusiva: volle, per esempio, parlare prima da sola con me. È una cosa che in genere accetto (pur chiedendo sempre se non sia proprio possibile far partecipare anche il giovane paziente a questa prima parte del colloquio) in quanto a volte il genitore o i genitori desiderano parlarmi di cose di cui non vogliono che il paziente stesso sia al corrente – il che spesso non corrisponde a verità, in quanto quest'ultimo sa benissimo, grazie alle antenne particolari e così sensibili del bambino o dell'adolescente, ciò che bolle in pentola – o vogliono, ancor più di frequente, «sottopormi a esame» prima di affidarmi la loro «creatura», richiesta che ritengo lecita e accettabile, anche se mi riservo di interpretare in seguito entrambe le cose e, come Brafman, «faccio osservare che il problema della privacy/condivisione può essere un elemento importante nelle dinamiche familiari¹⁰». La madre, inoltre, mi telefonava sempre la sera di ogni seduta per «informarsi». Le sedute, in realtà, furono pochissime (quattro o cinque). Per quanto mi riguarda, tanta era l'intensità che sentivo in A., tanto ne sentivo l'assoluta mancanza in B. Provavo la netta sensazione che l'unica cosa «viva» di B. fosse il suo disturbo. Anche in questo caso si trattava di una forma fobica (per la precisione agorafobica), anche se indistinta e abbastanza sfumata: «Sì, in palestra (a poche decine di metri da casa) ci vado anche da sola, ma preferisco che venga a prendermi la mia amica, forse perché quando ci vado comincia a far buio...». Con B. era impossibile approfondire qualsiasi argomento – per esempio se il buio potesse evocare fantasie di aggressioni sessuali – per quanto banale fosse: «Sì, mi piacciono le materie letterarie, ma riesco bene anche in matematica...». Ho usato appositamente i puntini di sospensione nelle citazioni perché il discorso di B. era fatto di puntini di sospensione. Anche B. andava bene a scuola, la famiglia era serena, aveva un ragazzo (ovviamente non sono riuscito a sapere alcunché sul tipo di rapporti intimi e, a dire la verità, neanche sul tipo di rapporti sentimentali che intercorrevano tra loro), frequentava normalmente i coetanei, andava in palestra... anche qui puntini di sospensione. Insomma, come ho già detto, l'unica cosa che sentivo «viva», sebbene sfumata, confusa ed espressa in modo vago, era la patologia di B. Non è del tutto raro che abbia una sensazione del genere anche con alcuni pazienti adulti, forse perché sento nella loro patologia la *felix culpa*, la potenzialità di una crescita e di un ampliamento di coscienza. Con B., però, era diverso: nonostante fosse una ragazza molto carina, la vedevo scialba, scipita, una ragazza in cui tutto era «normale», troppo normale, collettivo. Avvertivo l'individualità della ragazza come un'esilissima pellicola sopra la superficie di un'immota pozza di collettivo, salvo, appunto, la sua patologia. Il nostro rapporto naufragò miseramente dopo pochissimi incontri. Dopo tre sedute ci fu un'assenza (ne fui avvisato telefonicamente dalla madre) per un «mal di testa»,

poi ritornò una volta, poi la madre – sempre lei – mi comunicò che B. doveva studiare molto per la fine del quadrimestre e che quindi (obbiettivamente perdeva tre o quattro ore tra la seduta e il viaggio di andata e ritorno; oltretutto le sedute unisettimanali non avevano un ritmo regolare in quanto il mio consiglio di prendere dei comodissimi treni era stato rifiutato perché «troppo faticoso» e quindi dipendevamo dagli impegni della madre, in realtà indaffaratissima) quindi, dicevo, preferiva riprendere più in là... Chiesi di parlare direttamente con B., ma furono accampate quelle che erano chiaramente delle scuse: «In questo momento non c'è..., non so (!) quando rientrerà...». Come dicevo, il rapporto naufragò miseramente in un placido mare di puntini di sospensione. Riflettendo sul caso, mi è venuto da pensare che probabilmente avevo avuto a che fare con una ragazza con una grossa componente alestitimica, ipotesi – secondo me – corroborata dalle mie sensazioni emotive controtransferali, quasi fossi stato un po' – o molto – contagiato non soltanto da B., ma anche dalla madre e dall'ambiente familiare quale mi era stato descritto. Sembrava che la madre e il padre (anch'egli indaffaratissimo) creassero in casa una sorta di «bonaccia emotiva» in cui nulla, al di là dei «normali» affetti, si muovesse. Frenesia all'esterno (indaffaramento) e immobilità all'interno, per parafrasare *l'I Ching*. Forse avrei dovuto essere più rigoroso e impositivo (per esempio rispetto all'orario delle sedute), ma non mi sentivo di infrangere a forza quell'ovattata e ovattante campana di vetro, tanto che l'invito a continuare, rivolto ovviamente alla madre, è stato alquanto debole e, anch'esso per contagio, costellato da puntini di sospensione, questa volta miei. Il ricordo che ho di B. è stinto, scialbo e – devo confessare a mio disdoro – assolutamente poco interessante. È lecito augurarsi che una persona si trovi a soffrire un dolore più profondo, che metta in moto la psiche? Come ha funzionato in B. quel «fattore fisiologico» che avrebbe dovuto provocare il tumulto di emozioni, idee, sentimenti di cui parla Jung? Evidentemente non sono riuscito a trasmettere a B. l'interesse che provavo, come potenzialità trasformativa, per la sua fobia – che, a onor del vero, mi sembrava considerasse alla stregua di un pelo superfluo – e per gli aspetti cognitivi che un affetto può contenere, il che sarebbe in accordo con l'ipotesi di alestitimia cui facevo prima riferimento.

Il caso di C. è sia straordinariamente interessante sia anche, *ex abundantia*, straordinariamente difficile da raccontare. Innanzitutto è un rapporto che, in certo qual modo, non è finito e ciò – oltre al fatto di non aver avuto modo di chiedere il permesso di parlarne – mi costringe ovviamente a una riservatezza estrema. Avrei forse potuto tentare di imbastire l'utilizzazione di una metodologia ricalcata su quella di Jung in *Visioni*¹¹, vale a dire concentrarmi esclusivamente sulla realtà archetipica – Jung in quei seminari scoraggiava con grande fermezza le richieste del proprio uditorio di avere maggiori ragguagli sulla vita reale della paziente di cui commentava le visioni – ma, in primo luogo, *quod licet Jovi non licet bovi* e, secondariamente, il materiale, in questo caso onirico, non è



lontanamente paragonabile, né come abbondanza né come significatività, a quello di Christiana Morgan.

Gli aspetti della realtà interna sono inoltre sempre stati così strettamente intrecciati con quelli della realtà esterna da rendere un tentativo del genere impraticabile. Mi scuso quindi per la lacunosità dell'esposizione.

Se i casi esposti in precedenza potrebbero rientrare nella categoria dei *dropout*, quello di cui sto parlando sarebbe allora forse meglio descritto, se mi si permette la celia, come un caso di *dropin*, viste le sue lunghe e tormentate vicissitudini di interruzioni e riprese.

C., un bel giovanotto sui venticinque anni, aveva avuto un'infanzia e un'adolescenza devastanti a causa di una famiglia psicologicamente molto disturbata ed estremamente patogena – i genitori, tra l'altro, si erano separati quando C. era ancora bambino – com'era peraltro dimostrato dalla presenza di gravi problemi psichici in altri fratelli. Nel vero e proprio periodo adolescenziale aveva compiuto vari tentativi di suicidio, a onor del vero quasi tutti plateali e dimostrativi, per i quali fu anche ricoverato con una diagnosi pesante. Una provvidenziale analista per adolescenti l'aveva seguito per alcuni anni consentendogli di riuscire a concludere gli studi liceali e ponendo fine – anche se venivano continuamente minacciati – ai tentativi di suicidio e ad altri atti autolesionistici.

C., quando lo incontrai, presentava una gamma sterminata di problematiche adolescenziali, che andavano da problemi di identità di genere a un abuso veramente preoccupante di droghe (per la massima parte, salvo episodi veramente sporadici) leggere) e alcool, da crisi incontrollabili di furia aggressiva contro le persone e le cose (vere e proprie crisi pantoclastiche) a depressioni profonde, da sogni di gloria (non del tutto campati in aria) a, soprattutto, una sorta di nevrosi da risarcimento – che poteva giungere ad assumere aspetti perlomeno simil-deliranti – nei confronti dei genitori e dei familiari. Questi ultimi, in realtà, l'avevano eletto a «pecora nera», lesinandogli spesso, il padre a *scopo* «educativo», la madre per la propria situazione economica fallimentare, i fratelli per assoluto disinteresse, i soldi necessari alla sopravvivenza, svalutando, disprezzando e minimizzando inoltre (soprattutto il padre, ma anche i fratelli, più grandi di molti anni) i successi professionali ottenuti nel campo artistico cui si sentiva «vocato». Per di più, i suoi problemi psicopatologici erano anch'essi minimizzati e attribuiti a cattiva volontà e infingardaggine. Esistevano quindi delle condizioni oggettive che non potevano far altro che alimentare il suo disagio interno. Il mondo in cui viveva C. era quello dell'emarginazione urbana, nel quale però riusciva a mantenere i propri vivaci interessi culturali e, soprattutto, la propria individualità, per quanto assai problematica. La vita di C. era una vita costantemente «in emergenza» e nella quale era realmente in pericolo la sua stessa sopravvivenza. Arrivò al punto – e qui aveva un grosso peso una violenza omosessuale subita (ma era poi realmente tale?) da bambino – di prostituirsi con uomini «per riuscire a mangiare», e devo dire che quei racconti così squallidi mi suscitavano non una ripulsa morale, bensì una profonda pena.

Non voglio però dilungarmi su questi aspetti della vita emarginata di un giovane abbandonato a se stesso e oltretutto

molto isolato, che chiunque riesce forse a immaginare. Nel mondo in cui era costretto (per cause esterne e interne) a vivere, non gli era facile costruirsi delle amicizie valide, visto anche il dislivello culturale e di sensibilità, e le sue relazioni sentimentali con le ragazze, se da un lato erano profondamente passionali e romantiche, dall'altra naufragavano più o meno rapidamente a causa del ricorrente presentarsi delle sue furie aggressive.

Sentivo tuttavia di fronte a questo quadro spaventoso, che in quel ragazzo «c'era qualcosa» e che quelle sue esplosioni distruttive avevano comunque origine da una «fiamma», da un «fuoco» che poteva assumere altre valenze. Non è il compito principale dell'alchimista (visto sia come paziente sia come analista) quello di «temperare» il fuoco? Forse ha agito su di me l'affermazione di Ernst Bernhard – il padre della psicologia analitica italiana – che bisogna accettare qualsiasi paziente ci giunga perché è mandato dalla Provvidenza (cioè dal Sé).

Fu rapidamente chiaro, a parte un inicialissimo pagamento tre o quattro sedute e una piccola sovvenzione – di pochi mesi – da parte di un fratello, che era un paziente da cui non mi potevo aspettare alcun pagamento. Il lavorare senza essere pagato, o esserlo in modo molto «simbolico», è qualcosa che di tanto in tanto mi succede, per scelta, con persone bisognose di aiuto, ma particolarmente indigenti.

Con C. – che da questo punto di vista si è sempre ritenuto in debito con me, debito che salderà quando potrà, e io prendo sul serio questa sua affermazione – il lavoro è stato molto impegnativo: credo che insieme abbiamo scalato numerosi picchi e siamo precipitati in altrettanto numerose valli. Con lui, più che con altri, ho imparato che, per quanto importante sia il *setting*, lo è perché dietro ad esso esiste – molto più importante – un *temenos*, e che il *setting* può essere molto flessibile se il *temenos* è solido e ben costituito. Devo dire che C. era piuttosto rigoroso nel rispettare le sedute, anche se ogni tanto c'erano delle assenze, soprattutto quando «era troppo fumato»: mi sembrava di intravedere anche in questo, in filigrana, una sorta di rispetto.

Un'altra cosa in cui C. mi ha aiutato riguarda la tolleranza degli affetti, un punto così centrale della maturazione psicologica. Riuscendo – e molto spesso, come accennavo sopra, rievocando gli stati emotivi della mia adolescenza – a non farmi sopraffare o distruggere dai suoi, mi è sembrato di agire di frequente come fa la madre «sufficientemente buona» con il lattante. Tollerando i suoi affetti e non lasciandomene allagare, insegnavo contemporaneamente a lui a fare lo stesso. Ciò riguardava le minacce di suicidio (non frequentissime), quelle di uccidere o picchiare selvaggiamente i genitori che non lo risarcivano di tutto il male che gli avevano fatto ecc. ecc.

Un passo fondamentale fu compiuto quando riuscì a far sua la realtà che, attaccando e colpevolizzando i genitori, non faceva altro che impedirsi di prendere in mano lui stesso la propria situazione di vita, perpetuando una dipendenza contro la quale era invece convinto – illusoriamente – di lottare, impedendo inoltre, in questo modo, che entrassero in gioco i meccanismi auto-terapeutici del Sé. C'è voluto un tempo lunghissimo per interiorizzare una cosa del genere, che a dirla sembra – ma non

lo è affatto – banale. È stato necessario demolire, pezzetto a pezzetto, una serie di difese infantili profondamente radicate e sempre pronte a reiterarsi regressivamente. All'interno del *temenos* è stato possibile trasformare l'Ombra: in questo processo ha avuto particolare rilevanza il fatto di avergli dato una copia di una mia conferenza intitolata «L'Ombra e il Sacro»¹² (una rottura del *setting*? certamente non del *temenos*). Credo che il grande effetto che ebbe su di lui quella lettura fosse causato dal suo atteggiamento transferale positivo del momento, dal fatto di averlo sentito come un «dono» da parte di una figura idealizzata e, spero, anche un po' da ciò che vi era scritto.

Il nostro rapporto, come dicevo, è durato diversi anni, interrotto, di quando in quando, da qualche partenza improvvisa per lunghi soggiorni all'estero, in Europa e anche in altri continenti, in cerca, come si diceva un tempo, di fortuna. Confesso che a volte ho temuto che non ce l'avrebbe fatta a sopravvivere, ma fu aiutato da un'altra caratteristica del *puer aeternus*, figura così dominante nella sua vita: aveva un'incredibile ingegnosità nell'escogitare espedienti e una altrettanto incredibile capacità di sfruttare le opportunità che gli venivano offerte in sorte (l'opportunismo del puer!). Lo riuscivo a vedere, quasi fisicamente, afferrare al volo i capelli fluenti dell'*Occasione*, l'emblema rinascimentale in cui si è trasformata l'antica immagine del *Kairos*.

Ma quali sono stati i risultati di tutto questo lavoro? Non certo trionfalistici (come avrebbero voluto i suoi sogni grandiosi), però le crisi di furia aggressiva sono scomparse, non ha avuto più quegli atti di trasgressione inconsulta che gli facevano correre grossi rischi, non è mai finito in prigione, l'eccesso di «fumo» si è grandemente ridotto, le sue attività lavorative sono meno saltuarie che in passato, come succede anche per le sue relazioni sentimentali, gli episodi omosessuali che lo sconvolgevano non si sono più verificati, persino i rapporti con i familiari si sono un po' rasserenati. L'ultima volta che l'ho visto, dopo più di un anno passato in gran parte fuori Italia, mi ha detto che vorrebbe riprendere il lavoro analitico, impegnandosi, col tempo, a pagare il suo debito nei miei confronti, e mi ha parlato di progetti non più mirabolanti ma, a mio avviso, concretamente realizzabili. L'ho sentito autenticamente grato e questo, da parte di un adolescente così «ingrato», mi è sembrato un segno molto positivo.

Spero di essere riuscito a mostrare, con questi tre brevi schizzi clinici, quella proteiformità di cui parlavo all'inizio e quell'incertezza che sempre si prova quando si lavora con un adolescente, riguardo alla prognosi. È una sorta di abbicci. Un'interruzione che però ha in sé i germi di un'autoguarigione (A), un fallimento probabilmente ineluttabile (B) e un lungo e faticoso lavoro verso l'individuazione che rimane una partita aperta (C). Purtroppo (o fortunatamente?) l'alfabeto dell'adolescenza (ma, a ben vedere, qualsiasi alfabeto) ha ancora molte lettere, e gli alfabeti, inoltre, sono tanti e assai diversi tra loro.

Oleggio, ferragosto 2005



NOTE

¹ Ovidio, *Metamorfosi*, IV, 18.

² Omero, *Odissea*, IV, vv. 417-428 (trad. Mario Giammarco).

³ Luigi Luciano, *Vocabolario italiano/latino*, Bologna, Patron, 1962, s.v. «Adolescente».

⁴ Ernst Robert Curtius, *Letteratura europea e Medio Evo latino*, a cura di Roberto Antonelli, Firenze, La Nuova Italia, 1993, p. 118.

⁵ Virgilio, *Eneide*, IX 311, in Curtius, cit., p. 115.

⁶ Carl Gustav Jung, *Über Traume und Wandlungen*, Zürcher Fragestunde, Walter, Düsseldorf, Zürich, 2004. La traduzione italiana di C. Carniato (con le registrazioni originali in tedesco e inglese) è d'imminente pubblicazione presso le Edizioni Magi, Roma [N.d.R. *Su sogni e trasformazioni*, con 3 CD e la trascrizione dell'enunciato verbale, Roma, Edizioni Magi, 2005].

⁷ Michel Leiris, *Età d'uomo*, Milano, Mondadori, 1966, pp. 40-41, cui lascio la parola: «Devo il primo contatto preciso con la nozione d'infinito a una scatola di cacao di marca olandese, che mi serviva per la prima colazione. Uno dei lati di questa scatola era ornato di un'immagine che rappresentava una contadina con cuffia di merletto, rosea e fresca, la quale teneva nella mano sinistra una scatola identica, ornata della stessa immagine, e la mostrava sorridendo. Venivo colto da una specie di vertigine, immaginando questa serie infinita di figure identiche, riproducenti per un numero illimitato di volte la stessa giovane olandese che, teoricamente rimpicciolita sempre più senza mai sparire, mi guardava con aria beffarda e mi faceva vedere il suo ritratto dipinto su una scatola di cacao identica a quella su cui essa era raffigurata» (traduzione di Andrea Zanzotto). La «mia» bustina di zafferano rappresentava tre cuochi di razza diversa (un bianco, un giallo e un nero) che esibivano una bustina identica a quella sulla quale erano rappresentati.

⁸ Giosuè, X, 12-13.

⁹ Carl Gustav Jung (1902), «Psicologia e patologia dei cosiddetti fenomeni occulti», in *Opere*, vol. I, Torino, Boringhieri, 1992, p. 75, *corsivo mio*.

¹⁰ Abrahao H. Brafman, *Sciogliere il nodo. Colloqui terapeutici con bambini e genitori*, cura e trad. di Luciano Perez, Roma, Edizioni Magi, 2005.

¹¹ Carl Gustav Jung, *Visioni* (a cura di Claire Douglas), cura e trad. dell'edizione italiana di Luciano Perez e Maria Luisa Ruffa, Roma, Edizioni Magi, 2004.

¹² Luciano Perez, *L'Ombra e il sacro*, «I quaderni di Yseos», Catania, 2001.

Su *Il nero e il bianco*, un romanzo involontario

RENATA BISERNI

psicoterapeuta, psicodrammatista – Roma

Recensione del libro di Enrico David Santori, *Il nero e il bianco. Cinque ritratti clinici di donna in un gruppo di psicodramma*, Roma, Edizioni Magi, 2015, ISBN: 9788874873470, pp. 176.

Parlare del libro di un amico non è semplice. Quello che sappiamo di lui, nel bene e nel male, rischia di condizionare il giudizio sull'opera. Possiamo dire troppo o troppo poco, esagerare con gli apprezzamenti o di contro, per paura di sembrare di parte, essere sbrigativi, risicati. Usando un paragone un po' azzardato, come in psicoterapia non si prendono amici e parenti, non si dovrebbero fare recensioni dei libri degli amici. Se poi, come in questo caso, l'Autore è anche allievo e collega e con lui abbiamo condiviso alcune avventure professionali importanti, il compito sembra ancora più arduo. Fine della recensione. Invece no. Perché proprio in virtù di quel legame strutturato nelle difficoltà e cementato nella condivisione, con onestà capiremo ciò che lui ha scritto e con altrettanta onestà lui capirà ciò che scriveremo. Forse non diremo alcune cose, dandole per scontate, ma ne diremo altre, leggendole fra le righe.

Iniziamo da un dato tangibile, la copertina. Minimalista, quasi austera, i soli colori quelli del titolo... ma con qualcosa in più: una traccia, giusto una sporcatura che passerebbe inosservata se non fosse per il suo colore. Come in certi quadri di Rembrandt dove la cromia dominante del nero e del bianco è interrotta da una pennellata di rosso vivo, insignificante rispetto alla maestosità dell'insieme, ma che conferisce senso e profondità a tutto il dipinto. Quella traccia sul frontespizio attira il lettore più del titolo, lo spinge a voltare il libro e, infatti nella quarta di copertina il rosso si perfeziona e si rivela: si tratta delle impronte (digitali) di una mano. Come se qualcuno avesse tenuto il volume con le dita sporche di sangue. È un indizio. Possiamo incominciare la lettura del libro di Enrico David Santori seguendo quelle impronte. Immediatamente ci ritroviamo in una terra arcaica, abitata già nel Paleolitico, bella, prospiciente il mare, altresì denominata Costa degli Dei. Bella, misteriosa e delittuosa. Oggi come ieri.

Alcune fonti ritengono che sia avvenuto su quelle scogliere un delitto mitologico, un rapimento (l'archetipo di tutti i rapimenti del mondo occidentale): quello della bianca Core da parte del nero Ade che, al comando di un cocchio trainato da cavalli nerissimi e invincibili, la strappa alla madre per con-

durla nel suo regno ctonio e farla sua sposa. Anche in questa storia, tra il nero e il bianco compare una traccia di rosso, quella dei chicchi di melograno di cui il mito narra. La terra nella quale siamo approdati si chiama Calabria.

La città dove l'Autore ha ambientato i suoi *cinque ritratti clinici di donna* sorge sulle rovine dell'antica Hipponion, colonia greca che i romani ribattezzarono Vibo Valentia e che oggi ancora così viene nominata. Stiamo parlando di un romanzo? Certamente no, almeno non lo è nelle intenzioni dell'Autore e dell'editore. Eppure questo libro offre, tra le possibili chiavi di lettura, anche quella del romanzo. Santori nella sua scrittura cita spesso Irvin Yalom (è da annoverare fra i maestri!), notoriamente questo Autore, psichiatra e psicoterapeuta di gruppo, ha scritto alcuni romanzi in cui fatti storici, resoconti clinici e fantasia si mescolano in una narrazione avvincente. Nelle pagine del nostro romanzo involontario, cinque eroine raccontano la loro storia. In alcuni momenti parlando in prima persona, sotto forma di dialogo o di monologo, in altri affidandola alla voce del narratore, il giovane psicoterapeuta venuto dalla capitale che ha costruito per loro «un contenitore dove l'incontro, la ricerca della verità e il rispecchiamento empatico fossero al centro dell'esperienza». La loro urgenza di narrarsi è tangibile e irresistibile. Si chiamano Elettra, Zoe, Dorothy, Alma, Vera; sono cinque, ma ne rappresentano tante altre. Diverse fra loro, le accomuna il destino della nascita in una città dove il gruppo è innanzitutto clan familiare e clan mafioso; dove l'individualità è osteggiata (in particolare se sei nato donna); dove la calunnia e l'indifferenza regnano sovrane; dove la spontaneità e la verità sono un disvalore. «L'uomo nasce sotto una buona o una cattiva stella...», scrive Widmann, «... e il criterio di giustizia è estraneo a quello del destino». Tutte e cinque hanno subito violenza. Elettra, di nome e di fatto eroina da tragedia greca, entra in scena con le mani grondanti sangue... L'eredità della famiglia d'origine costellata di «delitti» le impedisce letteralmente di vivere. Il complesso della madre morta (nell'accezione di André Green) le vieta di assumere il ruolo di madre sufficientemente buona, con tutto quello che ne consegue. Zoe è una femmina bella ed estroversa, abusata da piccola non ha potuto dire cosa le era successo sentendosi lei in dovere di proteggere gli adulti. Oggi non può essere una donna sessuata, capace di stare in relazione con un uomo reale, conscia del proprio valore. Fino a che il trauma antico non verrà rimosso. Anche Vera, incastrata nella dualità degli archetipi Vergine Maria/Maria Mad-



Metti insieme due cose che insieme non sono mai state. E il mondo cambia. Sul momento è possibile che il mondo non se ne accorga, ma non ha importanza. Il mondo è cambiato lo stesso.

JULIAN BARNES

► **U**n gruppo di psicodramma in una piccola città del Sud. Cinque donne di età ed esperienze diverse. Uno psicoterapeuta che viene da fuori. È il settimo incontro e, senza concordarlo prima, tutte arrivano vestite di nero e di bianco. Come mai?

La psicoterapia è una continua ricerca di senso. Un certosino lavoro di integrazione e sintesi fra gli apporti dell'inconscio e del conscio. Il nero e il bianco sono i riferimenti cromatici delle due istanze opposte della psiche, rappresentate dal gruppo nell'abbigliamento. E sono un riferimento implicito al qui e ora del lavoro terapeutico. Questa dicotomia è anche un dato culturale dell'ambiente, che vive sul piano di quello che Winnicott ha definito «falso Sé» e Sciascia definirebbe «la cultura dell'opportunismo e della finzione».

In un paese di falsità, lo scandalo di un gruppo di psicodramma è proprio questo: riunirsi, piuttosto che per rappresentare le apparenze, per rivelare la propria autenticità e approfondirne i torti e le ragioni, al di là dei (pre)giudizi e delle vergogne. Raccontarlo, attraverso le storie vere delle protagoniste, ribadisce e rinforza, sul piano sociale, questo assunto di base: *la verità è terapeutica*.

Enrico David Santori, psicologo, psicoterapeuta, psicodrammatista, è tutor dell'Istituto di Psicodramma a Orientamento Dinamico PLAYS. Vive e lavora a Roma.

dalena, si fa toccare in pubblico, ma non in privato, può essere vergine e prostituta, ma non donna nel senso pieno, con un uomo a fianco. Dorothy da ragazza ha tentato il suicidio e solo per uno scherzo del destino è viva. Anche lei come Dorothy del Kansas ama le scarpette rosse... la sua via di fuga da una famiglia disfunzionale e da un luogo dove l'ombra di un certo signor G. incombe. E infine Alma, vittima di una genitrice *amorevole e coadiuvante* che le ha impedito di far emergere il vero Sé, nel tempo ha sviluppato sintomi somatici gravi e invalidanti. Dopo un lavoro terapeutico individuale durato qualche anno, le cinque donne vengono condotte in un percorso di terapia di gruppo. La prima cosa che sperimentano è che nel gruppo (di psicodramma) si può essere se stessi senza essere giudicati e che la spontaneità e la verità sono valori da perseguire. In quel teatro speciale (teatro estremo, lo definisce Moreno) possono raccontare i propri sogni, metterli in scena con l'aiuto delle altre, ristrutturarli, scoprire il valore della condivisione. Elettra, drammatizzando la scena in cui per impedire al figlio alcolista di bere, butta le birre dalla finestra, può esperire una vera catarsi di integrazione e immaginare per la sua vita e quella dei suoi cari un esito diverso. Zoe recupera la possibilità di essere donna entrando in contatto, come nei *Monologhi della vagina* di Eve Ensler, con il centro anatomico della femminilità, dandole voce. Vera, in questo teatro estremo viene letteralmente «imbozzolata» nella pellicola trasparente. Liberandosi sperimenta una nuova nascita ed è pronta a perdonare i genitori, addirittura a ringraziarli per averla messa al mondo. A Dorothy viene data la possibilità di incontrare il fantomatico signor G., sostenuta dal gruppo può dirgli tutto ciò che pensa di lui e della sua ipocrisia, usando anche il turpiloquio. Al termine della messa in scena anche lei

è pronta a incontrare il padre e la madre. Infine Alma, *l'ultimo gioco dell'ultimo incontro*. Rivivendo l'evento traumatico della sua prima TAC, Alma riduce le scissioni fra corpo e psiche acquisendo nel contempo un valido strumento di controllo della sua esistenza.

Il romanzo è a lieto fine. Le eroine si salvano o almeno imboccano la via della salvezza. Tutte nel gruppo hanno giocato e ristrutturato pezzetti di vita. Tutte hanno sperimentato quello che Yalom considera il primo fattore terapeutico della terapia di gruppo: l'infusione della speranza. Anche l'eroe/guaritore non soccombe (avrebbe potuto), è stato coraggioso e temerario come lo sono spesso le persone giovani, ma – soprattutto – ha usato con perizia le molteplici armi in sua dotazione.

Alla fine della storia l'impronta dell'inizio assume una connotazione diversa da quella che avevamo immaginato. Ben espressa dalle parole dell'Autore. «La psicoterapia è sangue. Legami di sangue e legami col sangue. Il primo compito della coppia terapeutica è il paziente lavoro del sarto che ricuce il *fil rouge* dei legami di sangue che, come radici, sotto forma di emozioni, inibizioni, fantasmi e complessi corrono e germogliano nel corpo inconscio dell'albero genealogico. È uno sporco lavoro che non si può fare senza sporcarsi».

P.S. Questo libro è anche un prezioso manuale di psicodramma, fruibile da coloro che già conoscono il metodo, ma anche da chi ne ha a malapena sentito parlare. Nella trascrizione esatta dei *play* l'Autore, specificando l'utilizzo delle tecniche e la loro precisa funzione, permette di entrare in contatto nel suo *status nascendi* con un metodo terapeutico potentissimo e in continuo divenire.

La rubrica raccoglie comunicati dell'ufficio stampa dell'IdO – Istituto di Ortofonia

Dalla cronaca alla stampa, a cura di RACHELE BOMBACE

Anche i bambini autistici sopra i 5 anni migliorano e a lungo

Studio IdO su 90 minori pubblicato

su «Psychological Reports»

L'intervista a Magda Di Renzo

Esistono possibilità di miglioramento e trasformazione per quei bambini autistici che iniziano la terapia in età non precocissima, e gli effetti possono mantenersi a lungo termine. Lo rivela l'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO) nella sua ultima pubblicazione a cura di Magda Di Renzo, responsabile del servizio terapie dell'IdO, e della sua équipe sulla rivista scientifica americana «Psychological Reports» («Assessment of a long-term developmental relationship-based approach in children with autism spectrum disorder» <http://www.amscripub.com/doi/pdf/10.2466/15.10.PRO.117c15z8>).

Perché è importante parlare di risultati a lungo termine nell'autismo?

«Nel trattamento di questo disturbo l'esistenza di risultati che si mantengono nel tempo rappresenta una sfida in campo scientifico perché la maggior parte degli studi effettuati dimostra un'efficacia delle terapie solo a breve termine. Anche le ricerche a cui si fa riferimento nelle linee guida sottolineano la difficoltà di mantenere risultati efficaci dopo 6 mesi di terapia. Invece noi abbiamo evidenziato, attraverso test e R-test su un campione di 90 bambini autistici, risultati visibili dopo 2 e 4 anni di trattamento, non solo nel mantenimento degli effetti ottenuti nel primo periodo, ma di un continuo miglioramento. I bambini inseriti nello studio dell'IdO sono stati suddivisi in due sottogruppi, in base all'età d'inserimento nella terapia (prima dei 5 anni d'età e dopo i 5 anni di età). Sono tutti migliorati nel R-test ripetuto a 4 anni di distanza dall'inizio del trattamento, però, mentre i primi hanno riportato un continuo miglioramento nel tempo, i secondi non hanno mostrato miglioramenti nei primi due, ma negli ultimi due anni e in modo notevole».

Come spiega questo fenomeno?

«Il miglioramento non è legato all'età dei bambini, altrimenti dovrebbe regredire. La nostra terapia, il Progetto Tartaruga, lavora sulla globalità dell'individuo, puntando nei primi 2 anni soprattutto ad abbassare le difese per rimettere in moto l'integrazione del bambino. Solo successivamente può iniziare lo sviluppo. Quindi, l'indice di miglioramento rimane piatto per i

primi due anni per poi accrescersi notevolmente. I minori inseriti in terapia dopo i 5 anni iniziano a mostrare dei miglioramenti a 7/8 anni, e i risultati sono stati valutati nelle singole attività».

Quali sono gli strumenti di valutazione?

«La standardizzazione dei test per valutare il comportamento dei bambini autistici è relativamente recente in ambito clinico. Noi utilizziamo l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), inteso come strumento diagnostico per quantificare la gravità dei sintomi, che è disponibile dal 2001 e la versione italiana a partire dal 2005; e la Leiter-R, disponibile dal 2002, per la valutazione cognitiva non verbale».

Perché valuta importante ripetere il test nel tempo?

«Aiuta a definire il livello raggiunto dal bambino in quella specifica fase del processo, chiarendo la gravità della sintomatologia autistica, e facilita la caratterizzazione dei cambiamenti nei vari settori dello sviluppo (cognitivo, emotivo, comunicativo e relazionale). Funzioni cognitive come la memoria, l'attenzione e la percezione, che di solito sono ben integrate all'interno di un processo di sviluppo armonico, possono essere presenti anche in un soggetto autistico, ma risultano frammentate poiché la scarsa integrazione non consente loro di esprimersi efficacemente. La valutazione della funzione cognitiva e del potenziale intellettuale nell'autismo aiutano il clinico a valutare le limitazioni di comunicazione che caratterizzano il disturbo».

Che tipologia di intervento avete usato?

«Un intervento evolutivo denominato Progetto Tartaruga dove l'approccio è alla personalità globale del bambino considerando che il blocco fondamentale nell'autismo riguarda la dimensione affettiva. È un intervento sia individualizzato sia di gruppo, atto a soddisfare le esigenze specifiche del bambino autistico e della sua famiglia, coinvolgendo anche la scuola in una serie di interventi specifici e diversificati. Viene proposto in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale, ed è centrato sulla corporeità e la relazionalità, poiché questi minori hanno una difficoltà a sintonizzarsi nella comunicazione con l'altro. L'IdO propone al bambino un ambiente motivante e contestuale per offrirgli la possibilità di sintonizzarsi in modo nuovo attraverso il gioco e situazioni per lui piacevoli. Il progetto stabilisce un sistema di osservazione, valutazione e terapia con l'obiettivo di fornire al bambino e alla famiglia una serie di attività utili per stimolare sia le carenze sia le potenzialità. Alla base di ogni azione terapeutica vi è la ricerca del significato dei comportamenti del bambino, anche quando apparentemente strani ed incomprensibili, e la determinazione a risvegliare l'interesse del bambino e a sintonizzare le cure genitoriali con i suoi bisogni».

Qual è il presupposto di questo intervento?

«Le componenti cognitive ed affettive di cui il bambino fa esperienza del e sul mondo sono inseparabili. Linguaggio e intelligenza, nonché le competenze emotive e sociali, si imparano attraverso le relazioni e le interazioni prevedono scambi affettivi. Così, il Progetto Tartaruga prevede varie attività nell'ottica di un approccio globale e psicodinamico al bambino e insieme con la famiglia. Con il termine «psicodinamico» s'intende l'insieme dei processi mentali e dei meccanismi sottostanti il comportamento di un individuo che, se disadattivi, spiegano e danno significato ai sintomi del disturbo mentale. Comprende interventi mediati dal corpo, in quanto veicolo di emozioni, in un gruppo di pari e / o in presenza dei genitori, per rafforzare quei processi mancati nelle prime fasi di sviluppo».

Cosa consiglia di fare?

«Dare tempo e chiarezza alla diagnosi e valutare il ragionamento fluido nei bambini con autismo, che è predittivo del loro futuro sviluppo cognitivo».

Quali i punti quindi importanti dell'articolo?

«Sono due: un intervento basato sulla relazione consente il miglioramento cognitivo indipendentemente dalla gravità dell'autismo espresso nel punteggio ADOS e la necessità di valutare il Ragionamento Fluido (RF). Attraverso la pratica clinica abbiamo monitorato 90 bambini autistici attraverso R-test a 2 e a 4 anni di trattamento. Oltre a verificarne il miglioramento dell'andamento cognitivo, abbiamo dimostrato che il ragionamento fluido è un indice predittivo del loro futuro sviluppo cognitivo pur in presenza di ritardo. Un bambino con quoziente intellettivo (QI) 45 e RF 60 ha ottime possibilità di migliorare le sue potenzialità cognitive».

Qual è la principale problematicità in ambito diagnostico?

«La maggior parte degli studi pubblicati non hanno valutato gli esiti terapeutici in termini di cambiamento delle abilità cognitive nel corso del tempo hanno piuttosto confrontato abilità cognitive specifiche rispetto a bambini con diagnosi e livelli di funzionamento socio-cognitivo differenti. Spesso nella valutazione dei bambini non vengono considerati in modo specifico indici cognitivi importanti per valutare il progressivo sviluppo intellettuale di questi stessi soggetti. Infine, la capacità cognitiva non è stata sempre e chiaramente associata alla sintomatologia espressa».

Cos'è il Ragionamento Fluido?

«È l'intelligenza non condizionata dagli apprendimenti verbali. Ci predice il miglioramento del quoziente cognitivo e ci fa capire che il bambino è in presenza di un'inibizione intellettuale e di un'inibizione affettiva. L'efficacia della nostra terapia è dimostrata nel corso del tempo, grazie alla maggior possibilità dei minori trattati di esprimere il proprio potenziale. Parliamo di dati statisticamente significativi ogni 3 punti di cambiamento ADOS corrispondono a 10-15 punti di cambiamenti Leiter-R con un salto di diagnosi cognitiva».

Il processo diagnostico nell'infanzia

**XVI Convegno nazione dell'IdO
Roma, 16-17-18 ottobre 2015**

Partire dalla conoscenza delle linee di sviluppo è il monito del convegno, perché una diagnosi è completa solo se la valutazione clinica viene effettuata tenendo conto delle diverse fasi evolutive e nel rispetto della storia di ogni bambino. Con quest'obiettivo la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica dell'Età Evolutiva dell'Istituto di Ortofonia (IdO) promuove il XVI Convegno nazionale su «Il processo diagnostico nell'infanzia. Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti del bambino».

L'evento si svolgerà a Roma il 16, 17 e 18 ottobre nella sala congressi di Via Rieti.

Il congresso è rivolto a pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, logopedisti, psicomotricisti, insegnanti, educatori, assistenti sociali.

Le tre giornate di studio vedranno alternarsi eminenti relatori ed esperti nel campo dell'infanzia, provenienti da tutta Italia per valutare i bambini da una prospettiva più ampia: il focus sarà centrato sulla clinica e sulla traiettoria evolutiva. Dopo una panoramica sulle varie componenti dello sviluppo (venerdì 16 ottobre), si passerà all'analisi di quadri clinici e delle metodologie di osservazione dei bambini dai 0 ai 3 anni e dai 3 ai 6 anni (sabato 17 ottobre), per spostare infine l'attenzione sul «Mondo Scuola» e la fascia d'età 6-10 anni (domenica 18 ottobre).

È uno sguardo diverso sul mondo dell'infanzia, più rispettoso e più prudente perché i segni e i sintomi rappresentano solo una parte dell'«evidence based». «Limitare la valutazione a diagnosi meramente descrittive trascurando la dimensionalità della storia clinica, significa rischiare di catalogare erroneamente i bambini confondendo vulnerabilità e patologia. L'individuazione precoce non deve essere confusa con l'anticipazione della diagnosi ma deve aiutarci a individuare i bambini a rischio».

Il XVI congresso nazionale IdO rappresenterà l'occasione per far confluire tante esperienze in una modalità diagnostica che tenga conto della complessa interazione tra le varie componenti dello sviluppo e delle possibili disfunzionalità. Saranno illustrate ricerche, test innovativi e scale di screening.

Per informazioni sul convegno: www.ortofonia.it

L'ingresso è su invito, sarà però possibile seguire il convegno anche in diretta streaming. Per l'iscrizione, gratuita, inviare un'email all'indirizzo iscrizioneconvegno@ortofonia.it. Sono inoltre previsti i crediti ECM (Codice: 858-134819) per Medici, Psicologi, Logopedisti, TNPEE, Educatori professionali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Terapisti occupazionali. A breve sarà indicata la modalità di fruizione on-line, il costo sarà di 15 euro + IVA per 15 crediti.

Manuali diagnostici come vangeli. Ci sia più attenzione alle traiettorie dello sviluppo

Il NPI Trapolino: «L'attualità clinica non sembra cambiata»

«L'attualità clinica nell'osservazione di ciò che accade in età evolutiva sembra non essere molto cambiata. Le "etichette diagnostiche" appaiono sempre piuttosto rigide e i manuali vengono intesi quasi come vangeli da cui si ha difficoltà a discostarsi». Apre una riflessione sui cambiamenti delle modalità diagnostiche nell'infanzia Emanuele Trapolino, neuropsichiatra infantile e direttore dell'Unità operativa semplice di Neurologia neonatale dell'Ospedale pediatrico Giovanni di Cristina di Palermo.

«Una lettura più attenta dell'espressività sintomatologica del bambino non può invece prescindere dall'analisi del fenotipo cognitivo e comportamentale, per cercare di comprendere quali sono gli endofenotipi, funzionali e neurobiologici, che sottendono il disordine neuropsichico dell'età evolutiva. Occorre quindi un esame attento che integri la conoscenza dei network funzionali e dei processi psichici (cognitivi, emotivi, motivazionali), che si esprimono infine nell'aspetto comportamentale, così da individuare le eventuali anomalie strutturali – neurobiologicamente parlando – che possono rappresentare l'origine del disagio, non trascurando i meccanismi, spesso difensivi o reattivi, che i bambini esibiscono proprio con i comportamenti». Il neuropsichiatra infantile avverte: «È molto pericoloso definire una patologia solo sulla scorta di un'aggregazione sintomatologica. Si finisce per non tenere conto degli interventi specifici e della realtà sintomatica, rischiando di non assicurare al piccolo lo sviluppo di una traiettoria evolutiva orientata verso il benessere, e non verso il malessere.

In questo senso il concetto di comorbidità, che associa patologie apparentemente indipendenti, andrebbe sostituito con quello di *continuum* della gravità sintomatologica per dare senso a quei disturbi aggregati che già all'età di due anni potrebbero essere predittivi di ciò che accadrà nel corso dello sviluppo. In altre parole, la corretta lettura dell'intensità dei sintomi a una certa età (precoce) può facilitare la predittività dell'evoluzione in altre aree e fasi dello sviluppo anche in termini psicopatologici; individuare il disagio, definirne l'entità e promuovere il cambiamento attraverso la terapia diventa dunque uno strumento di prevenzione secondaria di successive psicopatologie che sarebbero evidentemente più strutturate e meno modificabili».

Per Trapolino il percorso diagnostico deve quindi «individuare il fenotipo attuale e gli endofenotipi che sottendono il comportamento per poi monitorare la traiettoria di sviluppo e definire il percorso terapeutico».

Nei plusdotati parlare di valutazione e non di diagnosi

L'intervista a M.A. Zanetti: «Quest'ultima implica una possibile medicalizzazione»

«Per i bambini ad alto potenziale (AP) non vorrei parlare di diagnosi ma di valutazione. La diagnosi implica una possibile medicalizzazione ed esiti con derive patologiche, la valutazione invece permette alle persone di poter vivere bene con l'AP». Parte da questa chiarificazione Maria Assunta Zanetti, professoressa di Psicologia dell'educazione e dell'orientamento presso l'Università degli Studi di Pavia (Unipv) e direttrice di LabTalento (Laboratorio italiano di ricerca e sviluppo del potenziale, talento e plusdotazione), che ha attivato con l'Istituto di Ortofonia (IdO) un «Laboratorio per bambini plusdotati» a Roma, in collaborazione con l'Unipv, rivolto alle scuole del Centro-Sud Italia.

«Spesso le valutazioni di bambini AP sono il risultato di una cattiva lettura e sguardo su una serie di aspetti e criticità legati alla sintomatologia. Se analizziamo le richieste che ci arrivano, per lo più dai genitori, le difficoltà segnalate sono soprattutto di adattamento a scuola e vengono lette come problematiche comportamentali. Il minore in questione viene spesso segnalato come iperattivo (ADHD), e dopo una nostra attenta valutazione risulta invece plusdotato: l'energia del bambino era stata valutata in modo scorretto. Un'asincronia dello sviluppo interpretata solo in chiave patologica.

I genitori vedono questi bambini annoiati. La noia a scuola porta a una perdita di motivazione per le attività didattiche e poi al sottorendimento. Docenti e genitori ci segnalano problemi di opposizione o un funzionamento familiare non adeguato. I bambini manifestano comportamenti oppositivi o di intolleranza alle regole nel contesto familiare».

In cosa consiste il lavoro con bambini ad AP?

«Prima dobbiamo individuarlo attraverso una valutazione del potenziale cognitivo. Non c'è solo la valutazione del quoziente intellettivo. Utilizzo anche strumenti per individuare una possibile presenza o comorbidità di problematiche internalizzate o esternalizzate. Usiamo le scale di funzionamento emotivo e sociale, ascoltiamo la percezione di genitori e insegnanti e, se il soggetto è adolescente, anche la percezione del ragazzo stesso attraverso gli strumenti clinici (CBCL "Sistema di valutazione su base empirica" di T. Achenbach ASEBA, utilizzati per problemi legati al funzionamento emotivo del bambino).

Dopo una valutazione a 360 gradi sul bambino, il contesto familiare e la scuola, si propone un piano di didattica inclusiva che presuppone la possibilità di supportare i bambini all'interno della scuola con attività sfidanti, che permettano di

mettere in atto una personalizzazione degli apprendimenti con percorsi di differenziazione delle attività didattiche, l'accelerazione del percorso con le classi di livello e la valorizzazione delle aree di talento e delle possibilità.

L'asincronia dello sviluppo non necessariamente fa sì che siano subito pronti a gestire il loro potenziale. Noi lavoriamo sul supporto emotivo e sociale quale ambito più fragile. Il percorso di consapevolezza è molto lungo per loro, le famiglie e il contesto. Anche la scuola deve accoglierli, e non come soggetti straordinari o difficili ma come portatori di risorse. I minori che arrivano a LabTalento provano in genere disagio, noia o disaffezione scolastica».

Rientrano nei Bisogni educativi speciali (BES)?

«I BES sono già stati introdotti ma non con questa attenzione particolare, importante ed estesa anche a bimbi AP. A noi piacerebbe. L'ottica dei Bes dovrebbe andare in questa direzione: considerare l'AP non come marginalità ma specialità. Puntiamo sulla personalizzazione didattica. Esistono dei documenti europei, prodotti dal Comitato economico sociale europeo nel 2013, che raccomandano e promuovono un'istruzione e un apprendimento permanente, tenendo conto che il potenziale di apprendimento non è statico. Nel 2012 l'Agenzia europea ha sottolineato l'importanza di rendere consapevoli gli insegnanti dei bisogni individuali di ciascuno: ognuno di noi ha il suo talento e tutti insieme costruiamo una migliore comunità. Europa 2020 punta a creare una società inclusiva e sostenibile. Sempre nel novembre 2013 l'Agenzia europea ha individuato 5 messaggi chiave per un intervento precoce, l'educazione inclusiva e la formazione agli insegnanti. LabTalento, dal 2012, ha promosso un accordo di rete a livello nazionale organizzando corsi di formazione e una piattaforma di didattica per gli insegnanti formati. Con l'IdO sono invece due anni che lavoriamo per individuare, supportare e formare i docenti del Centro Sud Italia».

Nel DSM-5 inserita una nuova categoria: i disturbi dello sviluppo

Elena Vanadia (NPI): «Manca la parte dedicata ai primi anni di vita, il CD 0-3 R resta il nostro riferimento»

«Il Manuale diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5) è uno strumento valido e aggiornato, utile ai clinici, con il quale si è tentato di introdurre un approccio dimensionale ai disturbi mentali e di definire delle "macroaree", tra cui quella dedicata alle condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo e definita appunto "disturbi del neurosviluppo", che comprende le disabilità intellettive, i disturbi della comunicazione, i

disturbi dello spettro autistico, la sindrome da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD), i disturbi specifici dell'apprendimento, del movimento e altri disturbi del neurosviluppo». Spiega Elena Vanadia, neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO), commentando l'importanza del Dsm nelle modalità diagnostiche.

«Il DSM-5, al pari degli altri manuali, dovrebbe rimanere una guida che orienti il clinico, non sostituendone l'esperienza e il ragionamento che volta per volta può condurre a deduzioni e definizioni differenti. Perché nei manuali non sono descritti e contemplati tutti i possibili profili disfunzionali».

MAGGIORE ATTENZIONE SUL FUNZIONAMENTO ADATTIVO

– «In riferimento alle disabilità intellettive, per esempio, grande rilievo è stato dato al funzionamento adattivo, senza basarsi in modo esclusivo sui punteggi del QI perché è il grado di disfunzionamento adattivo a determinare il livello di assistenza richiesto. Quest'ultimo aspetto è importante perché ci troviamo sempre più spesso di fronte a profili di sviluppo disarmonici che non ci danno un'omogeneità nel grado di ritardo, ma che sicuramente sono indicativi di aree di vulnerabilità o di deficitarietà spesso associate a disagio emotivo, fino all'inibizione affettiva delle condotte intellettive che determinano un malfunzionamento tale da condizionare l'adattamento».

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA 0-3

– «La fascia 0-3 anni ha le sue peculiarità e, sebbene nel Dsm-5 sia stata data una maggiore attenzione all'età evolutiva, la Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi dello sviluppo dell'infanzia (CD 0-3 R) è uno strumento estremamente valido per chi si occupa di bambini piccoli. Avendo un'organizzazione multiassiale consente la definizione di profili funzionali che tengono conto della presentazione clinica, ma anche dei fattori emotivi, relazionali, ambientali e dei disturbi organici associati».

LA DIAGNOSI EVOLUTIVA

– «Chi si occupa di età evolutiva non può non considerare il significato del termine *evolutivo*, cioè "che tenga conto dei cambiamenti". L'evolutività intesa come predisposizione e possibilità di cambiamento è infatti strettamente correlata ai concetti di resilienza e di modificabilità. Una diagnosi rispettosa del bambino deve quindi tenere conto di tutti quegli aspetti che contribuiscono al suo sviluppo: la storia clinica e familiare, l'esposizione ambientale e l'individualità, anche in termini di vulnerabilità, laddove esista. Inoltre, bisogna osservare i tempi e i modi in cui il bambino modifica i suoi comportamenti, sia spontaneamente sia in seguito alle stimolazioni che riceve. Spesso può essere utile, anche se non sempre sufficiente, attivare nel genitore, o nel caregiver, un cambiamento nella modalità di stimolo e accudimento (che presuppone un'adeguata comprensione del bisogno) per determinare nel bambino un mutamento in positivo.

I bambini con difficoltà nella processazione o nell'integrazione sensoriale «possono per esempio presentare una disfunzionalità, che coinvolge una o più aree dello sviluppo, tale da

simulare anche quadri patologici diversi, ma una corretta e graduale stimolazione potrà determinare un cambiamento dei loro comportamenti anche nel breve-medio termine.

In sintesi, laddove il quadro clinico deponga in modo incontrovertibile per una diagnosi questa va fatta avvalendosi sia dei manuali diagnostici sia dell'esperienza personale, ma bisogna tenere a mente che comportamenti (o sintomi) simili possono essere sottesi da cause differenti. Il rischio di questo momento storico è che cercando di fare diagnosi precoce, si anticipi la diagnosi o la si confonda con ciò che dovrebbe essere l'individuazione di una vulnerabilità. Dunque nel rispetto dell'evoluitività e del dinamismo proprio dell'infanzia, la nostra idea è che il processo diagnostico debba iniziare con una conoscenza e un'attenta osservazione del bambino e dell'ambiente che lo circonda, con l'identificazione, se presente, della vulnerabilità individuale o della patologia, con il riconoscimento e il supporto delle potenzialità e abilità emergenti. Solo basandosi sulle traiettorie individuali può essere definito il profilo di sviluppo».

La diagnosi tra anamnesi, tecnologia, visita e DSM

**L'intervista a Francesco Macri:
«Il pediatra si formi sui problemi comportamentali»**

«Nella diagnosi in medicina il 60% dell'attenzione è dedicata alla storia del paziente, l'anamnesi, il 30% agli esami di laboratorio, il restante 10% all'esame obiettivo: la visita. Percentuali che indicano un cambiamento importante rispetto al passato, quando la visita aveva un'importanza preponderante». Così Francesco Macri, professore aggregato di Pediatria alla Sapienza Università di Roma, riflette sulle nuove modalità di diagnosi, la patomorfosi e le problematiche più frequenti nell'età pediatrica.

Che cosa è accaduto in questi ultimi 15 anni a livello diagnostico?

«Il miglioramento della tecnologia da una parte e la logica della medicina difensiva dall'altra hanno portato a un ricorso, frequente e rilevante agli esami di laboratorio, mentre l'anamnesi ha conservato il suo ruolo. Il medico oggi può acquisire informazioni dal web, che offre possibilità ampie, e da software specifici per la diagnosi: inserendo i dati del paziente, questi programmi forniscono le diagnosi possibili. Inoltre, da un punto di vista tecnologico, siamo nell'epoca delle indagini molecolari di laboratorio che consentono di verificare le determinanti genetiche alla base delle malattie sofferte dai pazienti. Lentamente le malattie vengono sempre più interpretate su base genetica, e le indagini molecolari rappresentano proprio l'applicazione degli studi di genetica».

È cambiato qualcosa da un punto di vista clinico?

«Parlando di patomorfosi, ovvero di come sono cambiate le malattie, è necessario delineare tre aspetti: l'emersione di nuove patologie, vecchie patologie che si presentano in modo diverso e la scomparsa delle malattie infettive. Nel primo caso è normale che nell'evoluzione della specie umana compaiano anche quadri clinici in passato poco conosciuti a causa di sistemi diagnostici approssimativi. Un esempio è l'AIDS. I primi casi di HIV furono descritti agli inizi degli anni Ottanta, ma era già presente nei primati, anche se sconosciuto al genere umano. Pensiamo inoltre a forme virali come Ebola che esisteva già da tempo, ma erano sempre state circoscritte in particolari zone del mondo».

Vecchie patologie che si presentano in modo diverso.

«Attualmente c'è molto interesse per la tubercolosi, malattia infettiva conosciuta da secoli, oramai abbastanza controllata e circoscritta. Purtroppo, però, la situazione sociale e culturale degli ultimi decenni, la globalizzazione e gli spostamenti di individui attraverso diverse zone del mondo hanno favorito il ritorno della malattia, che oggi si presenta con un quadro di resistenza agli antibiotici. O, ancora, le infezioni da streptococco beta emolitico gruppo A nei bambini, che sono portatori nel 20-25% dei casi. Lo streptococco causa una malattia che in passato si complicava spesso con un quadro di reumatismo articolare acuto. Oggi le infezioni da Streptococco sono molto frequenti, ma la sua aggressività si è attenuata, probabilmente per un ricorso più attento alla terapia antibiotica, e la complicità reumatica è abbastanza rara.

Sul terzo aspetto, le vaccinazioni hanno portato alla progressiva scomparsa di alcune malattie infettive. Oggi molti medici giovani possono non aver mai visto il morbillo, non aver assistito al decorso della tosse convulsa o di una parotite. Le vaccinazioni hanno portato alla scomparsa di alcuni quadri clinici, anche se va purtroppo rilevato che le campagne anti-vaccinali recenti hanno ridotto il livello di guardia e la percentuale di bambini vaccinati è diminuita. Ricordo che una malattia infettiva è sotto controllo quando il 90-95% dei bambini è vaccinato. Questa minore attenzione, che negli ultimi anni ha portato a non vaccinare i bambini, ha recentemente risollevato i numeri di alcune patologie, come il morbillo».

Crede che l'infanzia sia maggiormente attenzionata?

«Lo è sicuramente, ormai la medicina si orienta verso la prevenzione ed è noto che una serie di malattie dell'età adulta derivino da situazioni legate all'infanzia. Pensiamo alle malattie cardiovascolari, cardiache, respiratorie, alla bronchite cronica ostruttiva dell'adulto: hanno tutte radici nell'età pediatrica. La fascia di età più utile per applicare una strategia preventiva è proprio l'età pediatrica.

Dietro queste logiche di prevenzione ci sono d'altronde anche aspetti economici. Una grossa fetta della spesa del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è dedicata alle malattie croniche, che si vedono più di frequente perché si è allungata la speranza di vita. Compaiono in genere dopo la quinta decade e la terapia farmacologica consente il loro controllo, ma non la loro risoluzione. Il costo di queste malattie per il SSN è enorme, quindi la

prevenzione delle malattie croniche in età pediatrica offre al SSN una forte possibilità di risparmio di risorse».

Cosa pensa del Manuale dei disturbi mentali (DSM), lo considera uno strumento utile?

«Il Dsm ha una sua rilevanza perché offre una codifica utile per il medico sulla base di alcuni parametri che permettono di prospettare nel paziente la diagnosi di patologia psichiatrica. In qualità di pediatra lo conosco soprattutto per sindromi come il deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e l'autismo, o ancora per l'anoressia nervosa. In ogni caso, ho l'impressione che ci debba sempre essere da parte del medico una lettura attenta. Mi ha sorpreso che il DSM-5 rispetto al DSM IV abbia reso meno restrittivi alcuni criteri rendendo in alcuni campi la diagnosi più frequente. Mi chiedo perché. Forse per anni abbiamo ignorato queste diagnosi? Come succede spesso in medicina, quando esistono degli schemi, lo scopo è fornire un supporto importante al medico, ma non deve succedere che il medico, per dedicarsi a questi schemi, dimentichi quello che può essere il suo apporto personale all'interpretazione dei dati che riguardano il paziente. Nell'ADHD il DSM fissa alcuni criteri, però poi esistono delle differenze negli approcci diagnostici basati su altri protocolli adottati nei diversi Paesi. Questo conferma che deve esserci da parte del medico una capacità personale nell'interpretazione dei criteri».

In base alla sua casistica pediatrica, qual è la problematica più frequente?

«Agli specializzandi dico sempre "il pediatra rischia di perdere il suo ruolo se non apprende il modo di affrontare i problemi di comportamento del bambino", perché tutto quello che è patologia fisica e organica (malattie acute) viene, in linea di massima, affrontato dai genitori da soli e sulla base dell'esperienza. Le malattie croniche sono invece deferite ai centri di riferimento pediatrici di primo livello. In questo contesto, il pediatra rischia di perdere il suo ruolo, appare a metà strada tra i genitori che fanno da soli e i centri di riferimento. Un'occasione importante è rappresentata dai disturbi del comportamento nell'infanzia, che sono molto frequenti e rappresentano uno dei motivi per cui i genitori si rivolgono al pediatra. Da qui la necessità che si formi e si aggiorni sull'argomento. Bisogna dire che questo bisogno di approfondimento è sentito, infatti nei convegni degli ultimi anni c'è sempre una sessione dedicata alla Neuropsichiatria infantile. Forse il problema dovrebbe essere affrontato in modo più strutturato all'interno delle scuole di specializzazione in Pediatria».



Diagnosi, la Classificazione 0-3 è il vero cambiamento

A.M. Speranza: «Con PDM valutazione più articolata del disagio e sofferenza mentale»

«Le modalità di fare diagnosi sono migliorate grazie ai manuali diagnostici per l'età adulta (DSM) e per l'infanzia». Ne è convinta Anna Maria Speranza, professore associato di Psicopatologia dello sviluppo alla Sapienza Università di Roma, che precisa: «Il cambiamento è stato reso possibile con l'introduzione nel 1994 della Classificazione Diagnostica 0-3 e la successiva versione rivista CD: 0-3 R del 2005. Per la prima volta è stato posto l'accento sulla possibilità di fare diagnosi entro i 4 anni, basandosi in maniera attendibile sulla sintomatologia del bambino e l'osservazione della qualità delle relazioni primarie.

Se nella valutazione dell'adulto è possibile analizzare gli aspetti sintomatologici, di funzionamento mentale e di personalità, nell'infanzia è indispensabile non fare riferimento solo alla sintomatologia, che è molto variabile nei diversi periodi dello sviluppo».

LA VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE È UN PARAMETRO FONDAMENTALE – «Valutare la relazione è parametro fondamentale perché non definisce la causa, ma il contesto all'interno del quale il sintomo si manifesta. Il bambino nei primi anni di vita ha pochi canali di comunicazione del disagio per questo motivo vanno valutati sia il momento dello sviluppo sia il contesto relazionale all'interno del quale si manifestano i sintomi. Prima della Classificazione Diagnostica 0-3 si pensava che il bambino fosse difficile da diagnosticare, e ancora adesso nel DSM i criteri di valutazione dell'infanzia sono un adattamento di quelli dell'adulto. Invece è necessario avere dei criteri specifici legati al processo di sviluppo».

LA DIAGNOSI PRECOCE – «Dal punto di vista clinico, la neuropsichiatria infantile e gli psicologi possono usufruire di diagnosi sempre più attendibili e, in molti casi, inquadrare gli aspetti sintomatici come segni precursori di patologia successiva. Lavoro preventivo significa non lasciare che la patologia si strutturi, intervenendo sui segnali precoci. L'individuazione degli indicatori precoci di patologia permette di cogliere precocemente una serie di problematiche per trattarle con interventi meno intensi e tempestivi sul bambino e la famiglia. Osservare, infine, i segnali di vulnerabilità consente invece di seguire l'evoluzione del bambino senza stigmatizzarlo».

TRE LE AREE DI VULNERABILITÀ – «Le problematiche più frequenti in età evolutiva sono i disturbi del sonno, alimentari e del comportamento. In quest'ultimo caso, i minori possono manifestare una serie di condotte legate all'aggressività e alla disregolazione affettiva».

IL MANUALE DEI DISTURBI MENTALI (DSM) – «Il Manuale dei disturbi mentali è uno strumento indispensabile, attraverso cui la Comunità scientifica si confronta e fa ricerca. Tuttavia per l'infanzia non ritengo che sia uno strumento così utile, perché non considera come dimensioni significative le diverse fasi evolutive della prima e seconda infanzia e dell'adolescenza. Nel DSM-5 è stato introdotto l'aspetto dello sviluppo, ma è poco strutturato. Questo è un limite importante».

IL MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM) – «Il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM), diversamente dal DSM, sposa una teoria dinamica e un sistema multiassiale: non individua i sintomi come aspetti principali, ma parte da una valutazione della personalità, del funzionamento mentale e del vissuto soggettivo dei sintomi nell'esperienza del paziente (il terzo asse). Offre quindi una valutazione più articolata del disagio e della sofferenza mentale. Il PDM nasce dal lavoro di associazioni e società internazionali di orientamento psicodinamico. La prima versione risale al 2006, mentre nel 2016 sarà pubblicata una versione rivista: il PDM-2. Nella nuova edizione, completamente aggiornata nei diversi Assi, sono state ulteriormente strutturate le fasce di età per una valutazione dinamica del funzionamento e della personalità del bambino, dell'adolescente e dell'adulto. Se nel DSM il paziente deve rientrare in una categoria di sintomi, il PDM valuta, al contrario, la specificità e l'individualità del paziente a livello clinico e terapeutico: vede come funziona, incluse le sue risorse, non quanti sintomi ha».

IL PDM, UN SISTEMA DIVISO PER FASCE DI ETÀ – Il PDM è un sistema diviso per fasce di età e ne considera la specificità: la prima infanzia 0-3, la seconda infanzia e adolescenza 4-17 anni e l'età adulta. Nel PDM-2 ci saranno ancora più sezioni: prima infanzia, seconda infanzia fino a 10 anni, adolescenza, età adulta e, infine, le patologie specifiche degli anziani. Questo manuale restituisce importanza centrale alla dimensione evolutiva e alla continuità dello sviluppo».

DSA, l'Università di Padova studia le dimensioni cognitive e affettive

Al XVI Convegno IdO la ricerca sull'attaccamento genitoriale

«Negli ultimi anni il crescente interesse per i Disturbi specifici di apprendimento (Dsa) ha spesso sottostimato le connessioni tra la natura cognitiva e affettiva del disturbo, confinandolo quasi solo all'ambiente scolastico, a discapito di una valutazione anche del contesto familiare e del ruolo genitoriale nella comprensione del disturbo e della presa in carico». Lo dicono Daniela Di Riso, psicologa, ricercatrice del diparti-

mento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione dell'Università degli Studi di Padova e Trainer Italiano AAP (Adult Attachment Projective Picture System), e Daphne Chessa, psicologa ed ex docente a contratto di Psicodiagnostica sempre all'Università degli Studi di Padova, illustrando la ricerca condotta in collaborazione con l'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO) su «**Il Dsa del bambino e l'assessment dell'attaccamento genitoriale con l'AAP**». I risultati saranno presentati al convegno dell'IdO su «**Il processo diagnostico nell'infanzia. Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti del bambino**», a Roma il 16, 17 e 18 ottobre.

PROFILI NON SICURI NEI GENITORI CON BAMBINI CON DSA – «Alcune ricerche e l'attenzione clinica rivelano però come una valutazione globale dell'ambiente familiare fornisca importanti implicazioni per una lettura a più dimensioni del funzionamento del bambino con Dsa (Willcutt & Pennington, 2000). Tra i vari fattori fondamentali ci focalizzeremo sull'attaccamento genitoriale. La letteratura individua una massiccia presenza di profili non sicuri nei genitori con bambini con DSA, individuando la presenza di strategie emotive e comportamentali disfunzionali nella gestione di bambini che presentano *special needs* (Wright-Strawderman & Watson, 1992; Capozzi, Casini, Romani, De Gennaro, Nicolais, & Solano, 2008). Questo potrebbe essere dovuto all'assenza dei classici fattori di protezione che genitori con pattern di attaccamento sicuro possono offrire nello sviluppo psico-affettivo dei figli (Al-yagon & Mikulincer, 2004)».

ADULT ATTACHMENT PROJECTIVE PICTURE SYSTEM – «Al gruppo di genitori è stato somministrato l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George, West & Pettem, 1997, George e West, 2001, George & West, 2012): Un performance based personality test di natura proiettiva volto all'assessment del pattern di attaccamento negli adulti, per estendere la tradizione narrativo-rappresentazionale e valutare l'attaccamento, dall'età evolutiva all'età adulta. È costituito da 8 tavole partendo dalle quali al soggetto viene chiesto di raccontare una storia. Fatta eccezione per la prima tavola, che viene definita warm-up, le altre sette tavole rappresentano altrettante scene strettamente legate alla teoria dell'attaccamento (come la solitudine, la malattia, la separazione o la morte). Le tavole sono distinte in tavole *Alone*, dove il personaggio è rappresentato da solo, e quelle *Dyadic*, dove sono raffigurati almeno due personaggi. Le storie prodotte dal soggetto sono valutate sulla base di tre dimensioni rispettivamente relative al "Discorso" (*Discourse Dimensions*), al "Contenuto" (*Content Variables*) e ai "Meccanismi di Difesa" utilizzati dal soggetto (*Defensive Processing*), sulla base dei quali è poi possibile collocare il soggetto in uno dei quattro classici profili di attaccamento: Sicuro (F), Distanziante (DS), Preoccupato (E) e Non risolto (U)».

AAP INDAGA LE MODALITÀ DIFENSIVE – «Rispetto ad altri metodi tradizionali, l'AAP ha il pregio di indagare le modalità difensive che l'attivazione dello stress di attacca-

mento possa elicitare nel soggetto (Bowlby, 1981). Lo strumento gode di buone caratteristiche psicometriche, sia in termini di affidabilità sia di validità sia in campioni clinici che normativi (Beliveau & Moss, 2004, Buchheim, Erk, George, Kachele, Ruchow, Spitzer, Kircher & Walter, 2006; George e West, 2012). Lo strumento è stato introdotto in Italia dal gruppo di Adriana Lis, professoressa dell'Università di Padova. Adriana Lis e Daniela Di Riso sono le trainer ufficiali per lo strumento in Italia. Le procedure di somministrazione, siglature e interpretazione dello strumento richiedono un percorso specifico di formazione e reliability per cui sono attivati dei corsi. È in fase di pubblicazione un manuale di presentazione dello strumento con dati di ricerca e applicazioni cliniche».

Ulteriori informazioni sul sito:

<http://attachmentprojective.com> (Wel/ Dire)

Le funzioni più usate con l'inizio scuola? Quelle esecutive

I docenti possono trovare i campanelli d'allarme sulla disfunzione

L'intervista a Elena Vanadia, NPI IdO

Con l'ingresso a scuola le funzioni più utilizzate per svolgere i compiti in classe sono quelle esecutive. Dal tenere la stessa postura allo stare seduti per ore, dal mantenere un buon livello attentivo all'iniziare a mettere in atto tutti i processi necessari all'apprendimento. «Si pensi che fra i disturbi indagati quali potenziali conseguenze del disturbo del disordine esecutivo ci sono i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), due entità invece molto diverse». Avverte Elena Vanadia, neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO), che al XVI Congresso nazionale dell'IdO, in programma a Roma dal 16 al 18 ottobre, parlerà de «L'analisi delle funzioni esecutive in età evolutiva».

http://ortofonia.it/allegati/XVI_Convegno_nazionale_IDO_Programma_presentazione.pdf

«In molti disturbi nosograficamente definiti (disturbo dello spettro autistico, sindrome da deficit di attenzione e iperattività, DSA) possiamo ritrovare una disorganizzazione delle funzioni esecutive, ma un disfunzionamento esecutivo come quadro clinico a sé può anche mimare sintomi comportamentali di tipo autistico, DSA o ADHD. Ciò che differisce il primo dai precedenti è che se viene individuato con appositi test e trattato con training specifici, il bambino nel giro di pochi mesi potrebbe stare meglio e riorganizzare tutte quelle aree che apparentemente erano così disorganizzate».

Cosa sono le Funzioni esecutive?

«Sono funzioni cognitive superiori, necessarie per programmare, mettere in atto e portare a termine un comportamento finalizzato a uno scopo. Rimandano sia a processi cognitivi sia al concetto di autoregolazione e all'attenzione (selettiva, sostenuta e shifting attentivo). Le Funzioni esecutive sono tra loro interconnesse e difficilmente se ne riesce a isolare una, anche se i loro domini li conosciamo: pianificazione, controllo inibitorio, flessibilità, resistenza alle interferenze, memoria di lavoro e così via. Per descriverle sono stati formulati diversi modelli teorici e neuropsicologici. Chiaramente lo studio di questi diversi modelli teorici può aiutarci a comprendere come si organizzano queste funzioni, ma in età evolutiva ciascun bambino è a sé e il profilo di funzionamento è individuale. Inizialmente sono state descritte come funzioni frontali, e se volessimo dare loro una localizzazione anatomo-funzionale all'interno del sistema nervoso centrale potremmo dire che sono situate nei lobi frontali e a livello delle regioni prefrontali. Un elemento da sottolineare è che dentro le aree prefrontali ci sono diversi circuiti, e a livello della corteccia prefrontale c'è il circuito orbito-frontale legato agli aspetti emotivi e motivazionali. Ecco perché quando si osserva un bambino che presenta un disturbo comportamentale o un disordine di tipo cognitivo non si può prescindere dall'osservazione e dalla valutazione degli aspetti emotivi e motivazionali. Il network delle Funzioni esecutive è quindi considerato come il controllore del traffico a livello delle connessioni cerebrali, che ci consente di mettere ordine tra le informazioni in entrata e in uscita. Se questo sistema di controllo funziona bene le informazioni circoleranno in modo fluido e sarà più facile per il bambino attribuire significati a ciò che percepisce dall'ambiente e dagli altri, attivando delle risposte comportamentali, motorie, relazionali e comunicative idonee alle richieste dell'ambiente».

A che età può essere individuato un disfunzionamento di queste funzioni?

«Il livello di funzionamento è completo intorno ai 14 anni, ma già dai 4-5 anni è possibile osservare in un bambino i precursori della memoria di lavoro piuttosto che delle abilità di pianificazione. Oggi sappiamo che i precursori delle Funzioni esecutive si sviluppano già nel primo anno di vita. Sono state fatte delle correlazioni tra il tipo di funzione e la fascia di età. Ci sono alcune che si sviluppano nella prima infanzia e altre nella seconda».

Quali sono i sintomi?

«Una delle caratteristiche principali di questo disordine è il fatto che i bambini non riescono a pianificare il loro piano di azione in modo coerente rispetto agli obiettivi prefissati. Esiste un test di pianificazione quotidiana applicato a minori di 8 anni che ci permette di verificare se abbiano già una buona capacità di pianificazione. Un'altra area da attenzionare è la memoria di lavoro: se è vero che l'abilità cognitiva si struttura più in là con l'età, nei primi anni di vita si può osservare quanto un minore riesca a trattenere le informazioni acquisite».

per poi manipolarle e riadattarle nei contesti. Un altro dominio è il controllo inibitorio: se il piccolo non lo ha, metterà in atto le perseverazioni per difficoltà sia di inibizione sia di flessibilità ovvero ripeterà, anche laddove sia scorretto e non necessario, una sequenza verbale, di pensiero o di azione».

Si guarisce da un disturbo delle Funzioni esecutive?

«In un'alta percentuale dei casi c'è un buon recupero se viene individuato prima che si strutturino i comportamenti psicopatologici e se trattato con tecniche giuste. Il minore potrà residuare un profilo di funzionamento lievemente atipico, che però non influenzerà in modo drammatico il funzionamento adattivo. Anche il DSM-5, il manuale diagnostico, tiene conto del funzionamento adattivo e non solo dei punteggi ottenuti ai test».

Cosa può fare la scuola?

«Parliamo di bambini che posti di fronte a un compito da organizzare non ce la fanno e avranno un risultato estremamente scadente perché si arrendono o preferiscono evitare piuttosto che iniziare e provare. In questo contesto i docenti possono essere d'aiuto nel riconoscere i campanelli d'allarme. Quando la maestra dice, per esempio, "prendiamo i quaderni e scriviamo", è probabile che il bambino con disordine delle funzioni esecutive tirerà fuori dallo zaino contemporaneamente tutto quello che ha dentro senza riuscire a organizzare una sequenza economica e funzionale. Prenderà il diario, l'acqua, la merenda, i colori e si troverà di fronte a un caos all'interno del quale dover selezionare ciò che gli serve. Questo ci fa capire come nel loro cervello ci sia una gran confusione. Senza volerlo tutti i loro progetti diventano più complicati perché non riescono a filtrare le interferenze e le informazioni necessarie».



Puer e Senex La dimensione evolutiva in analisi

**Ciclo di seminari a.a. 2015-2016
promosso e organizzato dal CIPA-Istituto
per l'Italia Meridionale e la Sicilia
e IdO-Istituto di Ortofonia di Roma**

«Una cultura dell'infanzia deve, a nostro avviso, contemplare una cultura dell'adulto per fare in modo che il passato e il futuro possano convergere in un presente significativo» (M. Di Renzo).

La nascita dell'Istituto Meridionale ha costituito l'opportunità di un ampliamento degli orizzonti formativi, nell'ambito del pensiero junghiano, che ci sentiamo di definire «maggiormente equa», in quanto portatrice di una caratterizzazione, quella ARCHETIPICA-MEDITERRANEA, che ha profonde radici geografiche e storiche e che, in questi pochi anni di vita, ha saputo ben integrarsi con altre sensibilità e prospettive teoriche che identificano gli altri istituti CIPA.

L'attenzione sempre vivace al dispiegarsi dell'esperienza interna alla scuola e lo sguardo vigile ai cambiamenti socio-culturali e scientifici, hanno consentito all'Istituto Meridionale di implementare aree di ricerca teorico-cliniche e aprire spazi di sinergica condivisione ai diversi pensieri della psicologia del profondo, e non solo, rendendo questo un luogo di sperimentazione e di verifica, una «fucina alchemica» al servizio della crescita di tutto il movimento junghiano.

È all'interno di questo luogo mentale, fertile e fecondo alla conoscenza esplorativa di rinnovate mete, che nasce l'impegno ad ampliare la riflessione sull'area evolutiva, affinché questa possa avere una maggiore valenza tanto sul piano della ricerca quanto su quella formativa, dimensioni necessarie e imprescindibili per apportare un contributo fattivo alla clinica continuamente in trasformazione.

L'osservazione delle nuove patologie emergenti, riguardanti tanto gli adulti quanto l'età evolutiva, sempre più sposta l'asse psicopatologico sulla fallita integrazione di aree arcaiche e profonde che minano i processi di separazione-individuazione determinando, spesso, una scissione fra le istanze psichiche interne e le possibilità di uno sviluppo armonico della personalità del bambino di oggi e dell'adulto di domani.

Alla luce di ciò si è pensato di promuovere un ciclo di Seminari il cui tema conduttore sarà la cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, intendendo per cultura la possibilità, come indica l'etimo, di «coltivare», affinando nel contempo, lo sguardo con cui si osserva ed accoglie il disagio e la vulnerabilità del processo evolutivo.

Il gruppo di lavoro, coordinato dalla scrivente e composto dai colleghi G. Ajello, S. Pollicina e A. Sottile, ha ritenuto opportuno identificare un tema generale riguardante l'età evolutiva all'interno del quale saranno declinati «paragrafi» specifici che interesseranno i tre incontri previsti nei diversi luoghi della Sicilia: Catania, Marsala e Palermo. Si è scelto un conte-

sto seminariale affinché le riflessioni proposte dai conduttori possano aprire al coinvolgimento dei partecipanti attraverso uno scambio quanto più fruibile ed esperienziale, che possa veicolare l'ampliamento delle considerazioni e del pensiero nascente nel qui-ed-ora del contesto formativo.

Rosa Rita Ingrassia

Dall'intervista a Magda Di Renzo e Rosa Rita Ingrassia, tra i conduttori dei seminari

[...] L'idea di coinvolgere professionalità del CIPA e dell'IdO nasce dall'osservazione di un dato di realtà. Come spesso avviene, infatti, in una giornata di lavoro di supervisione clinica, siedono insieme psicoterapeuti specializzati in ambedue gli istituti e, alcuni di essi, con entrambe le formazioni.

[...] Di fatto la sinergia fra l'IdO e il CIPA viene da lontano. L'Istituto Meridionale, nato nell'estate del 2009 dalla volontà dei padri fondatori, Pasqualino Ancona e Franco La Rosa, non ha mai distolto lo sguardo dall'apporto formativo del modello teorico dell'Istituto di Ortofonia, ritrovando in esso un supporto affidabile e valido, capace di cogliere la trasformazione del disagio in età evolutiva senza mai trascurarne la complessità di fondo.

[...] Vogliamo rivolgerci agli operatori dell'infanzia e dall'adolescenza – psicologi, NPI, psichiatri, educatori, docenti – poiché riteniamo che il confronto fra diverse professionalità possa consentire un reciproco scambio di esperienze e punti di

vista, portando tutti a possibili cambiamenti di visione. Partire dall'ascolto e dal riconoscimento del bambino e/o dell'adolescente, che incontriamo sia nelle nostre stanze di consultazione sia nelle nostre aule, è passo necessario e imprescindibile all'accoglienza dell'individualità nella sua poliedrica composizione. L'attenzione costante al disturbo come *diminutio* ha portato all'oblio delle potenzialità e delle risorse anche quando queste sono presenti in assenza di disagio. Stiamo parlando dei bambini plusdotati ai quali dedicheremo una parte del seminario di Marsala affinché l'attenzione degli operatori del settore possa rivolgersi anche a loro.

Il primo incontro, che si terrà a **Catania il 7 novembre 2015**, avrà per tema, aprendo all'assetto teorico di riferimento, «**L'intervento psicoterapico in età evolutiva: tra psiche e soma**»; il secondo, da tenersi a Marsala il **16 aprile 2016**, sarà dedicato al mondo della scuola: «**Crescere a scuola: valutare le risorse per scoprire le potenzialità. Un percorso evolutivo**». L'ultimo, che si svolgerà il 2 novembre 2016 nel capoluogo siciliano, sarà focalizzato su «**La diagnosi in età evolutiva: tra vulnerabilità e potenzialità**».

I seminari saranno gratuiti e sarà possibile iscriversi dal 15 al 30 ottobre contattando la **segreteria del CIPA**: il martedì pomeriggio dalle 15,30 alle 18,00 e il mercoledì e il venerdì dalle 9,30 alle 12,30 ai numeri **091.516195 – 366.4127630** oppure inviando una e-mail all'indirizzo **cipa.meridionale@yahoo.it**



FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO, MAGDA DI RENZO (A CURA DI)

40 ANNI CON I BAMBINI

Abitare i luoghi dell'infanzia e dell'adolescenza

COLLANA: **Psicologia Clinica** – € 30,00 – PAGG. 512

FORMATO: 16,5 x 24 – ISBN: 9788874870752

Il presente volume racchiude una scelta di scritti che hanno accompagnato il lavoro clinico di 40 anni svolto presso l'Istituto di Ortofonia a favore dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

Nato come centro che si occupava prevalentemente dei disturbi del linguaggio e della comunicazione, l'IdO, grazie all'impostazione psicopedagogica che lo ha sempre caratterizzato, ha gradualmente ampliato il suo campo d'azione fino ad occuparsi di tutti i disturbi della sfera affettiva riguardanti l'ambito dell'età evolutiva. In questi 40 anni l'équipe si è sempre più arricchita comprendendo, al suo interno, specialisti di vari settori che cooperano tutti alla presa in carico del bambino e dell'adolescente con l'obiettivo di programmare un intervento che non si ponga come risposta sintomatica, ma tenti di restituire alle famiglie un quadro rispettoso dell'individualità di ciascun membro della famiglia.

L'attenzione che abbiamo rivolto, attraverso meticolose ricerche, alle diverse patologie e ai disagi che accompagnano la crescita non hanno mai oscurato, nel nostro approccio,

un'attenzione speciale all'individualità del bambino e dell'adolescente e mai un metodo ha preso il sopravvento su una metodologia di intervento rispettosa della complessità dello sviluppo.

La fedeltà ai luoghi dell'infanzia e dell'adolescenza ha significato, per noi, essere sempre presenti, con lo stesso entusiasmo, alla tradizione psicodinamica che ha fondato il nostro approccio ma anche essere proiettati verso i cambiamenti di cui i giovani sono portatori. Non abbiamo modificato il nostro modo di ascoltare e leggere i problemi ma abbiamo imparato dai bambini e dai ragazzi i nuovi modi attraverso i quali si esprimono i disagi. Abbiamo imparato a usare i loro strumenti di comunicazione per poterli raggiungere là dove stanno inventando il loro futuro (come per esempio negli sportelli di ascolto on-line) ma continuando ad essere portatori degli stessi contenuti.

Perché una cultura dell'infanzia deve, a nostro avviso, contemplare una cultura dell'adulto per fare in modo che il passato e il futuro possano convergere in un presente significativo.

Questa rubrica raccoglie i lavori di un seminario interdisciplinare che si occupa di opere cinematografiche e letterarie in una prospettiva psicologica. Il seminario, considerato come propedeutico alla supervisione clinica, si svolge nel primo biennio del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica dell'Età Evolutiva con l'obiettivo di elaborare e condividere una narrazione dallo stesso punto prospettico, ma con una poliedricità di ascolti.

E se poi lui... e se poi lei...

2 punti di vista sullo stesso amore

MARIA TERESA CIVITA

Allieva del II anno del Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica dell'età evolutiva dell'IdO (Istituto di Ortofonia) – Roma

Adolescenza è...
Fremore, tremore, battito di cuore
Inquietudine, impazienza, azione
Rancore, desiderio, delusione
Ottimismo, noia, depressione
Imbarazzo, sfrontatezza, stupore
Fermento, tormento, gemendo.
(dal diario di un'adolescente)

B. Tagliacozzi, 2010, p. 37

Marina Gask
E se poi lui e se poi lei
Milano, Mondadori, 1997



Sono solo alcuni degli stati d'animo che pervadono una fase di passaggio così delicata che resterà stabile in tutta la nostra vita attraverso la costruzione di un'identità.

Il romanzo di Marina Gask affronta una delle più importanti tematiche dell'adolescenza: l'accettazione di sé e del proprio corpo. Il corpo diventa un elemento centrale per l'adolescente in quanto centro principale e incontrollato di cambiamento.

Nel romanzo si racconta la storia di Karen, Phil, Emily e Nathan, quattro adolescenti costretti a mollare i confortanti ormeggi dell'infanzia avventurandosi alla scoperta e all'accettazione di sé stessi e del mondo che li circonda.

Non è facile essere amiche di Emily: bella, simpatica e corteggiata da tutti i ragazzi della scuola. Altrettanto complicato è diventare il miglior amico di Nathan: carino, sicuro di sé e circondato da un enorme numero di ragazze. Eppure questa è la sorte di Karen e Phil, due adolescenti che si trovano, loro malgrado, coinvolti nelle vicende dei loro amici, tanto belli quanto idealizzati.

Accomunati da un duro destino, Karen e Phil confidano ai loro diari i loro tormenti, scoprendo che forse proprio loro due potrebbero allearsi. Emerge dai racconti una forte insicurezza e un grande senso di inferiorità dei due ragazzi rispetto all'immaginario perfetto di Emily e Nathan che nel tempo si sono costruiti.

Karen è una ragazza quattordicenne molto poco sicura del suo aspetto fisico. È convinta di non essere per nulla attraente, al contrario della sua miglior amica Emily, che individua come suo modello. Vorrebbe essere come lei: bella, benvolu-

ta da tutti, sicura di sé e simpatica. Emerge dalle descrizioni un forte senso di inferiorità che porta la protagonista a ritenersi addirittura fortunata di essere parte della cerchia di amicizie di Emily. Karen, non sentendosi degna di avere una relazione personale con un ragazzo, si trova a vivere di riflesso la «love story» della sua migliore amica. Analoga sorte spetta a Phil, che si presenta come un ragazzo timido, ma molto bravo al computer. Dice di sentirsi più a suo agio sui libri di geografia che su un campo da basket e di non aver mai avuto nessun contatto con le ragazze, se non con sua sorella. Ha quasi sedici anni, ma le ragazze non lo hanno mai guardato più di una volta. E lui le disprezza, considerandole creature insignificanti e dalla testa vuota. Nathan viene descritto da Phil come un ragazzo bello, affabile e vanitoso, con tutte le carte in regola per poter diventare il suo migliore amico, dato che condivide il suo stesso interesse per l'informatica.

Tra Karen ed Emily, così come tra Phil e Nathan si crea una relazione d'amicizia basata su una forte dipendenza. L'insicurezza palese e più volte dichiarata che Karen e Phil mostrano rispetto al loro aspetto fisico si incastra inconsciamente con l'insicurezza meno conclamata che Emily e Nathan presentano nei loro comportamenti. Emily e Nathan, infatti, si presentano come due «burattini bellocci» che sono in grado

di mostrare sulla scena il loro volto, ma che per emergere davvero hanno bisogno di seguire il pensiero e i consigli di Karen e Phil, che di contro presentano minori qualità fisiche, ma una maggiore capacità riflessiva. Si crea, quindi, tra le due coppie di protagonisti un'analoga forma di compensazione: le qualità fisiche e il pensiero assenti in uno dei due partner della relazione vengono rispettivamente compensati dall'altro e viceversa. All'interno di ciascuna coppia relazionale ciascun personaggio esiste in relazione all'altro: Karen ed Emily, così come Phil e Nathan riescono a emergere solo perché sono in relazione tra loro.

Grazie alla travagliata storia d'amore tra Nathan ed Emily, Karen e Phil hanno modo di avvicinarsi, di cominciare a parlare e di dar vita a un nuovo legame di amicizia. Per entrambi questa rappresenta la prima forma di contatto con l'altro sesso. Il loro rapporto, prima di amicizia e poi d'amore, permette ai due ragazzi di vincere i pregiudizi sull'altro sesso e di sentirsi per la prima volta adeguati e in continuità con il proprio essere. Grazie a questo rapporto sia Karen sia Phil imparano ad accettarsi e a voler bene a se stessi, anche nei loro difetti: aspetto centrale per la costruzione di un'identità integra nell'adolescente. Emily e Nathan hanno un ruolo importantissimo nella nascita di questo rapporto in quanto costringono i due ragazzi a trascorrere svariati momenti insieme in nome della loro amicizia. Infatti, se Karen si trova spesso ad accompagnare Emily a feste o ad appuntamenti con il suo amato, Phil è colpito dalla stessa sua sorte, trovandosi in svariate occasioni a trascorrere forzatamente del tempo insieme a Karen per sostenere Nathan.

Con l'inizio della storia d'amore tra Nathan ed Emily, Karen e Phil pian piano prendono le distanze dai loro amici – ora innamorati – trovandosi di colpo nell'ombra della loro vita. È proprio questo cambiamento che permetterà ai due ragazzi di riappropriarsi della loro immagine corporea e di scoprirsi come persone libere e autonome dalla soffocante amicizia che li ha travolti fino a quel momento. Karen per la prima volta trova lo spazio per occuparsi di sé, mettendo in atto dei piccoli accorgimenti per migliorare il suo aspetto. Modifica il taglio di capelli, si compra le lenti a contatto e comincia a cambiare modo di vestire, seguendo i consigli, ormai interiorizzati, della sua maestra Emily. Di colpo comincia a sentirsi più attraente agli occhi dei ragazzi e questo migliora moltissimo la sua autostima. Allontanatasi da Emily, comincia a stringere un legame più forte con Phil, che dal canto suo resta affascinato dai grandi cambiamenti di Karen, cominciando per la prima volta a trovarla attraente come donna. Gli basta poco per innamorarsi di lei. Karen, dopo un primo allontanamento da Phil, si accorge di ricambiare il suo sentimento, nonostante non sia proprio l'emblema della bellezza maschile.

La narrazione racconta di un lento processo di cambiamento verso la riscoperta di un Sé che per molti anni è rimasto nell'ombra, oscurato dietro l'immagine esteriore dell'amico/a del cuore. Karen e Phil hanno sempre vissuto dietro le quinte, nascondendo i loro pensieri dietro le figure dei loro amici. D'altro canto Emily e Nathan in più di un'occasione si sono mostrati incapaci di mettere in atto qualsiasi comportamento in assenza dei rispettivi amici. La stessa insicurezza che

mostrano Karen e Phil nell'aspetto fisico è presente nei comportamenti di Emily e Nathan. Quindi la nascita della storia d'amore tra Emily e Nathan rappresenta, nel romanzo, un evento significativo per l'acquisizione da parte dei quattro personaggi di un'identità autonoma. Karen e Phil, non sentendosi più in obbligo di dover badare ai loro amici «incapaci di comportarsi», riescono a concentrarsi per la prima volta su loro stessi, riscoprendosi, partendo proprio dagli elementi legati al loro aspetto fisico, che aveva rappresentato il principale problema nella loro adolescenza. Emily e Nathan, di contro, avendo dato inizio a una loro storia d'amore, dalla quale dovevano essere necessariamente esclusi Karen e Phil, hanno la possibilità per la prima volta di sperimentare autonomamente i loro comportamenti percepiti fino ad allora inadeguati e di conseguenza celati dietro i pensieri dei loro amici.

L'elemento psichico dominante su cui l'autrice si sofferma nella narrazione è il sentimento, area di rilevante importanza in questa fase della vita. Molto dettagliate, infatti, sono le descrizioni dei vissuti e delle emozioni che accompagnano i ragazzi nel corso della loro storia. Fin dall'inizio si evince come la vita dei quattro personaggi ruoti interamente intorno all'amore tra Emily e Nathan e come tutti gli altri aspetti siano passati in secondo piano. L'unica cosa che conta è questa fantomatica storia d'amore che assorbe ogni pensiero e ogni energia. Le pagine del diario di Karen e Phil mettono in risalto una caratteristica tipica dell'adolescente. In particolare mostrano come nel momento in cui un adolescente si trova a vivere per la prima volta le sensazioni legate al primo innamoramento, tutto il resto perde di valore. L'adolescente, preso da questo mondo pulsionale che improvvisamente si risveglia dentro di lui, sembra non accorgersi più del mondo che ha attorno, arrivando addirittura a scordarsi dei suoi riferimenti più importanti.

L'adolescenza è una fase di vita tormentata e turbolenta. Insieme ai cambiamenti fisici della pubertà si modificano i modi di pensare, di agire, di sentire e di percepire il mondo. Spesso il disordine che si manifesta nel comportamento adolescenziale è faticoso e incomprensibile per gli adulti in quanto rappresenta la prima spinta del ragazzo verso la realizzazione del proprio Sé. Il compito evolutivo specifico di questa fase dello sviluppo psichico è il distacco della libido dalle «fissazioni incestuose dei genitori», per renderla disponibile a nuovi investimenti su oggetti sessuali «maturi» (A. Freud 1957, p. 637). Jung, in una prospettiva mitologica, scriveva: «Il corso naturale della vita esige per primo, dall'uomo in giovane età, il sacrificio della sua infanzia e della sua dipendenza infantile dai genitori carnali per non rimanere incatenato ad essi dal vincolo dell'incesto inconscio funesto all'anima e al corpo» (1912, ed. it. p. 347).

È questo il sacrificio che l'adolescente paga col prezzo dell'angoscia. Fondamentali, infatti, sono in questa fase i cambiamenti corporei legati alla maturazione biologica che permette all'adolescente di sperimentare l'abbandono del corpo infantile per acquisirne uno adulto. Compaiono i caratteri sessuali secondari e si raggiunge la maturità riproduttiva. Per alcuni ragazzi tutto ciò può essere sconvolgente perché si sentono impreparati e impotenti di fronte all'esplosione del loro

corpo. La tempesta ormonale tipica di questa età può mettere a disagio perché la società chiede di controllare le proprie pulsioni sessuali, originando ansie e tensioni. Alcuni possono reagire cercando di nascondere la nascente sessualità per prolungare il più possibile la propria infanzia; ne sono un esempio i personaggi di Karen e Phil. Altri possono esasperarla, come fanno Emily e Nathan, assumendo precocemente comportamenti e abbigliamento «da grandi», per sentirsi più adulti. Entrambi i comportamenti sono visibili nei protagonisti del romanzo. Il corpo sessuato spaventa, ma incuriosisce; si vuole conoscerlo, esplorarlo. Il legame preferenziale con il «migliore amico» è un modo per dare sfogo, nella prima adolescenza, in un modo consentito dalla nostra società, a una latente omosessualità che inconsciamente è molto forte in questa fase della vita. Questo avviene anche attraverso il contatto fisico: è tipico per le ragazzine camminare mano nella mano, a volte baciarsi sulle labbra, mentre per i ragazzi i contatti fisici sono in genere connotati da maggiore aggressività. In seguito assumerà maggiore rilevanza la figura della «fidanzatina/o», con cui si possono avere le prime esperienze che possono essere dettate più dal desiderio di provare qualcosa a sé stessi, di essere «capaci», più che dal vero sentimento. Per questo motivo i primi rapporti possono essere sconvolgenti o deludenti: essere pronti fisicamente non vuol dire necessariamente esserlo anche psicologicamente.

Molti adolescenti si trovano ad aver vergogna del loro aspetto, di come appaiono agli occhi degli altri, arrivando a interiorizzare l'idea di non aver un corpo sufficientemente attraente per poter avere una storia d'amore. Ecco che il corpo, o meglio la sua percezione, assume in questa fase un'importanza centrale che condiziona il benessere psicologico del ragazzo/a.

Il messaggio che l'Autrice vuole mandare a tutti gli adolescenti che leggeranno il suo romanzo è che la sicurezza in se stessi, e quindi nel proprio corpo e nelle proprie capacità di valorizzarlo, rende ciascun ragazzo/a, bello o brutto che sia, più attraente agli occhi degli altri. Quindi probabilmente quello che attrae di noi non riguarda tanto il nostro corpo, inteso come insieme di caratteristiche oggettive, quanto il modo in cui abbiamo imparato, nel tempo, ad abitare i suoi luoghi. E affinché un ragazzo/a impari a conoscere e abitare il luogo del proprio corpo è necessario che non sia distratto dalle vite di altri, vissuti nella sua mente come modelli da imitare. Solo in una condizione di tranquillità e serenità un adolescente avrà la possibilità di conoscere e vivere realmente se stesso.

Bibliografia

Freud A. (1945-1964), *Opere*, in 2 voll, Torino, Boringhieri, 1985.

Jung C.G. (1912, 1952), «Simboli della trasformazione», in *Opere*, vol. V, Torino, Bollati Boringhieri, 1994.

Tagliacozzi B., «L'adolescenza è...», in M. Di Renzo, F. Bianchi di Castelbianco (a cura di), *Mille e un modo di diventare adulti. Il limite come esperienza*, Roma, Edizioni Magi, 2010.



Anno III – n. II – luglio/dicembre 2015

Trasformazioni cliniche Cambiamenti sociali

KOINOS. Gruppo e Funzione Analitica – Nuova serie
Rivista dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo

Direttore Scientifico – Alessandra Tenerini

Capo Redattore – Veronica Palmieri

Sezioni

Gruppo e Funzione Analitica: Giorgio Corrente e Salvatore

Sapienza – *Gruppo e Istituzioni:* Claudio Di Lello e Gabriella

Smorto – *Gruppo bambini e adolescenti:* Maurizio Gentile e Paola

Tabarini – *Articolazioni Interdisciplinari: cultura e modelli di gruppo:*

Alfredo Lombardozi e Giuseppe Raniolo – *Recensioni:* Laura

Selvaggi

Abbonamento annuale (2 numeri): € 30,00

(Enti € 50,00 - Sostenitore € 60,00)

**Edizioni
Magi**

Edizioni Magi
via G. Marchi, 4 - 00161 Roma
tel. /fax 06.85.42.256
redazione@magiedizioni.com
www.magiedizioni.com

Sono aperte le iscrizioni alla

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Scuola quadriennale riconosciuta con decreto MIUR del 23.07.2001

DIRETTRICE: dott.ssa Magda Di Renzo – Analista Junghiana – CIPA Roma/IAAP Zurigo

COORDINATORE: dott. Bruno Tagliacozzi – Analista Junghiano – CIPA Roma/IAAP Zurigo

La formazione consente allo psicoterapeuta di operare professionalmente con bambini, adolescenti, giovani adulti e genitori

- **1200 ore di insegnamenti teorici**
lezioni frontali e seminari con esperti nazionali e internazionali
- **400 ore di formazione personale, laboratoriale, clinica e di supervisione di cui**
100 di analisi personale nel I biennio
200 ore di laboratori esperienziali di gruppo nel quadriennio
100 ore di supervisione nel II biennio
- **400 ore di tirocinio**
da svolgere presso le sedi cliniche dell'IdO di Roma o presso i luoghi di provenienza degli allievi

La scuola propone una formazione Psicodinamica che, mettendo al centro dell'attenzione il bambino come individuo, miri a comprenderlo e a far emergere i suoi bisogni per trovare nuove motivazioni alla crescita. Una impostazione, cioè, che ricerchi le condizioni che hanno determinato il disagio per affrontare il problema nella sua complessità. Il modello teorico-clinico dell'IdO rappresenta dunque una risposta concreta all'eccesso di medicalizzazione connesso a diagnosi di tipo descrittivo che enfatizzano un approccio tecnico alla patologia, ricercando solo l'eliminazione del sintomo.

La Scuola dell'IdO si fonda sui seguenti capisaldi:

- Una conoscenza approfondita delle teorie di tutti quegli autori che hanno contribuito storicamente alla identificazione delle linee di sviluppo del mondo intrapsichico infantile e adolescenziale.
- Una conoscenza delle problematiche dell'età evolutiva ai fini di una valutazione diagnostica e di un progetto terapeutico.
- Una dettagliata esplorazione dei canali espressivi privilegiati dal bambino e dall'adolescente nella comunicazione con il mondo esterno.
- Una padronanza di tecniche espressive che consentano di raggiungere ed entrare in contatto con il paziente a qualunque livello esso si trovi, dalla dimensione più arcaica a quella più evolutiva.
- Una competenza relativa alle dinamiche familiari.
- Una conoscenza della visione dell'individuo e delle sue produzioni simboliche così come concepita dalla Psicologia Analitica di C.G. Jung.

Al termine del quadriennio i corsisti, oltre a diventare psicoterapeuti, avranno anche conseguito tre patentini per l'uso professionale del Test di Wartegg, del Test sul Contagio Emotivo (TCE) e per il Training Autogeno per gli adolescenti.

I corsi si svolgeranno a Roma con la frequenza di un fine settimana al mese (dal venerdì sera).

Sono previste borse di studio (vedere sito).

Chi desidera può dare la propria disponibilità per eventuali collaborazioni professionali retribuite nell'arco del quadriennio.

Dal movimento alla parola: lo studio di un intervento di Danza Movimento Terapia

FEDERICA IRIILLI

Dottoranda in Psicologia Dinamico-Clinica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Famiglia

Dal momento in cui siamo concepiti al momento della nostra morte siamo immersi nel flusso del movimento. Non una parola, non un pensiero prendono forma senza essere accompagnati da un movimento per quanto sottile nel nostro corpo (Piccioli Weatherhogg, 1998, p. 77).

In questo articolo verrà descritto uno studio di natura osservativa effettuato su un intervento di Danza Movimento Terapia (DMT) a indirizzo psicodinamico, rivolto a due gruppi di bambini in età prescolare con disturbi e problematiche clinicamente significative nell'area comunicativo-linguistica e nell'area relazionale. Il suddetto studio rappresenta la parte sperimentale del mio lavoro di tesi magistrale: *Dal movimento alla parola* (Irilli, 2015), realizzato e presentato nell'anno accademico 2014-2015 presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma.

Il mio progetto iniziale era quello di studiare e approfondire da un punto di vista teorico, ma soprattutto da un punto di vista sperimentale, le caratteristiche e le peculiarità di un intervento di Danza Movimento Terapia, con particolare riferimento all'indirizzo psicodinamico di tale disciplina. Questo iniziale progetto ha fortunatamente incontrato terreno fertile: da una parte nell'interesse e nella preziosa supervisione della cattedra di Psicodinamica e Psicopatologia dello Sviluppo della Sapienza Università di Roma e dall'altra nell'altrettanto preziosa collaborazione dell'Istituto di Ortofonia (IdO), all'interno del quale è stato possibile realizzare la parte sperimentale di questo lavoro di tesi.

Una delle principali motivazioni che ha guidato la realizzazione di questo studio sta sicuramente nel fatto che le ricerche empiriche sull'efficacia di un approccio DMT sono ancora rare, soprattutto nel panorama italiano. Per questo motivo la realizzazione, proprio all'interno dell'Istituto di Ortofonia, di uno studio di natura osservativa su un intervento di Danza Movimento Terapia a orientamento psicodinamico, rivolto a un campione clinico di età prescolare, ha rappresentato un'occasione davvero unica per avvicinarsi ed esplorare

questa particolare forma di psicoterapia ancora poco conosciuta, ma dalle ricche potenzialità.

CHE COS'È LA DANZA MOVIMENTO TERAPIA (DMT)

Sebbene la pratica clinica della Danza Movimento Terapia sia ancora relativamente poco diffusa nella realtà italiana, il panorama teorico e metodologico di questa disciplina, sviluppatosi già da diversi decenni, è davvero molto complesso e ricco di modelli teorico-tecnici anche molto diversi tra loro, che coesistono nel medesimo momento storico (Macaluso, Zerbolini, 1998; Adorisio, Garcia, 2004). Nonostante ciò è senz'altro possibile individuare un terreno comune condiviso, oltre le differenze che contraddistinguono i diversi orientamenti, senza per questo perdere la complessità che caratterizza questa disciplina.

Concentrandoci sugli orientamenti più spostati sul versante clinico è possibile definire la Danza Movimento Terapia come una particolare forma di psicoterapia che utilizza il linguaggio del movimento e della danza come un vero e proprio medium, diverso ma integrato al linguaggio verbale, da una parte per sostenere la relazione terapeutica e dall'altra per favorire l'esplorazione, da parte della diade terapeutica stessa, del mondo interno del paziente (Govoni, 1998a, 1998b; Partelli, 1998; Tortora, 2011). Uno dei principali compiti della danza movimento terapia è, infatti, quello di creare le condizioni e favorire un'esplorazione del materiale psichico del paziente anche e soprattutto attraverso il corpo, la danza e il movimento (Tortora, 2011).

Un orientamento psicodinamico in DMT si caratterizza e si distingue dagli altri per numerosi aspetti, ma, riassumendo, è possibile individuare tre punti principali:

- Il movimento e la danza vengono considerati dei medium: dei mezzi comunicativi ed espressivi, dei canali privilegiati (ma non i soli) per esplorare il mondo inconscio del paziente, contattando in particolare le parti più arcaiche e primitive del Sè, in riferimento alle primissime esperienze pre-logiche e pre-verbali che coinvolgono principalmente il canale corporeo (Della Cagnoletta, Belfiore, Govoni,

- 1998; Govoni, 1998a, 1998b; Belfiore, 1998; Pallaro, 1998; Massa, 2010; Piccioli Weatherhogg, 2010; De Tommasi, 2010; Tortora, 2011). Attraverso l'utilizzo di questo particolare medium il danza movimento terapeuta ha un accesso privilegiato a quest'area così antica, i cui contenuti non sono sempre traducibili in parola. Proprio per questo motivo, attraverso un intervento di questo tipo è possibile andare in maniera diretta al di là delle parole, per poi potervi ritornare promuovendo un lavoro di integrazione. Lo stesso linguaggio verbale viene, infatti, integrato con il movimento per permettere alla diade terapeutica di spostarsi e oscillare continuamente tra un tipo di comunicazione verbale e un tipo di comunicazione non verbale, in un andare e venire tra oscurità e luce, tra l'informe e la parola (Piccioli Weatherhogg, 1998; Robbins, 1980).
- Un orientamento psicodinamico in DMT si caratterizza anche perché viene fatto esplicito riferimento alle più significative teorizzazioni della psicologia e della psicologia dinamica in special modo. I teorici e i clinici che portano avanti questo orientamento si sono infatti impegnati nel realizzare una raffinata sintesi tra le più significative teorie della psicologia dinamica, dalle sue origini fino agli sviluppi più contemporanei, e le più rappresentative teorie di analisi del movimento, come quella di Rudolf Laban (1950) (Adorisio, García, 2004; Pallaro, 1998; Della Cagnoletta, Belfiore, Govoni, 1998b; Franchini, Ciracì, Brioschi, Rota, Colombo, 2014). Tra gli autori più significativi che hanno lavorato in tal senso è necessario citare il lavoro di Judith Kenstenberg (1975), che studiò il movimento e il suo sviluppo da una prospettiva psicoanalitica, ispirandosi ai contributi di Anna Freud, Margaret Mahler e Rudolf Laban. È doveroso anche citare l'interessante lavoro di Suzi Tortora (2011), che ha individuato dei forti punti di contatto tra le teorie psicologiche e psicodinamiche contemporanee (come per esempio quelle a opera di John Bowlby, Beatrice Beebe e Frank Lachmann, Daniel Stern, Vittorio Gallese) e il modo in cui i danza movimento terapeuti operano. L'autrice fa riferimento, in particolare, al profondo interesse condiviso da entrambe le discipline nell'interazione e nell'interrelazione mente-corpo-emozioni e nel vedere lo sviluppo intrapsichico dell'essere umano come un processo che emerge primariamente in forma incarnata all'interno delle relazioni primarie.
 - Un orientamento psicodinamico in DMT si caratterizza, infine, per l'uso di specifiche tecniche di matrice corporea e di ascolto profondo e «incarnato» del linguaggio del movimento. Tra le tecniche corporee più rappresentative è necessario ricordare: transfert e controtransfert somatico (Pallaro, 2007), ascolto estetico (Partelli, 1998), rispecchiamento e amplificazione corporei (McGary, Russo, 2011), corporeità (De Tommasi, 2010). Queste tecniche vengono usate, all'interno di un setting DMT, per esplorare e dare una forma, attraverso il movimento, al mondo interno del paziente e per facilitare la diade terapeutica nel difficile processo di co-costruire e di attribuire un significato alle «coreografie della relazione» che emergono nella stan-

za di terapia. È infatti importante sottolineare che, all'interno di un setting DMT, l'esperienza del corpo in movimento non è mai disgiunta dalla possibilità di riflettere su di essa e di darle una forma anche attraverso il registro verbale. La stanza di danza movimento terapia diviene allora uno spazio transizionale, nell'accezione winnicottiana del termine (Winnicott, 1971; Govoni, 1998a), dove con il procedere del lavoro, attraverso le comunicazioni danzate, mosse e narrate del paziente, si accede a una vera e propria dimensione simbolica all'interno della quale diviene possibile dare forma, esplorare ed esprimere i propri stati interni, i conflitti, le parti più antiche delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto e le parti più o meno autentiche del Sé. Dapprima la diade terapeutica esplora il flusso del movimento spontaneo che verrà man mano trasformato in movimento percepito al livello corporeo. Il movimento percepito più coscientemente viene poi arricchito, trasformato e collegato ad immagini e simboli che è possibile verbalizzare e su cui è possibile riflettere (Belfiore, Colli, 1998). In questo senso, in un percorso terapeutico DMT a orientamento psicodinamico si procede dal movimento alla parola, in un processo di simbolizzazione e di significazione delle coreografie della relazione terapeutica. Naturalmente i modi attraverso i quali terapeuta e paziente possono procedere dal movimento alla parola (e viceversa) sono infiniti e sempre diversi, unici come lo sono tutti i percorsi terapeutici, quest'ultima descrizione ne rappresenta solo una possibile esemplificazione.

LO STUDIO

L'intervento DMT a indirizzo psicodinamico, oggetto di questo studio di natura osservativa, è stato rivolto a due gruppi di bambini di età prescolare con disturbi e problematiche nell'area comunicativo-linguistica e nell'area relazionale. L'Istituto di Ortofonia (IdO), all'interno del quale viene realizzato l'intervento, è una struttura privata, ma convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale ed è un centro specializzato in diagnosi, psicoterapia e riabilitazione nell'ambito dell'età evolutiva (www.ortofonia.it).

All'interno dei diversi interventi e delle numerose iniziative che la struttura realizza per prendersi cura dei suoi piccoli pazienti (con un'attenzione particolare anche al loro ambiente familiare e scolastico) i gruppi DMT sono pensati come uno spazio molto speciale dove bambini, ma anche ragazzi più grandi, possono trovare nel movimento, nel gioco e nella danza, integrate con la parola e la narrazione, una risorsa fondamentale per entrare in contatto con il proprio mondo interno e trovare un modo per esprimere e comunicare i propri vissuti personali, lavorando sull'integrazione psico-corporea e sul linguaggio simbolico del corpo, anche là dove la parola non può o non riesce ad arrivare (Di Quirico, 2010; Govoni, 1998a; Della Cagnoletta, Belfiore, Govoni, 1998). Il setting grupale è pensato come un'ulteriore risorsa poiché fornisce un ambiente facilitante, insieme alla conduzione e al lavoro del terapeuta, per sostenere i piccoli partecipanti lungo il loro

percorso terapeutico ed evolutivo (Di Quirico, 2010; García, 2010; Schmais, 1985).

Le sedute DMT, per i due gruppi oggetto di questo studio, sono a cadenza mono-settimanale e hanno una durata di un'ora e quaranta minuti. All'interno di ciascuna seduta è possibile ritrovare la stessa scansione temporale già individuata da Schmais (1985), García (2010), Di Quirico (2010), Franchini, Ciraci, Brioschi, Rota e Colombo (2014) che viene seguita dalla conduttrice sempre osservando una sufficiente flessibilità per adattarsi alle necessità *in progress* del gruppo. L'intera suddivisione appare, quindi, più un aspetto che definisce il setting storico e temporale del gruppo, con delle funzioni di ritualità e di regolarità piuttosto che una sequenza predefinita e sempre identica a se stessa. Generalmente la seduta sarà perciò suddivisa in: una fase iniziale di riscaldamento per permettere ai piccoli pazienti di prendere contatto in maniera spontanea con la stanza, con il resto del gruppo e con il proprio corpo in movimento; una fase centrale di esplorazione durante la quale il gruppo, sostenuto dalla conduttrice, si immerge nel gioco in movimento, nelle storie danzate, mosse e narrate attraverso cui si articola la tematica centrale della seduta; una fase finale di condivisione nella quale il gruppo si impegna nel difficile compito di provare a mettere in parola, a ri-narrare l'esperienza del gioco in movimento e a connetterla con i vissuti personali e la propria storia. La conduttrice guarda ai processi che si articolano durante l'intera seduta primariamente sotto l'impianto teorico DMT a orientamento psicodinamico, con una particolare attenzione alle comunicazioni multi-strato, multi-sensoriali e multi-modalità portate dai pazienti fatte di movimenti, danze e parole (Di Quirico, 2010; Tortora, 2011). La stessa conduttrice dei due gruppi è una danzatrice movimento terapeuta di indirizzo psicodinamico, esponente e diplomata presso Art Therapy Italiana (ATI) (www.arttherapyit.org) con un'esperienza trentennale nel campo e nella clinica.

Ho avuto l'opportunità di seguire da molto vicino il percorso terapeutico di questi due gruppi prendendo parte alle sedute a cadenza settimanale in qualità di osservatrice partecipante per tutto il progetto annuale di terapia, da metà settembre 2014 a metà luglio 2015, per un totale di 10 mesi. Il disegno di ricerca «prima-dopo», che è stato costruito per osservare e studiare l'efficacia di questo intervento DMT, si articola nei seguenti punti.

L'OBIETTIVO

L'obiettivo principale di questo studio di natura osservativa è stato quello di osservare, studiare e seguire il dispiegarsi di un intervento specifico DMT a orientamento psicodinamico, sia prendendo parte al percorso stesso in qualità di osservatrice partecipante, sia ancorando questa esperienza diretta, ricca di complessità e di parametri anche non direttamente misurabili, a dei dati e delle procedure di tipo più operazionalizzabile e misurabile.

IL CAMPIONE

I due gruppi ai quali si rivolge questo specifico intervento DMT psicodinamico sono composti da un totale di 12 bambini di età prescolare, 6 bambini per ciascun gruppo. Il campione è composto in maggioranza da maschi (il 75%), mentre solo 3 sono le femmine (il 25%). L'età media dei piccoli partecipanti ai due gruppi è di 5 anni. Tutti i bambini del campione hanno ricevuto almeno una diagnosi, effettuata attraverso il *Sistema delle Sindromi e dei Disturbi Psicici* (ICD-9) (World Health Organization, 1978). Per quanto riguarda la diagnosi primaria, il 58% del campione ha ricevuto una diagnosi di disturbo misto dello sviluppo mentre il 42% ha una diagnosi di disturbo evolutivo del linguaggio. I due gruppi possono perciò considerati omogenei per età (in media di 5 anni) e problematiche psicopatologiche generali (che riguardano le aree comunicativa, linguistica e relazionale), anche se al di là di queste caratteristiche sussistono altre diversità tra i vari membri.

Oltre a partecipare al proprio gruppo DMT, tutti i 12 bambini del campione hanno preso parte, un'altra volta a settimana, a una logopedia per rispondere in maniera specifica alle loro difficoltà in ambito linguistico.

L'esperienza di osservatrice partecipante del percorso terapeutico annuale dei due gruppi mi ha dato la grande opportunità di conoscere approfonditamente tutti i 12 piccoli partecipanti, di venire a conoscenza delle loro storie personali e delle loro avventure di sviluppo. Nonostante ciò, il numero ristretto del campione è sicuramente un aspetto che va considerato nelle conclusioni di questo lavoro. Anche per questo motivo il presente studio è di carattere osservativo.

LE MISURAZIONI

Per poter seguire il dispiegarsi di questo intervento DMT all'interno dei due gruppi anche attraverso delle procedure valutative e standardizzate è stato scelto di effettuare due diverse misurazioni, seguendo un disegno di ricerca del tipo «prima-dopo». La prima misurazione (T1) è stata effettuata ad ottobre 2014, in concomitanza con l'inizio del progetto terapeutico annuale. La seconda misurazione è stata invece effettuata nel mese di maggio 2015, in corrispondenza con gli ultimi mesi prima della pausa estiva. L'intervallo tra la prima e la seconda misurazione è stato perciò di circa 7 mesi.

È importante inoltre sottolineare che all'inizio dell'anno di terapia considerato tutti i 12 bambini venivano già seguiti all'interno della struttura e partecipavano ai gruppi DMT per un tempo medio, sul totale del campione, di 13,6 mesi di trattamento.

Questo studio, perciò, riguarda l'osservazione di una porzione di un più ampio progetto terapeutico, iniziato dai piccoli pazienti già prima dell'intervallo di tempo considerato e che proseguirà per i mesi successivi, dopo la pausa estiva. Anche questo ulteriore aspetto va considerato nelle conclusioni dello studio ed anche in questo senso si tratta di uno studio di natura osservativa.

GLI STRUMENTI

Per effettuare le due misurazioni è stata scelta una batteria testologica da somministrare a due diversi tipi di valutatori, allo scopo di assicurare una maggiore indipendenza delle misure. Le due somministrazioni hanno perciò coinvolto il clinico danza movimento terapeuta e i genitori dei piccoli partecipanti. Al clinico sono stati somministrati: il C-TRF/1,5-5 (Achenbach e Rescorla, 2000), la Scala di Valutazione della Relazione Genitore-Bambino (Speranza, Fortunato, Maggiore Vergano, 2013) e la Scheda di Osservazione dei Parametri Motori (www.direnews.it/newsletter_psicologia/anno/2015/marzo/10). Ai genitori sono stati somministrati: Il CBCL/1,5-5 (Achenbach e Rescorla, 2000) e il Parenting Stress Index-Short Form (Abidin, 1995). Gli strumenti appena elencati verranno di seguito brevemente descritti.

- Il Child Behaviour Checklist for Age 1,5-5 (CBCL/1,5-5) e il Cargiver-Teacher Report Form for Age 1,5-5 (C-TRF/1,5-5) sono due questionari report form del sistema ASEBA (Achenbach, Rescorla, 2000) costruiti ed implementati in forma parallela per la valutazione, in età prescolare, delle problematiche emotive e comportamentali del bambino. La valutazione del bambino espressa da diversi informatori (rispettivamente genitori e educatori, clinici o altre figure significative che conoscono il piccolo) permette di ottenere una fotografia del funzionamento emotivo e comportamentale del bambino stesso da diversi punti di vista.
- La Scala di Osservazione della Relazione Genitore-Bambino (Speranza, Fortunato, Maggiore Vergano, 2013) è un questionario clinician-report che si propone di indagare e valutare la qualità ed il funzionamento della relazione tra il bambino e uno o, qualora sia possibile, entrambi i genitori, durante i primi cinque anni di vita del bambino stesso.
- Il Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) è un questionario self-report realizzato da Abidin (1995) con lo scopo di valutare il livello di stress del sistema genitore-bambino indagando, in particolare, il grado di stress percepito dal genitore nell'esercizio del suo ruolo genitoriale.
- La Scheda di Valutazione dei Parametri Motori è uno strumento ancora in fase di elaborazione e costruzione ad opera di un gruppo di ricerca coordinato dall'Associazione Professionale Italiana Danzavimnetoterapia (Apid), da Art Therapy Italiana (ATI) e dallo stesso Istituto di Ortofonia (IdO) e curato in special modo da Marina Massa, Anna Lagomaggiore, ma anche da Magda di Renzo e Anna di Quirico (www.direnews.it/newsletter_psicologia/anno/2015/marzo/10). Nonostante, quindi, questa scheda rappresenti uno strumento non ancora validato, è particolarmente utile in questo studio poiché si focalizza sui parametri motori che i danza movimento terapeuti osservano e ritengono fondamentali per una valutazione specifica DMT. Il questionario indaga, attraverso delle specifiche dimensioni, l'adeguatezza o la criticità del profilo di movimento del paziente, allo scopo di individuare dei parametri motori che possano differenziare una modalità adattiva ed armonica di usare e fare esperienza del proprio corpo in movimento, da una modalità più problematica che

potrebbe essere connessa a delle criticità nel processo evolutivo del soggetto valutato.

L'IPOTESI

L'ipotesi che ha guidato il lavoro è stata quella di riscontrare delle differenze in positivo (o dei miglioramenti), nella seconda misurazione rispetto alla prima, nei parametri misurati dalla batteria testologica utilizzata. Si ipotizza cioè che l'intervento abbia avuto un'efficacia nel migliorare la sintomatologia del bambino, la qualità della relazione genitore-bambino e la percezione del genitore dello stress sperimentato nel suo ruolo genitoriale.

I RISULTATI

Sono emerse delle differenze significative tra la prima e la seconda somministrazione per la maggior parte delle dimensioni indagate dagli strumenti della batteria testologica utilizzata. Queste differenze vanno nel verso di una diminuzione dei punteggi (e quindi di un miglioramento), registrata nella seconda misurazione rispetto alla prima. Per rilevare le differenze ed i cambiamenti occorsi tra le due misurazioni è stato utilizzato il T-Test per campioni appaiati (t di Student), un test

Tabella 1: T-test per campioni appaiati del Cargiver-Teacher Report Form for Age 1,5-5

	Tempo 1		Tempo 2		gdl	t	p
	Media	ds	Media	ds			
Reattività Emotiva	5,25	3,596	2,33	2,535	11	4,892	0,001***
Ansia/Depressione	7,58	3,919	4,08	2,575	11	5,149	0,001***
Lamentele Somatiche	1,50	1,784	0,42	0,669	11	2,315	0,041*
Ritiro	7,25	3,545	3,33	2,708	11	4,571	0,001***
Problemi Attentivi	8,42	4,209	3,92	2,466	11	5,892	0,001***
Comportamento Aggressivo	11,50	9,259	5,17	6,478	11	3,931	0,02**
Internalizzazione	21,58	10,56	10,17	6,847	11	5,405	0,001***
Esternalizzazione	19,92	13,01	9,08	8,361	11	4,659	0,001***
Totale Problemi	57,33	24,00	26,67	17,01	11	7,973	0,001***
DSM I problemi affettivi	3,75	3,646	1,67	2,060	11	2,108	0,59
DSM II problemi d'ansia	5,42	3,204	2,42	2,065	11	4,526	0,001***
DSM III problemi pervasivi dello sviluppo	10,00	3,766	5,00	2,763	11	8,292	0,001***
DSM IV problemi di iperattività e deficit di attenzione	11,58	6,186	5,08	3,753	11	5,922	0,001***
DSM V problemi oppositivi provocatori	3,58	3,315	1,75	2,417	11	2,930	0,014*

*** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; * = $p \leq 0,05$

statistico di tipo parametrico che permette di valutare e verificare se i valori ottenuti da diverse misurazioni nel tempo dello stesso campione cambino in maniera statisticamente significativa. Nelle tabelle disponibili qui di seguito verranno illustrati

i dati ottenuti per tutte le dimensioni indagate dagli strumenti testologici utilizzati: media e deviazione standard per ciascuna misurazione (tempo 1 e tempo 2), i gradi di libertà, il valore di t ed il valore p di significatività.

Tabella 2: T-test per campioni appaiati della Scala di Valutazione della Relazione Genitore-Bambino

	Tempo 1		Tempo 2		gdl	t	p
	Media	ds	Media	ds			
ritiro e coartazione	79,00	13,725	64,25	10,746	11	4,800	0,001***
relazione aggressiva	36,67	10,586	28,08	11,309	11	4,030	0,02**
relazione ansiosa	30,00	4,513	26,50	5,977	11	1,680	0,121

*** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; * = $p \leq 0,05$

Tabella 3: T-Test per campioni appaiati della Scheda di Osservazione dei Parametri Motori

	Tempo 1		Tempo 2		gdl	t	p
	Media	ds	Media	ds			
PM-DMT item 1 sequenza camminata	0,50	0,522	0,58	0,793	11	-0,364	0,723
PM-DMT item 2 sequenza dello spingere	1,08	0,669	0,33	0,492	11	3,447	0,005**
PM-DMT item 3 cedere il peso a terra	1,17	0,718	0,25	0,622	11	3,527	0,005**
PM-DMT item 4 qualità del respiro	0,83	0,389	0,75	0,452	11	0,561	0,586
PM-DMT item 5 preferenze spaziali	0,92	0,515	0,67	0,651	11	1,915	0,082
PM-DMT item 8 relazione con lo spazio	2,00	1,859	0,42	0,996	11	3,506	0,005**
PM-DMT item 9 spazio multifocale	1,08	0,669	0,33	0,651	11	3,000	0,012*
PM-DMT item 10 spazio unifocale	0,67	0,651	0,08	0,289	11	2,548	0,027*
PM-DMT item 11 parti corporee	0,58	0,515	0,08	0,289	11	3,317	0,007**
PM-DMT item 12 connessioni corporee	0,83	0,389	0,33	0,492	11	3,317	0,007**
PM-DMT item 13 movimento espressivo	1,42	0,793	0,67	0,778	11	2,691	0,021*
PM-DMT item 14 inventa sequenze ritmiche	1,17	0,577	0,58	0,669	11	2,028	0,067
PM-DMT item 15 segue sequenze ritmiche	1,17	0,577	0,75	0,754	11	1,603	0,137

*** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; * = $p \leq 0,05$

Tabella 4: T-test per campioni appaiati del Child Behavior Checklist for Age 1,5-5

	Tempo 1		Tempo 2		gdl	t	p
	Media	ds	Media	ds			
Reattività Emotiva	1,91	1,221	2,36	1,859	10	-0,766	0,461
Ansia/Depressione	5,18	2,136	3,91	2,548	10	1,571	0,147
Lamentele Somatiche	2,36	1,567	1,36	1,027	10	2,622	0,026*
Ritiro	3,09	1,221	1,82	1,168	10	3,545	0,005**
Problemi Sono	0,91	1,300	1,09	1,044	10	-0,339	0,742
Problemi Attentivi	4,18	1,991	2,55	1,508	10	3,464	0,006**
Comportamento Aggressivo	10,09	4,527	6,18	3,250	10	3,015	0,013*
Internalizzazione	12,55	3,830	9,45	4,886	10	2,055	0,067
Esternalizzazione	14,27	5,764	8,73	3,875	10	3,447	0,006**
Totale Problemi	39,45	8,993	29,36	8,418	10	3,150	0,010**
DSM I problemi affettivi	2,18	1,888	1,36	1,120	10	1,632	0,134
DSM II problemi d'ansia	4,27	2,284	3,82	1,888	10	0,584	0,572
DSM III problemi pervasivi dello sviluppo	5,64	2,014	4,45	2,464	10	1,921	0,084
DSM IV problemi di iperattività e deficit di attenzione	5,82	1,991	3,64	1,690	10	4,920	0,001***
DSM V problemi oppositivi provocatori	3,09	2,166	2,09	1,446	10	1,748	0,111

*** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; * = $p \leq 0,05$

Tabella 5: T-test per campioni appaiati del Parenting Stress Index-Short Form

	Tempo 1		Tempo 2		gdl	t	p
	Media	ds	Media	ds			
Risposta Difensiva	18,09	5,856	14,00	6,753	10	3,470	0,006**
distress genitoriale	26,82	8,436	22,09	10,812	10	2,642	0,025*
interazione genitore-bambino disfunzionale	21,64	3,982	17,45	3,698	10	7,149	0,001***
bambino difficile	28,27	6,326	23,91	8,420	10	1,744	0,112
Scala di Stress Totale	76,73	15,107	63,45	6,112	10	3,419	0,007**

*** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; * = $p \leq 0,05$

CONCLUSIONI

I risultati delle analisi statistiche sui dati delle due misurazioni confermano l'ipotesi di partenza sull'efficacia dell'intervento di Danza Movimento Terapia a indirizzo psicodinamico, rivolto ai due gruppi di bambini oggetto di questo studio. Sia le valutazioni del clinico sia quelle dei genitori si trovano in accordo nel confermare un miglioramento nel funzionamento globale dei piccoli partecipanti ai due gruppi che risulta meno condizionato da problematiche emotive e, soprattutto, comportamentali. Migliorano perciò tutti i parametri globali di funzionamento misurati dai diversi reattivi psicologici. Guardando i risultati più nel particolare emerge un interessante e significativo accordo tra i due diversi valutatori sui miglioramenti di questi bambini legati alla sfera dell'autoregolazione e alla sfera della relazione. I bambini del campione risultano avere, nella seconda misurazione rispetto alla prima, maggiori capacità autoregolatrici ed attentive, minori comportamenti iperattivi e dirompenti, maggiori capacità di concentrarsi e regolare le proprie energie. Questi bambini, inoltre, risultano avere una maggiore capacità di entrare in relazione con l'altro e tendono meno a ritirarsi nei contesti relazionali. Anche la relazione tra i bambini del campione e i loro genitori risulta essere migliorata e gli scambi genitore-bambino sono meno caratterizzati da ritiro e coartazione emotiva, da interazioni rudi e brusche e da interazioni disfunzionali. Molto interessanti risultano essere i dati registrati attraverso la Scheda di Valutazione dei Parametri Motori che, in accordo con gli altri risultati, registrano una maggiore capacità di questi bambini nell'uso flessibile delle due modalità: unifocale e multifocale, di gestire e fare esperienza dello spazio intorno al loro corpo in movimento. Queste specifiche dimensioni rappresentano, secondo l'impianto teorico DMT, i rappresentanti fisici proprio dei processi attentivi (Laban, 1950; Govoni, 1998b; Piccoli Weatherhogg, 1998). Sempre secondo i dati della Scheda di Valutazione dei Parametri Motori questi bambini, nella seconda misurazione, risultano avere maggiori capacità di utilizzare il proprio corpo in movimento per esprimere e rappresentare contenuti simbolici, accedendo ad un livello di comunicazione simbolica non verbale. È facile comprendere allora come quest'ultimo risultato sia particolarmente significativo per un percorso terapeutico DMT ad orientamento psicodinamico che si muove dal movimento alla parola, che punta sulla possibilità di lavorare su un accesso corporeo alla sfera simbolica.

Tornando alla porzione di accordo tra il clinico ed i genitori dei piccoli partecipanti, essa risulta di per sé significativa, ma lo diviene maggiormente se si considerano le problematiche specifiche dei piccoli pazienti che compongono il campione. Questi bambini hanno infatti delle problematiche e dei disturbi specifici o misti nelle aree comunicative, linguistiche e relazionali. Considerando dei simili quadri clinici ottenere un accordo tra clinico e genitori sul fatto che i bambini hanno maggiori capacità autoregolatrici ed attentive con minori comportamenti dirompenti, che tendono meno a ritirarsi e migliorano nei contesti relazionali con i genitori, caratterizzati a loro volta da meno ritiro e coartazione emo-

tiva e da meno interazioni disfunzionali, sembra davvero un risultato soddisfacente. Questi risultati sembrano inoltre essere in linea con i lavori di alcuni autori (Betty, 2013; Tortora, 2011; Homann, 2010) che supportano l'uso di interventi e tecniche DMT per promuovere proprio le competenze autoregolatrici, emotive e comportamentali, di bambini anche molto piccoli.

Va tuttavia sottolineato ulteriormente che questo studio è di carattere osservativo poiché il campione in esame è molto ristretto e l'intervallo di tempo tra prima e seconda misurazione non è sufficientemente ampio. Per poter generalizzare maggiormente questi risultati sarebbero necessarie, perciò, ulteriori ricerche con campioni più grandi e che considerano un intervallo di tempo maggiore.

La particolarità di un intervento DMT, soprattutto ad indirizzo psicodinamico, è quello di lavorare in maniera integrata con il movimento e con la parola per promuovere un processo di riflessione e di significazione dell'esperienza del corpo in movimento. Un intervento che ascolta anche il linguaggio del movimento e cerca di integrarlo con il registro verbale potrebbe rivelarsi particolarmente utile in tutti quei casi, come quello studiato, in cui le capacità comunicative, linguistiche e relazionali del paziente siano particolarmente critiche o non utilizzabili per procedere nel percorso terapeutico ma anche quando si ha a che fare con aree primitive ed arcaiche del funzionamento psichico. Queste potrebbero essere le potenzialità di un intervento DMT che si muove dal movimento alla parola.

Bibliografia

- Abidin R.R. (1995), *Parenting Stress Index: manuale*, Firenze, Giunti O.S. organizzazioni speciali, 2008.
- Achenbach T. M., Rescorla L.A., *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*, Burlington, University of Vermont, 2000.
- Adoriso A., Garcia M.E. (2004), *Danza Movimento Terapia. Modelli e pratiche dell'esperienza italiana*, Roma, Edizioni Magi.
- Belfiore M., «Attraverso la colpa, note sull'esperienza artistica in terapia», in M. Belfiore, L.M. Colli (a cura di), cit.
- Belfiore M., Colli L.M. (a cura di), *Tra il corpo e l'io. L'Arte e la Danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Bologna, Pitagora Editrice, 1998.
- Betty A., *Taming Tidal Waves: A Dance/Movement Therapy Approach to Supporting Emotion Regulation in Maltreated Children*, «American Journal of Dance Therapy», 35, 2013, pp. 39-59.
- Della Cagnoletta M., Belfiore M., Govoni R.M., «La scuola: origine e percorsi», in M. Belfiore, L. M. Colli (a cura di), cit.
- De Tommasi V., «Disturbi alimentari e Danza Movimento Terapia», in A. Di Quirico (a cura di), cit.
- Di Quirico A. (a cura di), *Lasciar parlare il corpo. Linguaggi e percorsi clinici della Danza Movimento Terapia*, Roma, Edizioni Magi, 2010.
- Franchini L., Ciraci M., Brioschi S., Rota A., Colombo C., *Applicazione Sperimentale di un laboratorio di danza movimento terapia nel trattamento riabilitativo ospedaliero della depressione dell'anziano*, «Psichiatria e Psicoterapia», 33, 2, 2014, pp. 151-169.
- Garcia M.E., «Sulla coreografia dei gruppi in DMT», in A. Di Quirico (a cura di), cit.
- Govoni R.M., «Emozione-espressione-cura. Movimento e danza: modalità espressive nel processo psicoterapeutico», in P.E. Ricchi Bitti (a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Roma, Carocci, 1998a.

«Danza: linguaggio poetico del corpo e strumento di cura», in M. Belfiore, L.M. Colli (a cura di), cit.

- Homann K.B.**, *Embodied concepts of neurobiology in dance/movement therapy practice*, «American Journal of Dance Therapy», 32, 2010, pp. 80-99.
- Irilli F.**, *Dal movimento alla parola: un intervento di Danza Movimento Terapia* (Tesi magistrale non pubblicata). Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma, 2015.
- Kestenberg J.S.**, *Children and parents: psychoanalytic studies in development*, New York, Jason Aronson, 1975.
- Laban R.** (1950), *L'arte del movimento*, Macerata, Ephemeria, 2007.
- Macaluso C., Zerbeloni S.**, *La danzaterapia*, Milano, Xenia, 1998.
- Massa M.**, «La discesa nel corpo. La Danza Movimento Terapia come strumento di cura e di riparazione del Sè nel setting psicoterapeutico», in A. Di Quirico (a cura di), cit.
- McGary L. M., Russo F.A.**, *Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanism behind empathy enhancement*, «The Arts in Psychotherapy», 38, 2011, pp. 178-184.
- Pallaro P.**, «Senso di identità corporea e senso dell'Io. Basi teoriche e applicazioni pratiche in Dance-Movement Therapy», in M. Belfiore, L.M. Colli (a cura di), cit.
«Somatic countertransference: The therapist in relationship», in P. Pallaro, *Authentic Movement: Moving the body, moving the self, being moved*, Londra, Jessica Kingsley, 2007.
- Partelli L.**, «L'ascolto estetico: contributi della danza-movimento terapia alla comprensione psichica delle stereotipie e distorsioni della motilità nella psicosi infantile», in M. Belfiore, L. M. Colli (a cura di), cit.
- Piccoli Weatherhogg A.**, «Al di là delle parole. L'osservazione del movimento nella danza-movimento terapia attraverso le linee evolutive. Il contributo di J. Kestenberg», in M. Belfiore, L.M. Colli (a cura di), cit.
«Corpo, immagine, parola. Per un approccio estetico all'adolescenza», in A. Di Quirico (a cura di), cit.
- Robbins A.**, *Expressive Therapy*, New York, Human Science Press, 1980.
- Schmais C.**, *Healing Process in Group Dance Therapy*, «American Journal of Dance Therapy», 8, 1985, pp. 17-36.
- Speranza A. M., Fortunato A., Maggiore Vergano C.**, *Scala di Valutazione della Relazione Genitore-Bambino*. Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma, 2013. Manoscritto non pubblicato.
- Tortora S.**, *The Need to Be Seen: from Winnicott to the Mirror Neuron System, Dance/Movement Therapy Come of Age*, «American Journal of Dance Therapy», 33, 2011, pp. 4-17.
- Winnicott D.W.** (1971), *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 2006.
- World Health Organization**, *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Revision 9 (ICD-9)*, Geneva, WHO, 1978.

Sitografia

- ATI (Art Therapy Italiana), <http://www.arttherapyit.org>
IdO (Istituto di Ortofonologia), <http://www.ortofonologia.it>
Dire Psicologia (Newsletter di Psicologia), <http://www.direnews.it>

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento va alla Professoressa Anna Maria Speranza, relatrice del lavoro di tesi descritto in questo articolo, alla Dottoressa Anna Di Quirico, alla Dottoressa Magda di Renzo e all'intera struttura dell'IdO. Il loro impegno, la loro passione e la loro professionalità hanno reso possibile la realizzazione di questo studio.



ART THERAPY ITALIANA,
ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA
A CURA DI ANNA DI QUIRICO

LASCIAR PARLARE IL CORPO

Linguaggi e percorsi clinici della Danza Movimento Terapia

COLLANA: Immagini dall'Inconscio – € 25,00 – PAGG. 272

FORMATO: 16,5 x 24 – ISBN: 9788874870868

L'unità mente-corpo, così inscindibile e naturale, viene meno con la crescita, con l'educazione, in seguito alle sollecitazioni socio-culturali a cui siamo esposti. Assistiamo, oggi, a una sorta di divorzio della mente dal corpo. La perdita del rapporto con il corpo porta a controllare e bloccare la naturale espressione degli affetti e delle emozioni, impedendo il riconoscimento della vitalità del mondo interno e riducendo il corpo alla sua concretistica apparenza. Contrazioni, inibizioni, stati di squilibrio psicofisico, irrequietezza riguardano tanto il bambino quanto l'adulto. La pratica della Danza Movimento Terapia (dmt) sostiene il recupero dell'ascolto profondo del corpo, lo sviluppo delle sue potenzialità espressive e creative, l'emergere di una progressiva consapevolezza delle modalità di movimento della persona e la coscienza di emozioni mosse nel corpo. Gli autori, nell'affrontare gli aspetti nodali della dmt di Art Therapy Italiana, evidenziano quanto l'esperienza creativa tramite il gioco di movimento e l'arte della danza favorisca l'espressione autentica delle emozioni e il processo di dare forma, in un dialogo profondo fra sperimentazione, componente estetica e mondo delle immagini. Gli scritti qui raccolti testimoniano l'efficacia degli interventi con la dmt nella prevenzione e nella terapia delle patologie complesse, con i bambini molto piccoli e con i loro genitori, con la persona anziana e malata.

VALUTAZIONE E PSICOTERAPIA NELL'ETÀ EVOLUTIVA

DIRETTRICE: d.ssa Magda Di Renzo, analista junghiana CIPA-Roma e IAAP-Zurigo,
Responsabile del Servizio di Psicoterapia dell'età evolutiva dell'IdO

COORDINATORE: dott. Bruno Tagliacozzi, analista junghiano CIPA-Roma e IAAP-Zurigo,
Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'IdO

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI DIAGNOSI E VALUTAZIONE: dott. Federico Bianchi di Castelbianco,
psicologo, psicoterapeuta dell'età evolutiva, Direttore dell'IdO

La finalità del corso è quella di fornire una formazione psicodinamica specifica sulla valutazione e sul trattamento dei disagi e delle psicopatologie in età evolutiva. Il modello presentato è quello che caratterizza l'attività clinica dell'IdO e che costituisce attualmente il modello teorico-clinico della Scuola di specializzazione in Psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'IdO.

Il corso si articola in quattro diversi momenti formativi: lezioni frontali, laboratori, gruppi di supervisione e conferenze.

La prima annualità sarà dedicata alla valutazione e diagnosi dei disturbi in età evolutiva, la seconda alla psicoterapia. Le due annualità possono essere frequentate anche in modo disgiunto.

DESTINATARI DEL CORSO

La prima annualità del corso si rivolge a psicologi e medici. La seconda annualità a psicologi e medici già in possesso della specializzazione in psicoterapia. Verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

MODALITÀ DELLA FORMAZIONE

Le due annualità del corso si articolano in 160 ore annuali di formazione, che si svolgeranno nelle giornate di sabato (9.00-18.00) e domenica (9.00-13.00; nel caso di una conferenza, la domenica le lezioni termineranno alle ore 18.00), per un totale di 12 fine settimana, uno al mese, da gennaio a dicembre.

SEDE DEL CORSO E SEGRETERIA

La sede del corso è presso la Scuola di Psicoterapia dell'IdO in Via Alessandria 128/b, Roma – Tel. 06 44291049. Le conferenze potrebbero tenersi in altra sede, comunque nelle vicinanze. Per informazioni: scuolapsicoterapia@ortofonologia.it.

ISCRIZIONE E COSTI

Le richieste di iscrizione possono essere inviate all'indirizzo scuolapsicoterapia@ortofonologia.it, allegando la certificazione del titolo di laurea ed eventuale specializzazione in psicoterapia. Il costo annuale è di 2.000 euro (duemila euro) IVA esclusa, con la possibilità di rateizzazione. Il corso sarà attivato con un minimo di 8 partecipanti fino a un massimo di 15.

PROGRAMMA DEL I ANNO DI CORSO

«La valutazione psicodinamica nell'età evolutiva»: 160 ore suddivise in 60 ore di lezioni teoriche, 24 ore di laboratori, 12 ore di supervisione, 64 ore di conferenze.

- Lezioni teoriche frontali (60 ore): Lezioni frontali tenute esclusivamente da esperti specializzati che lavorano presso i centri clinici dell'IdO. a) La complessità dell'osservazione nell'età evolutiva – b) Gli strumenti di valutazione e la diagnosi – c) Valutazione dell'anamnesi – d) Valutazione del grafismo – e) Valutazione psicomotoria – f) Valutazione cognitiva – g) Valutazione del linguaggio – h) Valutazione della dinamica educativa – i) Modalità di valutazione nei principali disturbi dell'età evolutiva (dist. dello spettro autistico, dist. del linguaggio, ecc.)
- Laboratori (24 ore): La finalità del laboratorio è quella di fare esperienze delle espressioni emotive legate alla corporeità e alla relazione con l'altro, affrontando le proprie rigidità all'interno di una dinamica di gruppo.
- Supervisione di casi clinici (12 ore): La supervisione dei casi clinici dà la possibilità ai partecipanti di elaborare i dati raccolti nella propria esperienza clinica per un migliore inquadramento diagnostico.
- Conferenze (64 ore): Studiosi di fama nazionale e internazionale terranno delle conferenze teorico-cliniche su aspetti rilevanti della valutazione e della terapia nell'età evolutiva. Altre conferenze sono comprese nel costo dell'offerta formativa del corso.

PROGRAMMA E DATE DEL II ANNO DI CORSO

«La psicoterapia psicodinamica nell'età evolutiva»: l'articolazione del programma del secondo anno di corso presuppone una buona conoscenza delle tecniche di valutazione nell'età evolutiva. Il programma prevede l'insegnamento teorico-pratico di tecniche e approcci psicoterapeutici psicodinamici (con l'utilizzazione di laboratori), nonché la supervisione clinica dei casi presentati dai partecipanti. Le conferenze saranno di complemento alla formazione. Altre conferenze sono comprese nel costo dell'offerta formativa del corso.

Particolare attenzione sarà rivolta al pensiero immaginale e alla dimensione corporea, quali strumenti comunicativi nella relazione terapeutica nell'età evolutiva.

Le problematiche cliniche trattate saranno quelle tipiche dell'età evolutiva: linguaggio, apprendimento, DSA, dislessia e balbuzie, disturbi dell'alimentazione e del sonno, traumi psichici, autismo, fobie sociali, problematiche genitori-figli, ecc.

Gli insegnamenti saranno tenuti esclusivamente da esperti specializzati che lavorano presso i centri clinici dell'IdO.

Queste le date previste per il 2016: 23-24 gennaio, 27-28 febbraio, 12-13 marzo, 16-17 aprile, 28-29 maggio, 11-12 giugno, 9-10 luglio; le altre cinque date da settembre a dicembre verranno comunicate in seguito.

L'empatia tra i banchi di scuola

GIANLUCA PANELLA

Psicologo, psicoterapeuta dell'età evolutiva, reponsabile Servizio Scuola del «Progetto Tartaruga» per l'autismo, Istituto di Ortofonia (IdO) – Roma

Il bambino fa quello che può, quello che non può non fa!

L'Eccellente Alberto Manzi (1982)

Sono passati più di 30 anni dal momento in cui il maestro Manzi pronunciò per la prima volta queste parole cariche di intensità emotiva, di provocazione e, soprattutto, di capacità comunicativa; sono passati oltre 50 anni dalla trasmissione «Non è mai troppo tardi», grazie alla quale circa un milione e mezzo di persone hanno imparato a leggere e scrivere e per questo «ad essere liberi e finalmente vivere degnamente».

Il maestro Manzi, maestro dei diversi saperi, sia dei bambini sia degli adulti, attraverso la sua grande capacità di improvvisazione «bucava lo schermo». Il suo saper disegnare alla lavagna attirava l'attenzione dell'altro e la sua profonda conoscenza dei bambini, nonché la capacità di elaborare la realtà, permetteva a questi ultimi di produrre *pensieri*.

Pensando e ripensando negli ultimi anni all'importanza della figura dell'insegnante del nuovo millennio, sono convinto che quest'ultima debba vivere tra i banchi di scuola con carisma, devozione e senso di responsabilità, con lo scopo di *rialfabetizzare*¹ i bambini stimolandoli ed educandoli soprattutto a pensare. L'arte del buon maestro è quella di saper far del meglio col poco che ha a disposizione².

Come psicologo e psicoterapeuta ho avuto modo di osservare ciò che accade all'interno delle mura scolastiche e spesso mi sono divertito nel vedere bambini e insegnanti vivere tale ambiente con il sorriso, la curiosità e la motivazione, il senso del dovere e la passione, lo spirito di compartecipazione.

Altre volte invece mi sono chiesto: «Ma come può un insegnante, in qualità di responsabile della classe e del benessere dei bambini, assumere un atteggiamento così distaccato e freddo in un momento evolutivo così vitale? Come mai alcuni bambini non sono motivati ad apprendere e all'interno della classe assumono atteggiamenti oppositivo-provocatori, capricciosi e scurrili, nonché poco rispettosi nei confronti dell'adulto? Perché quel bambino ha le capacità per fare tanto e non ce la fa a svilupparle in competenze?».

Nel delicato processo di apprendimento scolastico spesso si tendono a trascurare gli aspetti emotivi dello sviluppo del bambino privilegiando quelli puramente cognitivi e legati alla performance.

Piaget (1967) affermava già l'essenzialità dell'interrelazione tra funzioni intellettive e affettive come due componenti

indissolubili di ogni azione del bambino; infatti non esiste un'azione puramente intellettuale o emotiva, ma intervengono entrambe le funzioni e una suppone l'altra.

All'interno di qualsiasi gruppo-classe, dalla scuola dell'infanzia all'Istituto Superiore, è indispensabile riuscire a integrare nel tempo l'intelligenza della *mente* con quella del *cuore*.

Negli ultimi anni ciò sta diventando abbastanza difficile a causa di diversi fattori che interferiscono in maniera importante: per esempio la mancanza di preparazione degli insegnanti, sia in termini di conoscenze delle normali fasi dello sviluppo del bambino sia di strumenti didattici necessari per un sano apprendimento. Sicuramente la scuola sta vivendo un momento di particolare confusione e insoddisfazione in conseguenza delle varie riforme varate negli ultimi anni che non garantiscono *assolutamente* una continuità di lavoro per le cosiddette «figure portatrici del sapere» per gli allievi; inoltre è oramai nota la difficoltà sempre maggiore che il corpo docente ha nella gestione dei bambini e dei ragazzi a causa della crisi dei valori della famiglia e del rispetto dell'adulthood in quanto patrimonio culturale a tutela delle generazioni a venire.

Massimo Recalcati, nell'introduzione del libro *L'ora di lezione* (2014), afferma che abbiamo conosciuto un tempo dove bastava che un insegnante entrasse in classe per far calare il silenzio e allo stesso modo era sufficiente che un padre alzasse il tono della voce per incutere nei suoi figli il rispetto misto al timore. Quindi sia la parola dell'insegnante sia quella del genitore appariva dotata di peso simbolico e di autorità a prescindere dai contenuti che sapeva trasmettere. Provocatoriamente l'autore continua affermando che «nessun insegnante attualmente può più vivere di rendita».

Il dato attuale, a tutti oramai noto e – aggiungerei – preoccupante, è che stiamo assistendo allo sgretolamento graduale del *patto di corresponsabilità* Scuola-Famiglia che sfocia sempre più in un vissuto a senso unico degli insegnanti, caratterizzato dalla solitudine e da una particolare sindrome da *frammentazione interna simbolica*³. Allora mi chiedo: «Cosa possiamo fare, psicologi, insegnanti-educatori e genitori, e soprattutto da dove ripartire?».

Io ripartirei dalla figura imprescindibile dell'insegnante e da una parola magica che alberga all'interno del nostro cuore: *l'Empatia*.

La parola *Empatia* significa «Sentire Dentro»; spesso le difficoltà in ambito scolastico possono essere correlate con un

blocco emozionale, ovvero con un arresto del normale fluire di questa innata e intima capacità di *sentire*, lasciando entrare come nutrimento gli elementi che caratterizzano l'esperienza complessa dell'apprendimento. Per questo credo sia *importantissimo* da parte dell'insegnante contattare il reale livello emotivo dei bambini perché in un'ottica relazionale le competenze di ogni fanciullo emergono di fatto intorno alla sua «dimensione affettiva».

A scuola è importante poter apprendere il linguaggio dell'autonomia, del bisogno di appartenenza, della libertà, del divertimento e dell'altruismo. A tal fine è consigliabile sensibilizzare i bambini al dare e al ricevere, all'ascolto reciproco privo di superficiali critiche; solo in questo modo il *pensiero condiviso* dell'insegnante e dei suoi allievi si alimenterà e si rivitalizzerà. L'insegnante, conoscendo nel tempo l'intero gruppo-classe e le caratteristiche specifiche di ogni bambino, può favorire la condivisione di bisogni e desideri.

Prendendo a prestito l'espressione di R. Massa (1997) «accendere il desiderio», vorrei sottolineare l'importanza della capacità dell'insegnante di coinvolgere gli allievi nell'esperienza dell'apprendimento attraverso non solo le competenze specifiche della materia, ma anche con modalità ludico/creative che rimandano a un'esperienza estetica del *piacere* derivante dall'incontro tra il desiderio di nutrire e quello di essere nutriti, dall'attesa dell'incontro empatico delle reciproche aspettative.

L'empatia tra i banchi di scuola dunque è relazione e interazione, improvvisazione, immaginazione e desiderio di conoscenza, spirito di collettività e creatività, tolleranza e rispetto dell'altro, in poche parole: è tornare a *pensare insieme*.

Marshall Rosenberg (1960), psicologo statunitense recentemente scomparso, ha sviluppato il modello della Comunicazione Non-Violenta (CNV), detta anche Linguaggio *Giraffa*, una metodologia accurata di lavoro permeata sul concetto di *Empatia Autentica*: «piantare i semi dell'empatia» attraverso il linguaggio dell'ascolto dell'altro entrando nel cuore e trasmettendo agli studenti sicurezza e voglia di fare, per un sano *apprendimento vivo*. All'opposto, un atteggiamento rigido e svogliato, giudicante e critico, contribuirebbe allo sviluppo di un ambiente scolastico con vissuti demotivanti, di sentimenti di insoddisfazione ed inadeguatezza e, quindi, di una comunicazione destinata a fallire (Linguaggio *Sciacallo*).

L'autore in più riprese afferma che spesso all'interno della scuola sono presenti sentimenti di paura, senso di colpa e vergogna, oppure si è troppo concentrati sull'ottenimento immediato di un obiettivo; vince il più veloce con il minore sforzo! Negli ultimi anni all'interno dei gruppi classe dominano vissuti di competitività eccessiva, individualismi e stili di insegnamento malsani; sarebbe invece importante poter utilizzare un *linguaggio giraffa* che sappia accogliere ogni singolo individuo senza utilizzare giudizi netti e interpretazioni gratuite, sintonizzandosi empaticamente con lo stato emotivo dello studente che apprende.

Un *insegnante sufficientemente buono* (D.W. Winnicott) dovrebbe sempre chiedere ai suoi allievi: «Come stai? Come posso aiutarti?» e, come afferma Rosenberg, «Come posso

rendere la tua vita più bella?». Così, attraverso un linguaggio che fa parlare il cuore e non la mente, si favorirebbe la nascita di uno spirito di lavoro gruppale, partendo proprio dal riconoscimento dei bisogni del singolo, al fine di ottenere risultati efficaci in termini di rendimento, autonomia e maturazione, attraverso gli strumenti dell'ascolto attivo e della sintonizzazione empatica e stimolando in tal modo nell'allievo la sua curiosità creativa e favorendo l'emergere delle capacità innate che si tramuteranno nel tempo in competenze specifiche, che si andranno consolidando.

Rosenberg utilizza l'immagine curiosa della giraffa perché è l'animale che, avendo il collo più lungo, ha tendenzialmente una visione più ampia e completa del mondo circostante. Inoltre è l'animale che possiede il cuore più grande in assoluto, proprio a sottolineare l'importanza della dimensione affettiva della comunicazione empatica.

Nel film «L'attimo fuggente» (1989), diretto da Peter Weir, il rimpianto Robin Williams, nei panni di un atipico e poco formale Professor Keating, dimostra sin da subito di essere in antitesi con il resto del corpo docente: al primo incontro entra in classe fischiettando e sorridendo, osserva i ragazzi con fare distratto e, uscendo dalla porta li invita a seguirlo suscitando ilare curiosità. Attraverso la passione per la poesia riesce a stimolare l'autenticità di ognuno di loro e conquista il loro cuore incoraggiandoli: «Rendete straordinaria la vostra vita». Nel finale, salendo in piedi su un banco tra gli altri banchi, utilizzando un linguaggio giraffa, lascia un messaggio chiaro e profondo, segnando una traccia indelebile nel cuore dei ragazzi.

Alcuni anni fa ho ascoltato i racconti di un centinaio di studenti delle scuole medie inferiori e superiori di Roma che ricordavano i momenti trascorsi a scuola; alcuni hanno riportato ricordi e vissuti negativi: ansia da separazione e da prestazione, fobia scolare, atti di bullismo da parte di coetanei, insegnanti poco motivanti e troppo seri, somatizzazioni legate alla paura del giudizio, difficoltà di apprendimento e vissuti di *esclusione* (diversi ragazzi hanno salvato per sempre nel file della propria memoria il momento del passaggio dalla propria classe, e quindi dalla «classe di tutti», a quella di sostegno).

Tra quelli invece che hanno riportato un'esperienza positiva e piacevole è emerso il ricordo indelebile legato all'immagine schietta e pulita del viso del/la maestro/a, alla profondità del contatto oculare e al tono della voce, alle attività legate principalmente all'immaginazione e alla fantasia, ma soprattutto al contatto corporeo e alla gratificazione, per esempio un abbraccio o una pacca sulla spalla come rinforzo e soprattutto come segnale di presenza: «Io ci sono e sono accanto a te e tu ci sei e sei parte del gruppo».

Quando uno studente sente di poter realmente contare sull'insegnante o su un coetaneo, si sente più sollevato, ascoltato, contenuto e sicuro di sé. Riccardo 21 anni, ha affermato che «i bambini e i ragazzi vogliono essere *ascoltati*, guidati e interessati all'argomento che si sta trattando».

N. Noddings (2004) afferma con passione che «i bambini imparano in comunione e ascoltano le persone che ritengono essere importanti e a cui a loro volta importa dei bambini».

Ogni insegnante va rispettato nel proprio stile di «fare scuola», ma credo sia importante creare sin dall'inizio un ambiente *degno* del bambino, rispettoso e permissivo, ma allo stesso tempo depositario di norme, regole e responsabilità. Molti aspetti legati alla vita scolastica suscitano senz'altro ansie, paure e stress negli insegnanti, che lamentano difficoltà e fatica a gestire l'intero gruppo-classe; si sentono insoddisfatti, poco motivati, esausti di un sistema scolastico che non garantisce assolutamente solidità e non dà certezze. Di conseguenza l'apprendimento dei bambini ne risente.

Anche la profonda crisi delle famiglie e la conseguenza di essa sui bambini e i ragazzi sovraccarica gli insegnanti, che si trovano a dover obbligatoriamente attingere alla propria sensibilità personale (con i pro e i contro!) per percepire se il bambino/ragazzo sta covando un disagio emotivo profondo che sta influenzando il normale processo di apprendimento. Molti bambini sembrano quasi impauriti dal libro di testo o fanno addirittura fatica a restare seduti sulla sedia: la paura limita la percezione, la comunicazione e l'apprendimento provocando un senso di solitudine e di inadeguatezza tale da inibire la parte autentica del Sè.

Per questo è importante stimolare il lavoro in piccolo gruppo non esclusivamente con attività prettamente didattiche, ma anche di tipo grafico-pittorico, musicale, di coordinazione oculo-manuale, di drammatizzazione, che favoriscano l'espressione delle emozioni attraverso le quali i bambini possano svolgere un ruolo attivo, sentendo di «donare un pezzo di sé» all'altro.

Tutto questo apre molte porte nei cuori dei bambini perché il lavoro fatto insieme permette all'insegnante di conquistarli e nutrirla di sapere: saranno ricordati con piacere i giorni dello sbocciare dell'empatia.

Note

¹ Termine utilizzato per indicare un processo che sottolinea l'importanza di poter iniziare dalle basi dell'educazione e del pensiero, come faceva il maestro Manzi nel tentativo di aiutare gli analfabeti in Italia di tutte le età. Molti bambini hanno delle difficoltà nei processi di immaginazione, creatività e sviluppo del pensiero critico perché fanno fatica a osservare l'ambiente circostante depositario delle conoscenze.

² Termine ripreso da Bion quando afferma che l'arte del terapeuta è saper far del meglio col poco che c'è.

³ Termine che indica il vissuto di frammentazione causato dalla precipitazione di un fenomeno collusivo che coinvolge sia gli aspetti personali dell'insegnante sia i fattori ambientali legati al sistema Scuola, ai bambini e alla componente genitoriale.

Bibliografia

Hart. S., Kindle Hodson V., *A scuola con empatia: didattica e apprendimento basati sulle relazioni*, Reggio Emilia, Edizioni Esserci, 2004.

Noddings. N., Bingham C., Sidorkin A.M., *No Education Without Relation*, «Counterpoints: Studies in the Postmodern Theory of Education», 259, 2004.

Recalcati M., *L'ora di lezione: per un'erotica dell'insegnamento*, Torino, Einaudi, 2014.

IdO Istituto di Ortofonologia

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica dell'Età Evolutiva

DIRETTRICE: dott.ssa Magda Di Renzo – Analista Junghiana – CIPA Roma/IAAP Zurigo

COORDINATORE: dott. Bruno Tagliacozzi – Analista Junghiano – CIPA Roma/IAAP Zurigo

L'evento si propone come momento di riflessione e approfondimento sul tema delle problematiche in età evolutiva e di presentazione del modello teorico-clinico della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'IdO (riconosciuta con Decreto MIUR 23.07.2001).

IDO – OPEN DAY
sabato 14 novembre 2015 • ore 9,30-12,30

Sede: Via Alessandria, 128/b – Roma • INGRESSO LIBERO

In considerazione del numero limitato dei posti è necessaria l'iscrizione.
segr.alessandria@ortofonologia.it - Tel. 06/44.29.10.49 - Tel./Fax 06/44.29.04.10

Questo spazio raccoglie le riflessioni dell'equipe degli psicologi/psicoterapeuti dell'IdO che da anni lavora nelle scuole di Roma e provincia.

La conoscenza e la vicinanza con l'adolescente allo sportello d'ascolto, all'interno delle classi o attraverso gli occhi dei genitori e degli insegnanti, hanno offerto la possibilità di esplorare il loro mondo in una maniera del tutto diversa rispetto al setting psicoterapeutico.

Un viaggio sorprendente che ci ha condotto dapprima nei luoghi condivisi degli adolescenti e poi nelle segrete delle loro fortezze. Come in un caleidoscopio, la rubrica si propone di offrire ogni volta immagini, colori, emozioni del mondo adolescenziale e di aprire nuove prospettive su un universo pieno di sfaccettature in continua evoluzione. Puntiamo a sviluppare nuove riflessioni restando lontani da pregiudizi e luoghi comuni.

Costruire i «luoghi» di incontro reali e simbolici nello sportello d'ascolto per i ragazzi

Alcuni strumenti di lavoro

TERESA VALLONE

Psicologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva, IdO (Istituto di Ortofonologia) – Roma

Entrare in uno sportello d'ascolto non è solo un'azione fisica, ma soprattutto simbolica. Lo spazio dedicato allo sportello, infatti, si costruisce e si ricostruisce ogni settimana, ogni quindici giorni, ogni volta che una psicoterapeuta entra in quella stanza che la scuola le ha affidato e accende un fuoco simbolico che dia vita, luce e respiro alle richieste dei ragazzi (ma non solo).

Nell'antica cultura greca la divinità che presiede il focolare domestico è Hestia, dea che quasi mai viene rappresentata con fattezze umane, mentre era usuale renderle onore tramite un braciere acceso al centro dell'abitazione. «L'invisibile Hestia rappresenta il dentro dei processi vitali che si sviluppano all'interno di uno spazio reso sacro» (Mondo, 2012). Ed è uno spazio sacro, lo spazio di ascolto che ogni volta siamo chiamati a ricostruire nel luogo concreto della scuola. L'intento del mio scritto è quello di mettere in luce alcuni degli strumenti che ci permettono di accendere ogni volta questo «fuoco» simbolico.

Il setting dello sportello è estremamente variabile e incline a imprevisti e nuove trasformazioni. Per questa ragione, a differenza di una stanza di terapia, le piccole «isole di costanza» che ci sono hanno un ruolo fondamentale per la relazione che si instaura con il ragazzo.

La prima certezza che abbiamo entrando in uno sportello d'ascolto è che esso per nascere ha bisogno di due personalità disposte a incontrarsi.

È il ragazzo in autonomia e liberamente che sceglie di usufruire o meno dello spazio di ascolto messo a disposizione dalla scuola. Capita talvolta che un professore, preoccupato per il comportamento di un alunno, ci chieda di non seguire la normale prassi di iscrizione, e quindi ci inviti a chiamare noi stessi il ragazzo con una scusa, e una volta arrivato a colloquio invitarlo a raccontarci le sue difficoltà familiari o personali. Pur nella comprensione del bisogno dell'insegnante, però, ciò non può accadere: come mette in luce l'approccio psicodinamico passando da Winnicott fino a Charmet, ciò che è terapeutico per un adolescente è aver garantito l'opportunità di rivelare se stesso nel contesto di una relazione genuina (Frankel, 2001). La relazione e la comunicazione, soprattutto con gli adolescenti, deve essere basata sull'autenticità e la fiducia. Quindi in questi casi è più utile che il professore espliciti la propria preoccupazione sincera al ragazzo e gli prospetti la possibilità di usufruire dello sportello psicologico.

Un altro elemento che ci aiuta a costruire lo spazio di ascolto è quello che mette in luce Jung quando insegna che non si può influenzare l'altro se prima di tutto non siamo disposti a farci influenzare noi per primi. Afferma Jung: «L'incontro di due personalità è simile alla mescolanza di due diverse sostanze chimiche: un legame può trasformarle entrambe. Da ogni trattamento psichico efficace ci si deve aspettare che il terapeuta eserciti l'influenza sul paziente, ma quest'influenza può verificarsi solo se il paziente lo influenza a sua volta» (1929).

Affinché lo spazio di ascolto sia significativo, è necessario quindi farsi influenzare dai racconti, dalle immagini che il ragazzo porta, per costruire quel legame che conduce alla trasformazione di entrambe le parti.

Gli incontri che si svolgono presso lo sportello d'ascolto non vogliono e non devono essere incontri di psicoterapia: il luogo e il tempo non sono protetti come quelli di un percorso terapeutico e ciò metterebbe a rischio l'equilibrio di entrambi gli attori in gioco.

L'ascolto che svolgiamo nelle scuole si muove in una zona difficile eppure ampia e ricca di potenzialità trasformatrici. La modalità di intendere la relazione e la presa in carico del disagio è basata su un ascolto che si confronta con i «luoghi» e le modalità comunicative degli adolescenti. Ci riferiamo a uno spazio «simbolico» abitato dalla persona in cui possiamo rintracciare fantasie, desideri, modi di relazionarsi, paure e gioie e così via. Raggiungere questo luogo è fondamentale per comprendere quale strada possiamo percorrere per essere utile allo specifico individuo che stiamo incontrando.

Quando ci confrontiamo con gli adolescenti, infatti, spesso ci troviamo di fronte a comportamenti in cui le sfumature di colore non esistono: c'è o il bianco o il nero. Dai racconti dei ragazzi spesso emergono sentimenti ed emozioni vissuti come travolgenti, come fossero onde non cavalcabili. E noi, psicologhe degli sportelli d'ascolto, ad ogni nuovo incontro ci poniamo una domanda: tutto questo fa parte di un processo evolutivo turbolento, ma sostenuto da buone risorse personali? Oppure siamo di fronte a una fragilità, un disagio, una richiesta d'aiuto che non può essere più disattesa e ha bisogno di una risposta concreta subito?!

Ogni volta il nostro compito è cercare di capire se la domanda che ci porta l'adolescente può trovare una risposta esauriente all'interno dello sportello oppure è il caso di attivare un percorso che porti la persona, per esempio, a intraprendere una sua terapia personale o famigliare.

Allo sportello d'ascolto accedono ragazzi che raccontano stili di vita, abitudini e drammi. A volte accogliamo storie di profondo disagio: violenze famigliari, relazioni interpersonali difficili, rapporti con il proprio corpo segnati da sofferenza profonda. E in questi casi l'intera équipe si attiva per fornire una risposta concreta al disagio del ragazzo.

Altre volte i ragazzi utilizzano lo sportello come luogo in cui essere legittimati a fermarsi per riflettere su: sentimenti, emozioni, percorsi di studi futuri, come affrontare l'ansia prima delle interrogazioni, i litigi con gli amici, un lutto di una persona cara, la scoperta di una malattia di un familiare ecc. Quando dai racconti emergono difficoltà, ma anche potenzialità trasformative è possibile svolgere insieme un piccolo percorso che mira a mettere in luce le risorse presenti e per imparare «a stare» in quel momento di disagio. O «semplicemente» per dare dignità a un dolore, a un bisogno, a un desiderio, a una domanda, che non trovano altri spazi per essere accolta. In entrambe le situazioni gli strumenti che ci fornisce l'approccio psicodinamico sono fondamentali per poter ascoltare l'altro a un livello profondo e complesso, che faccia emergere non solo la domanda esplicita, ma anche, e soprattutto, quella implicita che sottende il racconto che ogni volta accogliamo.

Jung sottolinea la necessità di guardare al comportamento o al sintomo presentato dal ragazzo in una prospettiva che mira a far emergere il significato simbolico e finalistico di ciò che l'altro esprime. Questo approccio ci aiuta a non rimanere intrappolati nel disagio espresso dalle loro storie e a mantenere la giusta distanza nella relazione, in modo da valutare quale direzione sta prendendo il ragazzo e, quindi, decidere se lo sportello è il luogo adatto per affrontare il disagio espresso o è consigliabile l'invio a uno spazio di ascolto diverso.

Gli strumenti utili a fare emergere la domanda implicita nella richiesta di ascolto non sono solo il racconto verbale, ma anche l'attenzione alla dimensione corporea e l'affidamento al tramite dell'arte come il dipingere, narrare storie, modellare la carta, scrivere canzoni o poesie, e così via. Essi sono mezzi non verbali che permettono di accedere alle immagini che sono i fattori guida che danno forma all'esperienza del mondo di ognuno e, quindi, dei ragazzi, insegnanti, genitori e noi stessi.

Per la loro duttilità e facilità di trasporto il disegno è uno strumento molto utilizzato presso gli sportelli. Esso, come tutti gli altri strumenti, ha un valore nel momento in cui entra a far parte di una relazione ed è utilizzato in modo simbolico e non concretistico come fosse un mero feticcio. I disegni spesso aiutano a rompere il ghiaccio, a superare l'imbarazzo del racconto verbale e a creare un momento di riflessione creativa. Come nel caso di Marcello, 16 anni, che frequenta un liceo di Roma.

La prima volta che Marcello entra nella stanza mi colpisce il suo portamento delicato. Alto, spalle larghe, magro, pelle ambrata, sembra vestirsi in modo da non farsi notare dagli altri. Appare in imbarazzo, spesso tiene gli occhi bassi e il suo movimento è poco fluido. Racconta che non sa come mai spesso si corica sul letto e non ha voglia di far niente; sente la madre eccessivamente presente nella gestione dei compiti e si lamenta del dover litigare con lei ogni volta che vuole uscire con gli amici. Parla, ma l'espressione dei vissuti emotivi appare coartata: mi faccio l'idea che questo non sia il suo reale problema, quanto piuttosto un modo per «prendermi le misure». In faccia sembra leggere: «mi posso fidare?». Ritengo che sia un dubbio lecito il suo, così lo lascio fare, e non chiedo altro.





Dis. 1

Emerge poi che ama la musica e qualche volta si diverte a disegnare. Prendiamo un nuovo appuntamento e gli domando se la prossima volta gli va di portarmi un suo disegno.

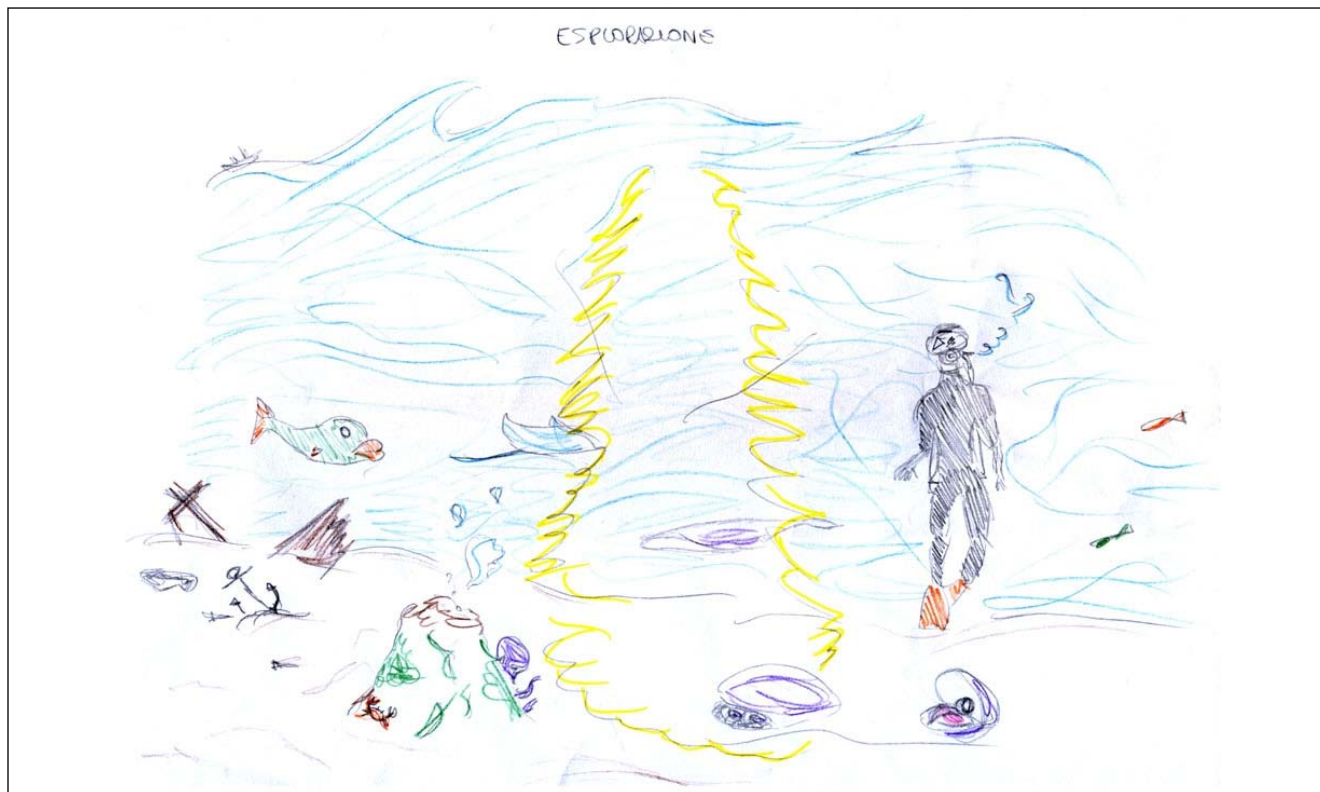
Al secondo incontro Marcello immediatamente mi mostra su un foglietto la riproduzione del suo nome stile «writer». La modalità di stare seduto sulla sedia è rilassata e ora mi guarda negli occhi. Confrontarsi su questo piano lo tranquillizza e così gli chiedo se gli va di disegnare un'immagine di se stesso, qualcosa che parli di lui. Accetta di buon grado e il disegno ci apre una bella porta sul mondo interno del ragazzo chiarendo la domanda implicita nel racconto emerso nel primo nostro incontro.

Marcello in silenzio con tratto leggero disegna un aeroplano (Dis. 1), parte da Santa Cruz, ma sotto vi appone un punto interrogativo, mentre l'arrivo è segnato a Roma. Lo colora e, una volta finito, mi guarda. Delicatamente gli dico: «Raccontami». Risponde: «Sono stato adottato, sono nato in Bolivia». Da qui inizia una ricca narrazione di questa terra di cui non ha ricordi, ma che ama e in cui vorrebbe tornare. Adesso il racconto della sua esperienza non è più a scatti, punteggiato da pause e sguardi lanciati nello spazio circostante, ma il ritmo è fluido e, oserei dire, autentico. Afferma che si è informato sulla cultura del luogo: sa che è un paese povero, con una difficile situazione politica e da grande vorrebbe fare qualcosa per aiutare la gente di lì. Crede che il suo paese di origine sia un villaggio sulle Ande, che i suoi abitanti vivono sulle montagne, vestono con pelli di lama, portano cappelli strani, i bambini piccoli sono tenuti con delle fasce, e nella loro cultura esiste la credenza degli «spiriti», in particolare lo ha colpito lo spirito del fiume, che permette a chi si bagna lì di guarire

dalle malattie. Insieme troviamo differenze e similitudini con la cultura occidentale, e riflettiamo sul fatto che anche nel battesimo cristiano l'acqua è simbolo di purificazione, in fondo facciamo tutti parte della grande popolazione umana. Marcello afferma che è triste perché d'estate sarebbero dovuti andare in Bolivia, ma i suoi genitori gli hanno comunicato che sono stati cancellati i voli per cui non partiranno più. Capisco che è un argomento difficile da affrontare in famiglia, gli ricordo la possibilità di usufruire dello sportello genitori, nel caso volesse essere aiutato a comunicare con loro. Il ragazzo intanto racconta che a casa hanno un album fotografico in cui sono raccolti i momenti fondamentali di quando i suoi genitori lo sono andati a prendere. Immaginando nel futuro il suo arrivo in Bolivia gli piacerebbe andare a trovare il prete dell'orfanotrofio in cui ha vissuto per conoscerlo e per sapere da lui come mai i genitori biologici non hanno potuto crescerlo.

Abbiamo aperto una porta su uno aspetto molto delicato della vita del ragazzo; sento il grande «punto interrogativo» che pesa sulle spalle larghe di Marcello. Naturalmente non ho le risposte che lui cerca e non le possiamo trovare qui oggi, ma quello che ora posso fare è tenere insieme a lui questa domanda sulle origini, domanda che gli restituisco essere adattiva e in linea con il suo percorso di adolescente che si affaccia alla vita adulta.

Al terzo incontro Marcello entra con una sciarpa avvolta al collo e un bicchiere di cioccolata calda tra le mani, in effetti la stanza è molto fredda (sempre a proposito di setting). Il ragazzo si siede, racconta che a scuola è un periodo pieno di interrogazioni, ma se la sta cavando e pian piano sente di integrare



Dis. 2

si meglio con i compagni. Gli piacerebbe che gli proponessi un altro disegno. Riflettendo su come è andato l'ultimo incontro, mi dico che è il caso di andare in profondità con estrema attenzione, magari con maschera e tubo in modo da risalire quando vogliamo. Così gli propongo di disegnare «il fondo del mare». Con tratto leggero e rilassato Marcello si impegna con entusiasmo in questo compito (Dis. 2). Finito di colorare gli chiedo di raccontarmi la storia del suo disegno. Il ragazzo riferisce che il sub è sceso per esplorare un posto che «non è il suo», e là giù ha trovato un relitto di cui, analizzando gli oggetti interni e il legno, finalmente sono riusciti a risalire all'origine: ovvero apparteneva al figlio di Gengis Khan, che voleva attaccare il Giappone, ma la sua nave è affondata prima di arrivare nel paese nemico in quanto non era adatta ad attraversare lo stretto. Marcello ricollega il disegno a un viaggio fatto alle Mauritius, anche se il suo fondale lo trova molto più selvaggio e meno civilizzato di quello delle spiagge reali. È soddisfatto della sua produzione e il titolo che dà al disegno è «Esplorazione». Così racconta che gli piace molto l'idea di esplorare e vedere posti nuovi e, anche se non è ancora sicuro di cosa voglia fare da grande, lo incuriosisce il mestiere di giornalista: in questo modo può viaggiare e aiutare anche gli altri. Il disegno, insieme ai racconti dello scorso incontro mi danno l'occasione per restituire a Marcello la spinta all'esplorazione e alla ricerca che mostra e che sembra essere un elemento «vitale» della sua personalità, che possiamo porre accanto a quei momenti in cui si ritrova a sostare sul letto senza pensare a niente, come ha raccontato nel primo incontro. Non prendiamo un altro appuntamento, ma Marcello sa che

può tornare quando vuole. Gli chiedo se ha una curiosità o una domanda da farmi prima di salutarci. Lui, con un po' di imbarazzo, afferma che effettivamente una domanda ce l'avrebbe. Dopo un momento di silenzio mi chiede: «Come faccio ad arrivare a Villa Borghese?!». Mi spiega, infatti, che ha conosciuto una ragazza e vorrebbe portarla in questo bel parco in cui è stato solo una volta tanto tempo fa. Prendiamo il cellulare e così «esploriamo» insieme il mondo dell'applicazione dei trasporti urbani di Roma.

È una domanda semplice la sua, eppure simbolicamente possiamo individuare la spinta verso il futuro, e sentire di aver posto un piccolo mattone per costruire la possibilità di abitare se stessi vicino al fuoco sacro di Hestia.

Bibliografia

- Di Renzo M., Bianchi di Castelbianco F., Ferrazzoli F., Sartori L.** (2011), *L'eros adolescente*, Roma, Edizioni Magi, 2011.
- Di Renzo M., Bianchi di Castelbianco F. (a cura di)**, *Mille e un modo di diventare adulti*, Roma, Edizioni Magi, 2010.
- Frankel R.**, *L'adolescente in analisi*, Milano, Vivarium, 1998.
- Mondo R.**, *Nei luoghi del fare anima*, Roma, Edizioni Magi, 2012.
- Jung C.G.**, (1929), «Pratica della psicoterapia», in *Opere*, vol. XVI, Torino, Boringhieri, 1981.

In cerchio con i ragazzi: narrazioni, immagini, fantasie

Il confronto con il gruppo-classe

ILARIA CONTORNI – MARIA CHIARA PECORARO

Psicologhe, psicoterapeute dell'età evolutiva, IdO (Istituto di Ortofonia) – Roma

A scuola è importante saper appassionare perché gli adolescenti vivono l'età per cui l'unica cosa che conta è l'amore, e se gli adolescenti si occupano dell'amore bisogna andare là a cercarli. Attirarli a livello emotivo significa trovare la breccia per passare poi al livello intellettuale. Se invece si scarta la dimensione emotiva, sentimentale, affettiva allora non si arriva neppure alle loro teste (Galimberti, 2011).

Il gruppo-classe rappresenta sicuramente una realtà particolare ed eterogenea, fatta di personalità, stili diversi di esperienze e di apprendimento, diverse modalità comunicative e affettive, che si ritrovano insieme con un compito evolutivo/didattico uguale e standardizzato. La scelta dei singoli individui, infatti, si basa essenzialmente su uno screening che potremmo definire «istituzionale», costituito per lo più da alunni di pari età, non scelto liberamente dai suoi membri bensì vincolato a criteri di composizione individuati dall'istituzione (Nigris, 2000; Negri, 2005). La scelta è fatta prevalentemente con lo scopo di costruire classi il più possibile uniformi e organiche in modo da favorire i processi di insegnamento-apprendimento (Negri, 2005). L'insegnante, che entra per la prima volta in una classe, dovrebbe avere, prima di tutto, una visione bifocale: dovrebbe volgere lo sguardo al gruppo, ma anche al singolo, dalla coscienza collettiva all'individuale, osservare le dinamiche all'interno di essa, per promuovere le possibili risorse del gruppo. Compito fondamentale del docente, dunque, è quello di costruire una leadership in grado di accogliere il dinamismo del gruppo, per contenere gli aspetti emotivo-affettivi e favorire nello stesso tempo gli apprendimenti.

L'attuale contesto scolastico presenta una serie di problematiche che non sono solo relative allo svolgimento delle normali attività didattiche, ma anche dovute a una serie di fattori che i docenti si trovano a fronteggiare nel momento in cui si trovano di fronte al gruppo-classe: problematiche relative al contesto familiare e sociale, che incidono sulla coesione della classe e sulla didattica; altra questione importante è che la scuola così come è concepita, di certo, non può occuparsi delle singole individualità, tutto e tutti sono posti su di un *continuum* spazio-temporale, basti pensare alle prove INVALSI o semplicemente al grande numero di diagnosi di DSA di questi ultimi anni.

In questo clima il professore può divenire, suo malgrado, confidente, psicologo o perfino genitore, ma accade, a un certo punto, che tale investimento di ruoli divenga un carico troppo pesante e allora la presenza dello psicologo nella scuola può essere di aiuto, non solo come sportello di ascolto individuale, ma anche come aiuto all'intero del gruppo-classe. Ecco che spesso i professori ci chiedono di intervenire per risolvere la situazione, a volte a fine anno scolastico, quando ormai non riescono più a gestire la classe o il disagio all'interno del gruppo. Incontrandoci nel corridoio o varcando la porta dello sportello d'ascolto ci chiedono di aiutarli con la classe perché troppo agitata, non coesa, maleducata nei loro confronti. «Possiamo fare un intervento in classe perché i ragazzi sono maleducati e poco rispettosi verso gli insegnanti», «C'è un ragazzo che ha il sostegno. Possiamo fare un lavoro sulla classe perché è deriso?», «Può venire in classe e osservare un ragazzo che secondo me ha un forte disagio emotivo, forse è iperattivo?». Sono queste, ma anche tante altre le richieste di aiuto da parte dei professori.

Il lavoro con il gruppo-classe inizia già da questo primo momento di scambio con il professore, con il quale diviene necessario elaborare insieme il senso dell'incontro e le motivazioni definendo spazio, tempo, finalità. In questa fase è necessario sottolineare che la partecipazione e coinvolgimento attivo del gruppo-classe è una condizione *sine qua non* alla buona riuscita dell'intervento. Questo perché a volte entriamo nella classe scoprendo che gli alunni sono completamente all'oscuro degli incontri, che non hanno ben chiaro perché uno psicologo deve parlare con loro.

Con l'esperienza abbiamo iniziato a renderci conto che è necessario iniziare a lavorare prima di tutto con il corpo docente e in seguito entrare in classe in quanto a volte non vi è chiarezza e accordo tra gli stessi insegnanti.

Dall'altra parte c'è chi tra i docenti immagina un risultato immediato, quasi «magico», dei nostri interventi tanto che in un'occasione, finiti gli incontri, la professoressa, affacciandosi in classe, ha detto «ma dottoressa io li vedo sempre uguali?». Diviene quindi importante da subito spiegare agli insegnanti il lavoro che si andrà a fare nella classe rispetto a modalità, scopi e obiettivi degli incontri. Solitamente vengono programmati tre incontri della durata di due ore ciascuno. Le date

vengono stabilite in base alla didattica, e viene detto di informare e/o chiedere ai ragazzi cosa ne pensano riguardo a questo lavoro. L'importanza della chiarezza e della programmazione ci permette di entrare in classe con tempi e spazi noti a tutti e questo permette di alleviare e contenere le ansie, le paure dei ragazzi i quali possono, in alcuni casi, vivere l'intervento come una punizione o come un'imposizione da parte dell'autorità scolastica.

Sempre in questa prima fase è necessario capire la domanda da parte del professore. Le richieste spesso riguardano la conflittualità o l'aggressività tra i ragazzi o verso gli insegnanti, atti di bullismo, l'affettività e la sessualità. A volte gli interventi sono rivolti all'elaborazione di un lutto o di un trauma. Ultimamente molti interventi hanno avuto come tematica principale l'autolesionismo nei suoi vari aspetti: cutting e tentati suicidi. A volte le richieste sono difficili da mettere in pratica, non perché ci siano ostacoli rispetto all'intervento, ma perché spesso vanno al di là del nostro ruolo e del contesto in cui siamo inseriti.

Ma chi è che fa la richiesta? Solitamente la domanda nasce dal singolo insegnante, a volte è colui che ha maggiore confidenza con i ragazzi, in alcuni casi è il consiglio di classe a chiedere il nostro intervento in accordo anche con i genitori, ma di frequente è capitato che fossero gli stessi ragazzi a promuovere i laboratori. Certamente tre incontri in alcuni casi non sono sufficienti, sarebbe opportuno ritornare in classe in un secondo momento, ma nella grande frenesia della corsa alla didattica e del portare a termine il programma ministeriale nei tempi previsti, non c'è spazio per il pensiero, per gli affetti e le emozioni, e purtroppo sembrerebbe proprio questo il problema della società attuale, una «società liquida» dove prevalgono la «cultura dell' adesso» e la «cultura della fretta» (Bauman, 2006). Anche se con mille difficoltà, negli anni abbiamo potuto constatare che il lavoro con i ragazzi ha toccato e ha potuto almeno esternalizzare nodi cruciali anche nei soli tre incontri, grazie alla facilità con cui i ragazzi stessi si sono messi in discussione, mentre purtroppo gli adulti hanno continuato ad avere la loro idea e solo in qualche caso è stato possibile intraprendere un adeguato lavoro anche con il corpo docente.

Finalmente siamo di fronte al gruppo-classe: primo giorno di intervento in una classe prima in un liceo scientifico di Roma. Il corpo docente ha richiesto l'intervento perché la classe risulta essere ingestibile e immatura. La psicologa chiede al gruppo di disporsi in cerchio con le sedie; nel caos c'è chi sbuffa, chi partecipa volentieri e chi, invece, resta in disparte a osservare questa nuova disposizione spaziale. Finalmente, dopo tanto rumore, troviamo un «equilibrio», tutti sono l'uno di fronte all'altro e si guardano, forse si «vedono» per la prima volta. In cerchio, dunque, per stimolare un nuovo orientamento psichico, un nuovo modo di stare insieme. Il cerchio, sappiamo bene, è un simbolo importante di omogeneità, assenza di divisione e assenza di distinzione; è un simbolo antichissimo che rappresenta il corso quotidiano del sole, la successione delle stagioni, la ruota del tempo, l'esempio più immediato dell'ordine naturale dell'universo. La



circolarità del tempo e dell'universo garantiva prosperità e crescita, sia fisiche sia spirituali. Realmente la crescita, la trasformazione, avvengono grazie alla formazione di un campo invisibile dove convergono emozioni, immagini e fantasie di ogni componente del gruppo e che diventa un luogo sacro dove ognuno è visto e riconosciuto e nel quale è possibile esprimere se stessi e, nello stesso tempo, sentirsi parte integrante di un gruppo.

I ragazzi iniziano così a raccontarsi, a narrarsi: c'è chi si sente di scendere più in profondità, regalando al gruppo un po' di sé, e chi, in apparenza, resta più in superficie. E pian piano il dialogo è aperto e tutti dicono qualcosa che vorrebbero cambiare della loro classe per sentirsi meglio: ci sono discussioni accese tra alcuni, altri iniziano a mescolare la vita personale con il gruppo ed è un crescendo di emozioni che prendono possesso dei ragazzi e li fanno diventare «ingestibili e immaturi».

Cosa è successo? Cosa ha determinato un cambio così repentino di situazione? La riflessione sulle dinamiche osservate e vissute è l'unico strumento che lo psicoterapeuta possiede per tarare il peso che dovranno avere i prossimi incontri. Al di là di come finisca la prima giornata con i ragazzi, è doveroso fermarsi a rivedere quanto materiale inconscio si è attivato, perché il rischio più grande che si corre è quello di voler salvare i ragazzi dall'adolescenza o i bambini dalla loro infanzia. La cosa più importante in assoluto è entrare in classe senza pregiudizi, senza essere già certi di cosa ci si troverà e restare concentrati sulle storie di vita che emergono. La disposizione in cerchio e le attività che si propongono per far presentare i ragazzi sono elementi essenziali che permettono di sostenere il gruppo nascente. Negli incontri successivi, in punta di piedi, l'obiettivo è stato scandagliare i conflitti interni per aiutare i ragazzi a non prendere «sul piano personale» questioni gruppali da risolvere



insieme. Un lavoro duro che ha incontrato tante resistenze e sembrava non avesse attecchito in nessun modo.

Un anno dopo, incontriamo di nuovo lo stesso gruppo-classe, ma in questo caso la richiesta non ci arriva dai docenti, ma dai ragazzi: alcuni compagni sono stati bocciati e ne sono arrivati dei nuovi e così è nata l'esigenza di ritrovarsi in uno spazio protetto dove poter gestire questi nuovi assestamenti all'interno del gruppo. Non è necessario dire nulla, lo spazio condiviso si crea naturalmente, si raccontano i cambiamenti avvenuti, nel bene e nel male, e in questa fase anche la psicologa si mette in gioco, esplicitando i cambiamenti «fisici» che nota: chi ha cambiato il colore dei capelli, chi si è messo il piercing e chi, finalmente, è riuscito a scoprirsi il viso da capelli e cappellino e non teme il confronto con gli altri, facendo sentire la propria presenza. Questa attenzione verso di loro li sorprende: «Dottore», ma come fa a ricordarsi di noi, tutti «sti particolari?!». L'emozione di sorpresa ha aperto un canale importante di comunicazione, i ragazzi si sono sentiti accolti, visti e riconosciuti, si è creata una vicinanza e condivisione su un livello diverso, più maturo. Il gruppo diventa così un «luogo» in cui prendono forma fantasie ancora indeterminate, uno «speciale spazio o contenitore relazionale e mentale» in cui si realizzano trasformazioni emotive ed operazioni di pensiero (Neri, 2004). La classe ha così accolto ogni attività proposta, mettendosi in discussione, fino a raggiungere un'immagine di sé più coesa e consapevole e volta ad accettare le diversità.



Nel nostro approccio con le classi, il gruppo viene considerato un insieme, una comunità, un collettivo, capace di pensiero e di elaborazione emotiva. Il numero di incontri (3 incontri di 2 ore ciascuno) e le attività proposte sono finalizzati a stimolare una più accurata percezione di sé e degli altri. L'esperienza più gratificante, sia per i bambini sia per gli adolescenti, è quella di sentirsi riconosciuti come persone pensanti e capaci. Le attività che si propongono nella prima giornata sono pensate e proposte per gettare le basi affinché il gruppo possa lavorare insieme e, quindi, nascere. La definizione condivisa degli obiettivi crea un «contenitore» all'interno del quale esporsi, muoversi, esistere. In questa fase di ambientamento il terapeuta propone giochi per aiutare le persone a «rompere il ghiaccio» e aiutarle a esprimersi al meglio (Crescimbeni, 1999).

Le attività proposte nei «laboratori esperienziali» sono sempre pensate *a priori*, ma come spesso abbiamo sottolineato, è nel momento in cui varchiamo la soglia e solo dopo essersi confrontati con i ragazzi che abbiamo una più chiara idea del gruppo e delle sue problematiche, ma anche delle fantasie legate al nostro intervento.

Cogliere e scegliere le attività più adeguate non è sempre facile. Si deve lavorare sul qui ed ora. Con il tempo e l'esperienza fatta insieme ai ragazzi abbiamo accumulato un bagaglio di attività che sono sempre in divenire, non abbiamo quindi una ricetta unica, ma ogni volta, a seconda del gruppo che ci tro-

~ Perdizione & Libertà ~


Questa è la storia di Thomas, un ragazzo che pare avere tutto, ma ha perso ciò che per lui è più importante: la libertà d'essere. Infatti è da tempo che ormai si sente come una macchina da corsa una volta esposta ad un espositivo a scopo



Si sente solo, assennato, giudicato da chiunque, ma incapace d'esprimersi. Ciò che veramente desiderava era sentirsi libero e libero soprattutto, desiderava di poter comunicare lui stesso era davvero sentiva di essere.

trovando così la libertà dell'anima... in paradiso

Tento' così la via della fuga, cerco di valicare quel muro di giudizi altrui. Ma infine si ritrova a essere come un'uccello via d'uscita una volta particolare:



Perdersi nell'immensità del mare abbandonandosi così all'ebbrezza marina per raggiungere una libertà assoluta

ma purtroppo ETERNA

viamo di fronte, dobbiamo scegliere e cambiare gli ingredienti. Nella maggior parte dei casi con i ragazzi cerchiamo di lavorare su di un piano simbolico nel tentativo di attivare la funzione riflettente attraverso immagini, racconti e storie spostando l'attenzione dall'attività verbale, che di fatto rappresenta il canale di comunicazione privilegiato dai ragazzi. Lavorare con il simbolo vuol dire lasciar spazio agli aspetti non solo consci, ma anche inconsci che ci permette, ma soprattutto permette ai ragazzi, di utilizzare un canale più creativo ed emotivo.

Il simbolo suscita allusioni: il linguaggio, invece, può solo dare spiegazioni. Il simbolo suona all'unisono tutte le corde dell'animo umano; mentre il linguaggio è costretto a esprimere un solo pensiero alla volta. Il simbolo affonda le sue radici nelle più segrete profondità dell'anima; il linguaggio sfiora solo la superficie della comprensione come una dolce brezza. Solo il simbolo può unire insieme i più disparati elementi in una sola impronta... (Bachofen, 1967).

Attraverso le immagini, le storie e i disegni i ragazzi possono avvicinarsi, ma soprattutto rivedere e toccare il problema o il disagio sotto un'altra prospettiva in cui l'emozione e l'affettività si possono finalmente liberare.

Le attività proposte sono moltissime e ne descriveremo solo una piccola parte: alcune sono specifiche della presentazione, per esempio con i gruppi di bambini si propone di auto-rappresentarsi attraverso il disegno di un animale o con la carta di identità su chi vorrebbero essere da grandi. Ai ragazzi si propone la presentazione a coppia dove ci si descrive l'un l'altro trasformandosi nell'io narrante del compagno oppure narrarsi attraverso ciò che dicono di loro a casa (il mito familiare). Altre attività hanno come finalità lo svelamento del problema/disagio del gruppo-classe; ciò avviene nella maggior parte dei casi attraverso immagini e storie, dove i ragazzi e i bambini raccontano se stessi e il gruppo.

Una delle attività proposte è il «gioco della pattumiera», dove si devono esplicitare limiti e risorse del gruppo: i ragazzi/bambini disegnano o scrivono su dei foglietti cose che vorrebbero cambiare della propria classe mettendoli dentro un sacchetto della spazzatura. Da lì, in gruppo, vengono ripescati e si decide cosa gettare o cosa riutilizzare come possibilità di trasformazione.

Un lavoro ad alto contenuto simbolico è la creazione di un cartellone con immagini raccolte da internet, giornali e riviste. Ciascun ragazzo ne sceglie una, poi, divisi in sottogruppi, si crea una storia comune legando insieme le immagini. Le resistenze e le perplessità dei ragazzi sono facilmente intuibili perché le immagini scelte «sembrano» non avere un filo comune. Superata questo primo *impasse*, alla fine c'è una grande voglia di mostrare e condividere il proprio lavoro. A volte le storie sono molto articolate, altre più semplici, ma in tutte troviamo la storia del gruppo e quella individuale.

Ecco un esempio:

«Perdizione & Libertà»

Questa è la storia di Thomas, un ragazzo che pare abbia tutto, ma ha perso ciò che per lui è più importante: la libertà

d'essere. Infatti è da tempo che ormai si sente come una macchina in corsa, ma utilizzata solo a scopo espositivo. Si sente nudo, osservato, giudicato da chiunque, ma incapace di esprimersi. Ciò che veramente desiderava era sentirsi libero e libero soprattutto di poter comunicare lui stesso chi davvero si sentiva di essere. Tentò così la via della fuga, cercando di valicare quel muro di giudizi altrui. Ma infine si ritrovò a scegliere come ultima via d'uscita, una via particolare: perdersi nell'immensità del mare abbandonandosi così all'ebbrezza marina per raggiungere una libertà assoluta, ma purtroppo ETERNA».

Il cartellone diviene così uno strumento per confrontarsi e sperimentare un nuovo modo di viverci nel gruppo, al di là del contesto scolastico. Lo scopo è proprio quello di far emergere i vissuti e trovare spunti per iniziare a parlare di sé nel gruppo e con il gruppo. Un ragazzo una volta disse che attraverso il lavoro appena fatto si era reso conto di essere stato sì il capro espiatorio di un fatto avvenuto in classe, ma che lo era stato perché lui stesso aveva assunto tale ruolo. Nel cartellone si era descritto, riprendendo l'immagine che aveva scelto, come il Vecchio Saggio, cioè come colui che guida e al tempo stesso protegge il gruppo, proprio come aveva agito lui auto-denunciandosi per un fatto accaduto.

Solitamente nell'ultimo incontro insieme ai ragazzi ci si sofferma sulle sensazioni ed emozioni vissute nel tempo e nello spazio condiviso. Emergono le aspettative e i buoni propositi verso il futuro di questo «nuovo» gruppo-classe, ma anche la convinzione e la paura che nulla si possa modificare a causa delle resistenze di ognuno.

Il compito del terapeuta, nel lavoro col gruppo-classe, è quello di restituire un'immagine reale ma fiduciosa delle risorse e dell'energia che la classe possiede, sottolineando il potere trasformativo dello stare insieme.

Bibliografia

- Bachofen J.J.**, *Myth, Religion and Mother Right*, New York, Bollingen Foundation, 1967.
- Bauman Z.**, *Modernità liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2006.
- Jung C.G.**, *L'uomo e i suoi simboli*, Milano, TEA, 1967.
- Manes S.**, *68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Negri S.** (a cura di), *Il lavoro educativo. L'importanza della relazione nel processo di insegnamento-apprendimento*, Milano, Bruno Mondadori, 2007.
- Negrì E.**, *I conflitti a scuola*, Milano, Bruno Mondadori, 2002.
- Neri C.**, *Gruppo*, Roma, Borla, 2004.

Sitografia

- U. Galimberti** (2011), <http://wisesociety.it/incontri/umberto-galimberti-la-nostra-societa-ad-alto-tasso-di-psicopatologia-non-e-adatta-a-fare-figli>

La qualità della vita negli anziani

«La vecchiaia non è un posto per femminucce»

DIANE H. ENGELMAN (PhD)

JANET B. ALLYN (M.B.A.)

Center for Collaborative Psychology, Psychiatry and Medicine – Kentfield (CA, USA)

Traduzione e introduzione di Alessandro Crisi

Introduzione. Il presente lavoro è parte integrante di un simposio intitolato «Come la pratica dell'Assessment Collaborativo/Terapeutico aiuta gli esaminatori a crescere», svoltosi al Congresso SPA (Society for Personality Assessment) a New York nel mese di marzo 2015.

Oltre al tema sulla qualità della vita, specificamente indicato dal titolo, molto interessante appare il richiamo al concetto di «validità ecologica» come elemento fondante all'interno di una valutazione psicologica. Non sfuggirà all'attenzione del lettore la validità e la profonda umanità che caratterizza e anima l'approccio Collaborativo/Terapeutico (C/TA) e di come il caso di Anna, presentato in questo lavoro, rappresenti una modalità nuova di intervenire sulla realtà socio-psicologica dei nostri pazienti.

Le due relatrici sono Diane H. Engelman, psiconeurologa, e Janet B. Allyn, scrittrice, entrambe del Centro per la Psicologia, Psichiatria e Medicina Collaborativa di Kentfield in California.

Da anni, nel rispetto delle reciproche competenze, la Engelman e la Allyn lavorano insieme effettuando la valutazione neuropsicologica e psicologica vera e propria l'una (la Engelman) e la stesura del report (la Engelman e la Allyn insieme¹). Durante il Simposio, con una tecnica di presentazione ormai collaudata da tempo, le due relatrici hanno illustrato il presente lavoro interpretando, rispettivamente, la parte dell'esaminatrice (Diane Engelman) e la parte dell'esaminata o dei suoi parenti (Janet Allyn). Si è preferito, nel rispetto del lavoro, mantenere questo format anche in questa presentazione.

INTRODUZIONE

Diane Engelman

Recentemente sono entrata in un supermarket e un signore di mezza età, dopo avermi fissata a lungo, mi ha detto: «Come mai non si tinge i capelli?» (*N.d.T.*: Diane Engelman ha capelli completamente bianchi).

Ho risposto: «Prego?».

Allora lui mi ha detto: «Tutte le donne americane... si tingono i capelli!».

Ho notato che i suoi capelli erano uniformemente e sospettosamente scuri per la sua età.

Rientrando a casa, nella buca delle lettere tra le altre ho trovato un paio di premurose lettere inviate da società di onoranze funebri e quella di una società che vende apparecchi acustici.

Quest'estate ho compiuto 65 anni e mi hanno detto che ho bisogno di un ginocchio nuovo, anzi di tutti e due.

Per rendere la cosa ancora più interessante, vorrei sottolineare come la nostra società decisamente non onora e non rispetta il buonsenso degli anziani, né loro stessi valorizzano il proprio corpo che invecchia. Di questo me ne sono resa conto in prima persona: anch'io non onoro o non rispetto il mio corpo che invecchia e nemmeno il buon senso accumulatosi nel corso degli anni, anche se ho ostinatamente lasciato al suo posto ogni singolo capello bianco-argento che fin da quando avevo 20 anni aveva cominciato a spuntarmi in testa. Ma, come ha detto un anziano in un recente film: «Non vorrei essere la prima persona che viene fatta uscire da un aereo durante un dirottamento solo perché ho i capelli bianchi!».

Nella mia attività di psicoterapeuta ho sempre scelto con molta attenzione con chi lavorare.

Per esempio, quando ero incinta e stavo per partorire, ho smesso di lavorare con i malati terminali. Non volevo lavorare con la morte mentre stavo creando la vita.

Quando i miei figli erano nell'età adolescenziale, ho evitato di lavorare con gli adolescenti.

Così, ora, non svolgo valutazioni neuropsicologiche con anziani e, in particolare, con anziani con problemi di memoria. Non voglio ritrovarmi a valutare la memoria, mia o di altri, mentre anche la mia, come le mie ginocchia, potrebbe essere danneggiata.

Quasi tutti i miei coetanei, ma anche molti più giovani, letteralmente impazziscono quando capita loro di dimenticarsi qualcosa. Si accusano di star «diventando anziani», o peggio ancora, di avere un qualche principio di demenza. Mi ricordo di quando, al liceo, diventare «anziano» era una idea entusiasmante!

Ora, essere «anziani» evoca, invece, visioni molto diverse.

Quando era ormai molto avanti con gli anni, Bette Davis disse: «La vecchiaia non è un posto per femminucce.»

Anna è un'amabile anziana di 97 anni che mi è stata inviata per una valutazione neuropsicologica. Non volevo visitarla perché, come ho detto poc'anzi, la cosa riguardava proprio età e memoria. Ma siccome mio marito, uno psichiatra, ha insistito tanto, alla fine l'ho visitata.

IL CERVELLO E LA QUALITÀ DELLA VITA

Secondo una concezione ormai superata del cervello umano, dopo un periodo critico durante l'infanzia, tutto poi diventa fissato e programmato per il resto della nostra vita fino all'età avanzata. Cambiamenti cerebrali nei più anziani erano visti come inevitabili effetti degenerativi legati al processo di invecchiamento. L'implicito di una simile concezione è che i cambiamenti legati all'invecchiamento devono essere dati per scontati e accettati con rassegnazione.

Tuttavia, negli ultimi anni, studi sulla neuroplasticità hanno dimostrato che piccoli o grandi cambiamenti nei nostri circuiti neuronali possono verificarsi, e di fatto si verificano, anche durante l'età adulta. Non dobbiamo accettare passivamente che tutto sia rigidamente stabilito fino all'arrivo della degenerazione. L'apprendimento di nuove abilità o l'incremento di quelle preesistenti possono effettivamente dar vita a nuove connessioni neuronali. Mantenere attiva la stimolazione cerebrale può aiutare una persona a rimanere significativamente agganciata al suo mondo, anche quando si tratta di cambiamenti che avvengono in un cervello molto anziano.

Con l'espressione «qualità della vita» si intende un concetto multidimensionale che comprende il funzionamento mentale, emotivo, fisico e sociale di una persona.

I ricercatori dell'Unità di Ricerca sulla Qualità della Vita di Toronto definiscono la qualità della vita come «Il grado in cui una persona RIESCE A GODERSI opportunità importanti della propria vita».

LA STORIA DI ANNA

Avevo già fatto una valutazione neuropsicologica ad Anna cinque anni prima, e in quell'occasione lei si era pienamente impegnata nel lavoro e mi aveva posto molte domande la maggior parte delle quali era focalizzata sullo stato della sua memoria, ma mi aveva posto domande anche riguardo la sua psicologia e se fosse depressa.

La scrittrice J.B. Allyn interpreta Anna, e ci aiuterà a dare uno sguardo al suo mondo.

Janet Allyn (interpretando Anna):

«Bene, ho 97 anni. Sono sempre stata forte, come mia madre. Sono nata tra le montagne dell'Asia durante un tifone.

Ho conseguito due lauree e parlo 5 lingue. Ho quattro figli, una femmina e 3 maschi. I maschi sono dei bravi ragazzi, ma è mia figlia Maria che si prende amorevolmente cura di me.

Mio marito è morto 10 anni fa. Anche i miei amici se ne sono andati e io non vedo l'ora di unirmi a loro.

Non ci sento più tanto bene. Ho dovuto impiantare due nuove ginocchia e ho perso gran parte della mia vista.

Non riesco a leggere o guardare film. Per leggere qualcosa,

cerco libri sul registratore, ma non riesco a vederlo bene così spesso mi capita di spingere un tasto sbagliato. E io non voglio avere qualcuno che ogni secondo mi deve aiutare a fare qualsiasi cosa.

Vado da uno psicoterapeuta una volta ogni due settimane. Ci vado molto volentieri, lui è così comprensivo».

Diane Engelman (come se si stesse rivolgendo alla vera Anna):

«Anna, ci sono domande a cui ti piacerebbe avere una risposta da questa valutazione?».

Janet Allyn (interpretando Anna):

«Io, in realtà non ho domande... sono qui solo perché i miei figli pensano che sia una buona idea».

Diane Engelman (rivolgendosi al pubblico):

La richiesta della famiglia era di sapere se la sua memoria fosse diminuita e, in tal caso, in quale misura. Anche il suo psicoterapeuta era preoccupato per lo stesso motivo.

RISULTATI, VALIDITÀ ECOLOGICA E «ANNA THOMPSON»

Nei cinque anni intercorsi tra le due valutazioni, Anna aveva subito alcuni peggioramenti che erano molto evidenti nelle sue modalità di apprendimento, nella memoria e nel linguaggio. I cambiamenti cognitivi erano probabilmente legati a molteplici cause, tra cui il normale processo di invecchiamento, problemi medici, effetti collaterali di alcuni farmaci, depressione, mancanza di attività e declino della memoria.

Nello stato di Anna era coinvolto anche il suo progressivo isolamento a causa della degenerazione maculare che aveva limitato la sua attività e il suo impegno nella sua normale vita relazionale. L'impressione era che lei non fosse più in grado di gestire la propria vita e se ne stesse distaccando sempre di più. Anna e io avevamo parlato riguardo alle sue impressioni sulla memoria e lei mi aveva detto che non aveva preoccupazioni al riguardo. Era consapevole di come la sua memoria stesse lentamente declinando.

Mi disse che lei era preoccupata soprattutto per la *qualità della sua vita*, che non voleva essere un peso per la sua famiglia ed era molto preoccupata per questo.

Con il suo permesso, ho dato ai familiari i risultati della valutazione che mettevano in luce l'impovertimento della memoria rispetto a cinque anni prima. Questa sembrò essere la risposta che i figli si aspettavano.

Janet Allyn (interpretando i figli):

«Se lei non può ricordare tante cose, non è una perdita di tempo e di denaro continuare ad andare da uno psicoterapeuta?».

Diane Engelman (rivolgendosi al pubblico):

«Capii allora che la domanda postami all'inizio non era così semplice come era sembrata in un primo momento («la sua memoria sta peggiorando da 5 anni a questa parte?»), ma che in realtà ce n'era un'altra».

Janet Allyn (interpretando i figli):

«Se la sua memoria sta peggiorando, non dovremmo salvare i suoi, e i nostri soldi e interrompere la psicoterapia?».

Diane Engelman (rivolgendosi al pubblico):

Questa situazione richiedeva sensibilità e flessibilità da ambo le parti. Se avessi fatto affidamento esclusivamente sui risultati di test, avrei dovuto assecondare il desiderio dei figli circa l'interruzione della psicoterapia. D'altra parte, i suoi appuntamenti due volte al mese con lo psicoterapeuta le erano molto graditi e sembravano tanto importanti sia per la sua memoria che per il rapporto con il terapeuta stesso. Compresi che, nello spiegare i risultati della valutazione a tutte le persone coinvolte, dovevo essere il più chiara possibile. Ma la questione della «validità ecologica» rendeva la situazione ancora più sfumata.

La Neuropsicologia sta ponendo un accento sempre maggiore sulla comprensione del rapporto tra i risultati della valutazione e la gestione delle attività quotidiane. Questo approccio suggerisce che i test realizzati, tenendo presente la validità ecologica, possano risultare più efficaci nel prevedere il funzionamento quotidiano rispetto ai cosiddetti test «tradizionali». I test tradizionali e i loro risultati sono importanti, ma ci sono situazioni in cui una valutazione della memoria effettuata con essi non riesce a descrivere accuratamente le informazioni ottenute e non risulta utile a nessuno, né all'esaminatore né all'esaminato.

Per parlare con i figli di Anna, sentivo il bisogno di creare un ponte tra la valutazione tradizionale e quella in cui un posto rilevante è occupato dal concetto di validità ecologica. Chiesi allora ai figli se volevano fare un piccolo esperimento ed essi accettarono. Dissi loro: «Lasciate che vi legga una breve storia e provate a ricordare di questa storia tutto quello che potete». Lessi loro una storia che avevo creato sulla falsa riga di quella di Anna Thompson della Wechsler Memory Scale. Era lunga circa un paragrafo e, dopo averla letta a voce alta, ho chiesto ai figli di dirmi tutto quello che riuscivano a ricordare di quanto avevo appena letto. Si misero a ridere e mi dissero che la storia per loro non aveva un grande significato e perciò non riuscivano a ricordarsene molti dettagli. Chiesi loro quale significato potessero avere storie del genere per la madre. Essi risposero che sicuramente non ne aveva alcuno. Questo mi aiutò a spostare la conversazione sulla memoria significativa contestualizzata e così fu possibile parlare di validità ecologica e di come le storie significative risultino più facili da ricordare. Aggiunsi inoltre: «Cercate di immaginare come, a causa dei suoi problemi di vista, il mondo di Anna si sia rimpicciolito: ha problemi di udito ed è quasi cieca. Poco a poco, ma progressivamente ha dovuto rinunciare a leggere e a guardare la televisione. Suo marito e i suoi coetanei sono morti. È stata costretta a essere inattiva per motivi di salute e di età. Anna è depressa e sembra distaccarsi sempre di più dal suo mondo. Il suo terapeuta è l'unico con il quale parla di argomenti che la interessano come il sentirsi un peso per gli altri, il far fronte a tutte le perdite che l'invecchiamento comporta, il porre domande sulla morte e sulla spiritualità – per esempio, lei si chiede se veramente, alla sua morte, sarà in grado di rivedere

il marito e i suoi migliori amici in Paradiso. Anche se non pensa al suicidio, ha paura di non aver nessun controllo sulla sua morte e di vivere troppo a lungo».

I figli dissero: «Ma davvero mamma parla di queste cose con il suo psicoterapeuta? Nessuno di noi parla con lei di queste cose...».

Risposi: «Anna ha molte cose nella sua mente. Ricordare i dettagli di una storia di uno sconosciuto – come la storia di Anna Thomson che ho utilizzato per questa valutazione – non ha alcun senso per lei. Per aiutarvi a decidere se farle continuare o meno la psicoterapia, vorrei suggerire qualcosa. Vostra madre mi ha parlato della vostra grande famiglia e lei sembra essere molto lucida su questo. Questa è la sua vita di tutti i giorni e questo, dunque, ha una validità ecologica. Ora prima che Anna arrivi per la restituzione degli esiti della valutazione, se poteste darmi qualche dettaglio su persone e su recenti avvenimenti nella vostra famiglia – nel corso delle ultime settimane – proverò a parlare con lei di questo. Potrete giudicare voi stessi lo stato della sua memoria quando si parla di persone, cose e situazioni che la interessano».

Segue una parte del dialogo che si svolse poco dopo con Anna.

D.E.: «Anna, la sua memoria sembra avere subito un qualche peggioramento da quando effettuiamo l'altra valutazione 5 anni fa. Le sembra corretto?».

Anna: «Sì (pausa). Quelle prove erano così noiose... ».

D.E.: «Talvolta i test non sembrano molto interessanti agli occhi delle persone che ci si sottopongono e che in tal modo finiscono con collaborare meno bene proprio per quel senso di noia di cui lei ha parlato. E in qualche modo i test non sempre sono la migliore misura circa le cose che sono importanti per noi. Le va bene se parliamo di alcune cose che la interessano per mostrarle quello che intendo dire?».

Anna: «Sì».

D.E.: «Cosa ha fatto la scorsa settimana?».

Anna: «Sono andata a un matrimonio. Mia nipote, Laura, si è sposata. È stato molto bello sebbene non potessi vedere con i miei occhi (ride), ma tutti mi hanno detto che era bella. Laura è sempre stata bellissima e con la mia fantasia posso immaginare quanto lei potesse essere incantevole. Si è sposata con un così bravo ragazzo».

D.E.: «Che bello! Lei che vestito si era messo per l'occasione?».

Anna: «Me l'ha comprato mia figlia e mi ha detto che è verde-acqua e blu e che stava molto bene con i miei capelli bianchi. Ha una bella giacca...».

D.E.: «Sembra un abito davvero speciale!».

Anna: «Oh, sì!... Ma mi lasci dire qualcosa riguardo il rinfresco! È stato veramente eccezionale. Antipasti con granchio. Insalate fresche con pomodori, salmone, verdure al vapore ... era tutto così buono. E c'era una gran bella musica ... Canzoni di quando ero giovane come *In the Mood* di Glenn Miller».

D.E.: «E suo nipote?».

Anna: «Lei si riferisce a Carlo, quello che si è appena diplomato al college? Sta facendo molto bene, è venuto per il

matrimonio di Laura e poi di nuovo è ripartito per la sua laurea. Farà molta strada nella vita, lui è molto intelligente. Ha portato la sua ragazza al matrimonio, Sofia. Non è un nome carino?».

D.E.: «Sì, decisamente. Michele invece cosa sta facendo?».

Anna: «A quale Michele si riferisce? Non importa, le dirò di entrambi. Michele, il fratello di Carlo, ha appena cambiato lavoro. Lavorava in finanza, ma ora vuole diventare cuoco. Sua moglie Gloria è tutto per lui, che Dio la benedica! L'altro Michele, invece, è mio figlio. È andato in pensione da poco e con sua moglie Clara si stanno trasferendo in Florida perché lì fa più caldo».

D.E.: «Un gran bel numero di persone di cui ricordarsi!».

Anna: «Oh, ma queste non sono tutte, sono solo alcune».

D.E.: «Anna, ha notato qualcosa riguardo alla sua memoria?».

Anna: «Non saprei... Forse con certe cose la mia memoria non è così male?».

Non solo la memoria di Anna non era così male: essa appariva molto precisa riguardo le cose che la interessavano. I figli hanno confermato che la loro madre era stata assolutamente precisa in ogni dettaglio, fatta eccezione per un piccolo particolare riguardante un altro familiare. I figli erano impressionati dall'accuratezza e precisione dei dettagli che la madre era riuscita a descrivere.

Compresero quanto la famiglia allargata fosse importante sia per la madre sia per la qualità della sua vita. Da quel momento, durante le riunioni di famiglia, fanno di tutto per farvi partecipare il maggior numero di familiari e hanno deciso di continuare a sostenere la sua psicoterapia e i suoi colloqui con lo psicoterapeuta concordando con lui incontri settimanali anziché una volta ogni due settimane.

La popolazione anziana, a livello demografico, sta rapidamente diventando molto più numerosa che in passato. Per il benessere emotivo e fisico di queste persone è importante aiutarli a mantenere un certo livello di stimolazione cerebrale che possa consentire loro di rimanere impegnati più a lungo e in modo più significativo. Aiutare Anna a continuare la sua psicoterapia era un modo di fare proprio questo.

Abbiamo bisogno di applicare queste cose anche a chi di noi già rientra in questa categoria demografica o presto ne sarà parte.

Come psicodiagnosta, attraverso questo caso, ho ri-appreso la lezione che un test di memoria è molto più di un test. Ancora una volta mi sono resa conto, per citare Connie Fischer che preferisco: «I test sono i nostri strumenti, non i nostri risultati».

Ho anche cominciato a rafforzare in me la consapevolezza di come la pratica della valutazione Collaborativa/Terapeutica nel corso del tempo abbia prodotto in me cambiamenti sia a livello professionale sia umano.

In primo luogo, la valutazione Collaborativa/Terapeutica mi ha permesso di fare qualcosa in cui ho sempre creduto: ha legittimato il mio approccio alla valutazione come un approccio valido. Nei primi anni della mia attività basata sulla valutazione tradizionale, ho avuto molto da quella impostazione

che ora, però, rifiuto: non mi è mai piaciuto guardare le cose da dentro un camice bianco.

La valutazione Collaborativa/Terapeutica mi ha permesso, come psicologo, di rimanere umana ed empatica nel mio approccio con i clienti. Nel corso degli anni ho approfondito le mie capacità di vedere i miei clienti come me e, di conseguenza, vedere loro e me stessa con una comprensione e un amore più profondi.

In secondo luogo, nel corso degli anni ho imparato a identificarmi con i miei clienti, compresi anche gli aspetti meno attraenti della loro e della mia personalità.

Mi sono identificata con molti dei problemi del mio cliente, cioè con quelli problemi che rispecchiavano i miei. Ho dovuto faticare per riuscire a identificarmi con i problemi che per me non erano facili da comprendere e averlo fatto mi ha arricchito molto. I miei «muscoli» empatici si sono esercitati soprattutto nel vedere aspetti scissi di me stessa, come per esempio il narcisismo.

Adesso posso utilizzare sempre di più il narcisismo. In un certo senso accolgo con favore le persone narcisistiche poiché esse mi ricordano personalmente che devo continuare a lottare un po' di più su questo aspetto. Così, quando mi ritrovo irritabile, giudicante, senza contatto con un cliente, sono sempre più capace di rallentare, sedermi e vedere gli aspetti scissi di me.

Ma ciò non sempre avviene, e questo mi porta *al terzo punto*. Come valutatore C/TA nel corso degli anni ho imparato a fare amicizia con l'imperfezione e questo si è esteso al mio senso di sé. Ci sono momenti in cui la mia empatia entra in conflitto con il mio crescente narcisismo e questi due elementi smettono di comunicare tra loro. In quei momenti ho bisogno di riflettere e/o consultarmi con altri per ritrovare quel punto dolce chiamato empatia, senza dover rinnegare i miei aspetti narcisistici. Il che non sempre è facile e a volte è piuttosto confusivo.

In quarto luogo, ho anche imparato nel corso degli anni a parlare delle dure verità che emergono dai risultati di una valutazione e di riflettere attentamente su ciò che i clienti possono ascoltare o no.

In quinto luogo, ho imparato a collaborare meglio e a co-creare con i miei clienti il significato dei risultati della valutazione. Mio marito, in particolare, apprezza l'aver sviluppato questo tipo di apprendimento, perché continuamente co-creiamo il senso della nostra esistenza in comune.

Lavorare con Anna mi ha insegnato tante cose, tutte preziose:

1. abbracciare il mio invecchiamento e apprezzare il cambiamento della mia storia e del valore di questo mio vecchio sé;
2. accettare e utilizzare sia il mio corpo che invecchia sia il mio aumentato buon senso come chiavi per trovare un significato per tutto il mio ciclo di vita, così come ha fatto Anna;
3. riconoscere in ogni singola valutazione l'importanza che riveste la specifica fase di vita che attraversa la persona nel momento in cui la valutazione viene effettuata e il suo viaggio unico nel suo divenire;
4. che, in materia di valutazione, si deve pensare fuori dagli schemi per essere sicuri che la valutazione si adatti e sia davvero utile per il nostro cliente;
5. Bette Davis aveva ragione.

Ma! Come ha detto Willie Murphy, un famoso sollevatore di pesi, a 77 anni «L'età non è un numero, si tratta di un atteggiamento».

Lavorando con Anna ho re-imparato che, in qualità di psicodiagnosti, abbiamo per prima cosa bisogno di essere esseri umani. Al pari della conoscenza di quale fase della vita attraversa il nostro cliente dobbiamo imparare a riconoscere qual è, in quel momento, la nostra specifica fase della vita!

Affidarsi solo ed esclusivamente ai test standardizzati non ci aiuta a riconoscere o a dare il giusto peso alla storia in continua evoluzione dei nostri clienti. Né alla nostra.

E, quando si parla di questo, a chi interessa più Anna Thompson?

Note

¹ Janet Allyn, della quale abbiamo già presentato un lavoro su questa rivista [http://www.babelenews.net/archivio/babelle_15\[54\].pdf](http://www.babelenews.net/archivio/babelle_15[54].pdf) è autrice di un libro sulla struttura e compilazione di un report psicologico *Writing to Clients and Referring Professionals about Psychological Assessment Results: A Handbook of Style and Grammar*, New York-London, Routledge, 2012.



SAGGISTICA

Cartonato con sovraccoperta

13,5 x 21 cm

pp. 240

Euro 18,50

Agosto 2015

SILVIA VEGETTI FINZI

Una bambina senza stella

Le risorse segrete dell'infanzia per superare le difficoltà della vita

Una grande psicologa ci guida nell'immaginario infantile dei più piccoli lungo il filo dei suoi ricordi di bambina. Un viaggio nella memoria di ognuno di noi che ci aiuta a comprendere qualcosa di più dei bisogni dei nostri figli e di noi stessi.

Chi è la bambina senza stella? Una bambina, in cui si cela l'autrice, sfortunata, ma non troppo. Seguendo il filo dei suoi ricordi, sedotto da una scrittura suggestiva e poetica, il lettore potrà ritrovare, per consonanza, tratti perduti della propria infanzia, là dove risiede il cuore pulsante della vita e la parte più autentica di sé.

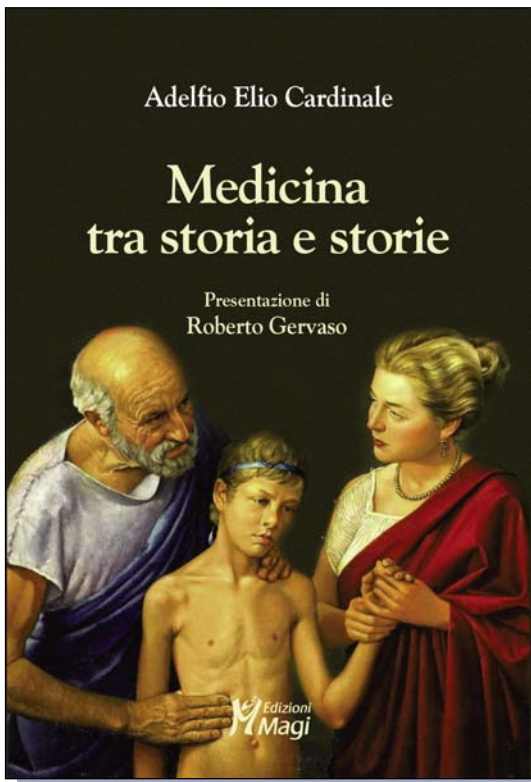
Cresciuta, come molti altri, negli anni tragici del fascismo, della guerra e delle persecuzioni razziali, che la coinvolgono in quanto nata da padre ebreo, la bambina ne uscirà intatta avendo preservato la magia dell'infanzia e la voglia di crescere. Le sue vicende, rievocate con sorprendenti flash della memoria e puntualmente commentate da una riflessione competente e partecipe, svelano le segrete sofferenze dei bambini spesso colpiti dai traumi dell'abbandono, dell'indifferenza e del disamore. E il dolore infantile non cade mai in prescrizione.

Negli squarci di un passato che non passa possiamo cogliere però, con l'evidenza della vita vissuta, anche le meravigliose risorse con le quali l'infanzia può attraversare le difficoltà della vita: il gioco, la fantasia, la creatività e l'ironia. Risorse che, attualmente, un'educazione ansiosa e iperprotettiva rischia di soffocare.

Ed è con la forza del pensiero, della scrittura e della testimonianza che questo libro si propone di rassicurare i genitori che i loro figli ce la possono fare, ce la faranno, se riusciranno a realizzare, mettendosi alla prova, le loro potenzialità. E la vita s'impara, non solo vivendo, ma anche raccontandola in una trama che, intessendo passato e futuro, dona senso e valore alla casualità del destino.

SILVIA VEGETTI FINZI, psicologa clinica, già docente universitaria, scrittrice e giornalista, autrice tra l'altro di *Parlar d'amore. Le donne e le stagioni della vita* (BUR), è nota al grande pubblico per aver scritto, con Anna Maria Battistin, una trilogia di consigli rivolti ai genitori. Tra i suoi ultimi libri: *Quando i genitori si dividono, le emozioni dei figli* e *Nuovi nonni per nuovi nipoti*, tutti Oscar Mondadori.

Novità



► **N**el volume trova spazio una galleria di uomini e di avvenimenti che hanno segnato – nei più svariati contesti – il complesso cammino e l'evoluzione dell'arte medica.

Il percorso si dipana attraverso ritratti di personaggi e racconti di credenze, di terapie misconosciute e/o ignorate, intrighi, corporazioni del malaffare, scoperte secolari. Quasi un'enciclopedia di storie che hanno fatto nascere la medicina e i cui protagonisti sono tanto ciarlatani quanto geni, tanto alchimisti quanto astrologi, farmacisti, fitoterapeuti *ante litteram*.

Per secoli e secoli la concezione della vita e della morte si fondeva su incantesimo, magia naturale e diabolica, scienze occulte, divinazione, talismani e feticci, intuizione. Ma anche con l'avvento del secolo dei lumi e della medicina scientifica, l'arte del curare continua a nutrirsi – a tanti torti e a tante ragioni – presso le sue antiche fonti.

Le odierne rinascite delle medicine antiche, come quella cinese, ayurvedica, omeopatica ecc., testimoniano la pluralità e la continuità delle correnti mediche e determinano, assieme alla cosiddetta medicina ufficiale, le questioni più cocenti del curare oggi, tra cui spicca quella dell'etica medica.

Adelfio Elio Cardinale, vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità, professore emerito nell'Ateneo di Palermo. Ha ricoperto e ricopre numerosi incarichi: Sottosegretario alla Salute nel Governo Monti, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo, Presidente Nazionale della Società Italiana di Radiologia,

Presidente del cerisdi (Centro Ricerche e Studi Direzionali) di Palermo.

Ha ricevuto onorificenze, attestati e riconoscimenti nazionali e internazionali, tra i quali cittadinanze e lauree *ad honorem*. Cultore di storia e filosofia della medicina e della scienza, ha scritto numerosi libri e saggi su tali argomenti. Vive a Palermo e a Roma.

COLLANA: FUORI COLLANA – PAGINE: 384 – PREZZO: 25,00 € – ISBN: 9788874873555 – FORMATO: 16,5x24

INDICE

Presentazione di Roberto Gervaso – Ringraziamenti – Parte I – PREMESSE: MITO, PADRI FONDATORI, MAESTRI – Mitologia: Asclepio (Esculapio) e Chirone – Ippocrate, padre della medicina – Galeno, suprema autorità medica – Islam, medicina araba, ospedali – Maimonide, medico eccelso come Ippocrate – Ingrassia, sommo ma misconosciuto – Parte II – TRA MAGIA, SCIENZA E TRUFFA – La «triaca massima», pozione universale – Medicina arcaica e sciamani – Alchimia, medici e fascino della magia – Paracelso, medico errante tra natura e mistero – Cardano, genio complesso e bizzarro – Nostradamus, medico e veggente – Della Porta: medico-mago, ingegno stravagante e contraddittorio – Mesmer e i bagni magnetici – Cagliostro, mago, ciurmadore e guaritore – Gurvič e i raggi mitogenetici – Lyšenko e la genetica ideologica – Bailey e la miracolosa pozione radioattiva – Bonifacio e il siero di capra anticancro – Voronoff e la virilità ritrovata – Cure del cancro tra farsa e dramma – Il guaritore solitario – Parte III – RINASCITA DI ANTICHE TERAPIE – Il rilancio di antiche pratiche mediche – Termalismo e idroterapia: un rinnovato benessere – Medicina cinese – Medicina Ayurvedica e Yoga – Omeopatia – Parte IV – GRANDI DELLA STORIA... ANCHE MEDICI – Il primo medico giornalista – Guillotin, un medico che faceva perdere la testa – Grandi personaggi tra medici e malattie – Meli, medico, abate e massimo poeta della Sicilia – Cartesio, medico, filosofo, matematico – Locke, filosofo e medico – Rabelais, medico, ironico e imponente letterato – Dottori con la camicia rossa – Čechov, medico, scrittore e drammaturgo – La «tigre» Clemanceau, medico e statista – Un Papa e un cardinale che curano anime e corpi – Agiografia e storia dei medici santi – Parte V – FONDAMENTI SPIRITUALI – E PROBLEMATICHE EMERGENTI – Ma il giuramento d'Ippocrate è ancora valido? – Nostalgia dell'antico medico condotto – Pascoli e la forza animatrice della medicina – Il medico scienziato diviene teologo – Il dubbio in medicina – L'errore in medicina – Medicina narrativa, comunicativa, dell'ascolto, condivisa – Medicina difensiva – Medicina umana tra etica e dovere – Postfazione ai lettori – Perché ho scritto questo libro



Fondatore e Presidente: Prof. Alessandro Crisi

ATTIVITÀ FORMATIVE

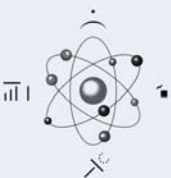
I nostri corsi intendono fornire una preparazione altamente specializzata nell'uso clinico dei maggiori test psicologici. Il nostro modello formativo, consapevole delle difficoltà che i neofiti incontrano soprattutto nella stesura della relazione psicodiagnostica conclusiva, dedica grande spazio alle esercitazioni pratiche e alla presentazione e discussione di casi clinici.

- **Corso Wartegg** (9 incontri mensili): una nuova metodica di uso ed interpretazione del test.
- **Corso WAIS-R** (4 incontri mensili) la forma rivista e ampliata del più noto test di livello
- **Corso MMPI-2** (5 incontri mensili) il questionario di personalità più utilizzato nel mondo
- **Corso Biennale di Psicodiagnostica** (18 incontri mensili): formazione professionale altamente specializzata all'uso clinico di una batteria di test per l'età adulta: WAIS-R; MMPI-2; Wartegg (WZT); Prove Grafiche (DFU e DF).
- **Corso Biennale sul Test di Rorschach metodo Exner** (18 incontri mensili): una preparazione specifica nell'uso e nell'interpretazione clinica del test di Rorschach, sia nell'età evolutiva che nell'età adulta.

Direttore e Coordinatore dell'attività didattica è il **Professore a contratto Alessandro Crisi**, Il Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, «La Sapienza» Roma, Psicoterapeuta e Psicodiagnosta, Membro della I.S.R. (International Society of Rorschach), della S.P.A. (Society for Personality Assessment) e del Comitato Direttivo dell'A.I.P.G. (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica), Autore di oltre 60 pubblicazioni in campo psicodiagnostico. Membro del Comitato Scientifico del XX Congresso Internazionale Rorschach, Tokyo, 17-20 luglio 2011.

SCONTI SPECIALI PER STUDENTI

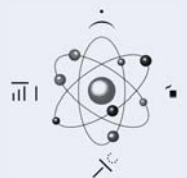
Per scaricare i programmi dei nostri corsi: <http://www.wartegg.com/eventi.php>



INFORMAZIONI

email (consigliato): iiv@wartegg.com • telefono 06 54.30.321 – 06 56.33.97.41

SEDE: VIA COLOSSI, 53 Roma (Fermata Basilica S. Paolo, metro B)



La nuova modalità di interpretazione del Test di Wartegg proposta dall'IIW, a partire dal 2002, è utilizzata dai Reparti Selezione della Marina Militare, dell'Esercito Italiano, della Polizia di Stato e dall'Aeronautica Militare.