

Babele

Rivista di Medicina, Psicologia e Pedagogia

Rivista quadrimestrale a carattere scientifico dell'Istituto di Ortofonia
Anno 2016 – n. 1 (vol. 65) – ISSN 2035-7850



Babele

Rivista di Medicina, Psicologia e Pedagogia
Fondata nel 1999 da Federico Bianchi di Castelbianco

Rivista quadrimestrale a carattere scientifico
dell'Istituto di Ortofonia
via Salaria, 30 – 00198 Roma
Anno 2016 – n. 1 (vol. 65)
Iscrizione al Tribunale civile di Roma n. 63/2009 del 25/02/2009
ISSN 2035-7850

PER INFORMAZIONI SULLA PUBBLICITÀ

06/45.499.631 – Fax 06/45.499.609
promozione@babelenews.net – www.babelenews.net

*I numeri cartacei arretrati possono essere richiesti alla redazione
(le richieste sono subordinate alla disponibilità dei singoli numeri;
è previsto un contributo per le spese postali)*

**CHI VOLESSE SOTTOPORRE ARTICOLI ALLA RIVISTA PER EVENTUALI
PUBBLICAZIONI PUÒ INVIARE TESTI ALLA REDAZIONE
redazione@magiedizioni.com**

Il materiale inviato non viene comunque restituito
e la pubblicazione degli articoli non prevede nessuna forma di retribuzione

DIRETTORE RESPONSABILE

Federico Bianchi di Castelbianco

COMITATO SCIENTIFICO

Giuliano Bianchi di Castelbianco – Renata Biserni – Carla Cioffi
Alessandro Crisi – Anna Di Quirico – Magda Di Renzo
Flavia Ferrazzoli – Francesco Macrì – Silvia Mazzoni – Walter Orrù
Gianna Palladino – Lidia Racinaro – Laura Sartori – Marco Staccioli
Bruno Tagliacozzi – Emanuele Trapolino – Carlo Valitutti
Elena Vanadia – Paola Vichi – Giancarlo Zito

FILOSOFIA DELLA RIVISTA

La rivista è quadrimestrale. Essa vuole essere uno spazio di approfondimento destinato a operatori e professionisti della salute e della formazione in età evolutiva, dirigenti, docenti e consulenti del settore.

Gli articoli trattano con approccio teorico-pratico sia le esperienze sul campo sia i temi del management riferito ai temi clinici, socio-sanitari in genere e relativi al mondo dell'insegnamento. I contributi pertanto possono avere un taglio medico, psicologico, pedagogico o amministrativo. L'intento della rivista è quello di costruire un ponte tra la teoria e la pratica, con un approccio che da un lato non manchi di evidenziare i risvolti teorici laddove l'analisi parta dai casi concreti e dall'altro lato le ricadute pratiche laddove lo studio prenda le mosse da costrutti più generali.

Gli articoli devono privilegiare l'evidenziazione dei problemi, con un linguaggio tecnico, ma all'interno di un'esposizione chiara e lineare che favorisca il confronto fra gli addetti ai lavori.

L'immagine in copertina è estratta dall'opera Torre di Babele del pittore fiammingo Abel Grimmer (1570-1619).

I bambini cattivi non esistono

Se c'è qualcosa che desideriamo cambiare nel bambino, dovremmo prima esaminarlo bene e vedere se non è qualcosa che faremmo meglio a cambiare in noi stessi (Carl Gustav Jung).

Sono da poco passate le feste natalizie e si sa che Babbo Natale porta i regali ai bambini buoni e che la Befana, ai bravi porterà tanti dolcetti, altrimenti solo carbone!

Sono molti gli ambiti in cui la dicotomia buono/cattivo viene riproposta ai bambini fin dalla primissima infanzia, utilizzata come chiave di lettura per numerosi comportamenti.

Molto spesso genitori e insegnanti rinforzano questo schema con frasi come «Se fai il bravo ti do una caramella» oppure «Oggi sei stato cattivo e quindi non puoi andare al parco».

Anche molte fiabe si sviluppano intorno alla lotta tra buoni e cattivi, e di solito i cattivi vengono allontanati, imprigionati o uccisi.

Fornire ai bambini solo questa limitata chiave di lettura, può essere un boomerang: il bambino che dà una spinta o un morso già alla scuola materna sarà visto come il «cattivo», senza alcuna preoccupazione per il motivo o l'emozione che lo hanno portato a compiere quel gesto. Se mamma o papà non mi fanno vedere l'ennesimo cartone animato sono «cattivi», senza la possibilità di capire le motivazioni che si celano dietro il divieto imposto. Proviamo ora ad immaginare come può sentirsi un bambino che viene ripetutamente definito «cattivo» o continuamente ripreso per come si comporta o per come parla. Molto probabilmente svilupperà un'immagine di sé negativa, legata a vissuti di insicurezza, bassa autostima e scarsa tolleranza alle frustrazioni.

Ancora più pericolosa è la situazione in cui una figura di attaccamento primaria dice a un bambino che ha dovuto punirlo o picchiarlo perché è stato «cattivo», scaricando quindi su di lui la responsabilità del suo agito. Sarà molto probabile che que-

sto bambino riprodurrà le stesse modalità con i coetanei e utilizzerà questo nesso di causa/effetto per giustificare i suoi atti aggressivi e oppositivi.

Per questo motivo ripetiamo spesso nella stanza di terapia – guardando negli occhi i nostri piccoli pazienti che, nella migliore delle situazioni, sono stati etichettati come «difficili», oppure hanno diagnosi come ADHD, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della condotta ecc. – «Lo sai che i bambini cattivi non esistono?». Nella maggior parte dei casi ci tornano sguardi disorientati, increduli, ma anche in fondo illuminati da una certa speranza. Spieghiamo, quindi, che esistono i bambini arrabbiati, spaventati, preoccupati, molto tristi e queste emozioni possono essere difficili da comprendere, da gestire e da esprimere. Così nascono quei comportamenti «difficili» da gestire per gli adulti, ma che per ogni bambino hanno un significato preciso, veicolano un vissuto emotivo altrimenti insprimitibile.

Questa lettura può gradualmente essere accolta ed elaborata dal bambino, che potrà così ridare senso ai suoi comportamenti e quindi essere accompagnato nella revisione delle sue modalità comportamentali. Si libererà anche dal fardello di «bambino cattivo» e diminuirà in modo significativo la probabilità che sviluppi comportamenti a rischio o maggiormente patologici in adolescenza. Quindi non dobbiamo mai dimenticare il peso che certe parole, anche di uso comune, possono avere sui bambini.

*Federico Bianchi di Castelbianco
Laura Sartori*

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 foniATRica •
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'editoriale

I bambini cattivi non esistono

Federico Bianchi di Castelbianco
Laura Sartori 3

l'immaginale

La supremazia del pollice

La duplicità archetipica fra indice e pollice
Bruno Tagliacozzi 6

Questioni di terapia dell'età evolutiva

Una tenda come ritorno al grembo

Eleonora Chicarella 12

Dalla cronaca alla stampa

rubrica a cura di Rachele Bombace

Autismo. Bimbi migliorano se c'è capacità comprensione intenzioni 16

Autismo, IdO: Con TCE indagate le emozioni di 300 bambini 17

Arriva la scheda per gli indicatori di vulnerabilità 0-24 mesi 18

Diagnosi: Stanno cambiando le esigenze in ambito clinico 18

IdO: Adottare un approccio alla psicopatologia più complesso 19

Minori, IdO: La malattia del secolo è l'intolleranza alla frustrazione 20

Minori, disturbi, FIMP: Negli ultimi 20 anni sono aumentati quelli psicologici 20

Macrì: Il 20% degli autistici ha una diagnosi di ADHD 21

Autismo, Burgio: L'incremento della diagnosi in USA non è reale 21

Alle elementari 1 bimbo su 6 ha una risposta sensoriale elevata 22

DSA, IdO: Dietro i numeri ci sono bambini 23

Scuola, IdO: Non anticipare gli apprendimenti, no al sovraccarico di compiti 23

Autismo, Legge, Binetti: Una prospettiva di sistema 24

Nella memoria di un apprendimento anche le emozioni 25

500mila di plusdotati in Italia A. Zanetti: Non perdiamoli 26

Scuola, MIUR: Il 47% dei docenti usa metodo globale per letto-scrittura 26

DSA, Ciambrone: «Sarei per il modello portoghese» 26

Autismo, IdO: Il disegno grafico aiuta la valutazione 27

Puer e Senex. La dimensione evolutiva in analisi
Seminari CIPA meridionale-IdO 27

Luoghi di cura

Politiche pubbliche e gestione sanitaria di un centro di riabilitazione non residenziale accreditato con il SSR del Lazio

Giuliano Bianchi di Castelbianco 30

Cinema e letteratura, una lettura psicodinamica

Inside Out

Alla scoperta delle emozioni
Alessandra Catalano 36

Pensare adolescente

Fotografia o proiezione?

L'immagine genitoriale del figlio adolescente allo sportello d'ascolto
Linda Pecoriello 41

Magi informa

10-11-15-28-35

LA SUPREMAZIA DEL POLLICE

La duplicità archetipica fra indice e pollice

BRUNO TAGLIACOZZI

Analista junghiano CIPA (Roma)-IAAP (Zurigo)

Coordinatore della Scuola di specializzazione in psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'IdO – Roma

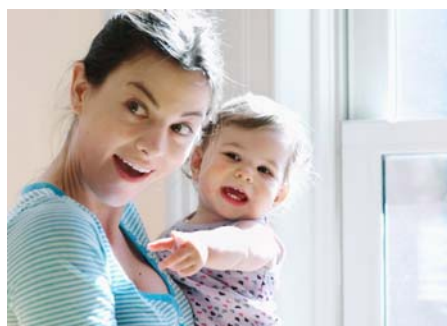
Le mani non ci collegano più direttamente al mondo materiale: premiamo tasti, non usiamo più il nostro corpo tutto intero quando lavoriamo, nemmeno nel lavoro meccanico. Per lo più il lavoro si è digitalizzato – lavoro di dita. [...] Così siamo sempre più alienati dalla materia, dalla sostanza (Hillman, 1999, pp. 21-22).

Ore 7.40. Metro stra-affollata e miracolosamente seduto. Il mio sguardo è rapito dalla ragazza a testa bassa che mi sta di fronte, in piedi, leggermente di traverso: i suoi pollici si muovono a una velocità incredibile. Non riesco neanche a vederla in volto. Sono affascinato dai suoi pollici che sembrano danzare sulla tastiera del telefonino. È in grado di fare questa operazione senza neanche «sorreggersi agli appositi sostegni».

La mia immaginazione ripescava immediatamente un altro ricordo. Era una psicoterapia con un adolescente e, parlando dello scrivere nell'epoca informatica, facciamo contemporaneamente due gesti diversi: io, sembra un pianista e muovo le dita in alto e in basso, con i polsi fermi; lui, avvicina le mani, quasi a pregare, e muove freneticamente i pollici in ogni direzione. Sorridiamo. Qualche generazione ci separa. Da queste immagini, nei momenti e giorni successivi si amplificheranno una serie di riflessioni che ho scelto di «suonare» sulla tastiera del computer.

Il rapporto che è intercorso tra pollice e indice nella storia dell'uomo segna una serie di alterne vicende nell'attribuzione di una priorità di significato e importanza all'uno o all'altro, oscillando fra opposizione e collaborazione, quasi a far pensare sul piano simbolico a una duplicità archetipica.

Le dita della mano hanno assunto significati diversi nell'evoluzione e nei Primati; il pollice, in quanto dito in opposizione agli altri quattro, ha segnato un ruolo determinante per quanto riguarda lo sviluppo della manualità e la creazione di strumenti dall'*Homo Habilis* in poi. In tempi storici, la civiltà babilonese si è caratterizzata, forse per prima ma sicuramente nei suoi sviluppi, per aver creato un sistema di conteggio (indigitazione) basato sull'utilizzazione del pollice come puntatore: questo consentiva di contare sulle tre falangi di ogni dito un totale di 12 dodici unità su una mano e di conteggiare le 12 dozzine sull'altra, per un totale di 144 unità.



Non va, però, dimenticato il ruolo dell'indice, la cui etimologia dal latino *index* fa riferimento proprio al significato dell'*indicare*. Quindi, il valore del pollice come puntatore sembra superato da quello dell'indice che indica al di fuori della propria dimensione corporea autoreferenziale, arrivando a segnalare oggetti e persone che sono nello sguardo d'azione del nostro vedere, in un significato quindi molto più ampio ed esteso. E quale importanza attribuiamo oggi nel bambino al gesto deittico (dal gr. δειξις, propr. «dimostrazione»), nel significato profondo dell'indicare oggetti o persone che si desiderano o con le quali si vuole entrare in comunicazione, un passo fondamentale nello sviluppo e nella crescita, che sembra contrapporsi al ruolo del pollice-cuccio tanto frequente nelle prime fasi della vita o in situazioni di regressione.

Ma se l'indice assume così un significato altamente simbolico per lo sviluppo, diviene col tempo anche il dito che impone una scelta e un giudizio, che richiama a un dovere (*I want You for U.S. Army* per il reclutamento nelle guerre) o indica il destinatario di un provvedimento severo o di una condanna (l'indice che ci viene puntato contro). Fino ad arrivare al modo di dire ancora in uso del «mettere all'indice», chiaro riferimento all'*Index librorum prohibitorum*, un elenco di pubblicazioni la cui diffusione e lettura era stata vietata dal Tribunale del Sant'Uffizio nel 1558 e che venne abolito solamente con il Concilio Vaticano II del 1966¹.





Il pollice, però, non è stato da meno in termini di giudizio e condanna; pur riservandosi la possibilità di donare la vita, era anche segno di morte negli spettacoli gladiatori, al tempo degli imperatori romani².

Allora, si potrebbe affermare che l'indice sia stato un portatore di vita solamente nella fase iniziale dell'esistenza umana, per poi definire il suo ruolo prevalentemente in termini di giudizio e condanna (si pensi alle armi che utilizzano un grilletto)? Il recupero della sua funzione vitale si rivelerà attraverso l'arte. Come non pensare alla scintilla divina che proprio tra indici si scatenerà nella creazione di Adamo, nella rappresentazione pittorica offertaci da Michelangelo nella volta della Cappella Sistina oppure al San Giovanni Battista di Leonardo, che col suo sguardo efebico si rivolge all'osservatore indicando con la mano destra e l'indice alzati verso il cielo una dimensione religiosa legata alla cristianità.

Del resto, ancora oggi, il palmo rivolto verso l'alto e l'indice



che si ripiega più volte su se stesso, accompagnati da adeguati sguardi e parole, possono diventare, rispettivamente, una richiesta di avvicinamento e intimità o, viceversa, un esplicito richiamo finalizzato a infliggere una punizione.

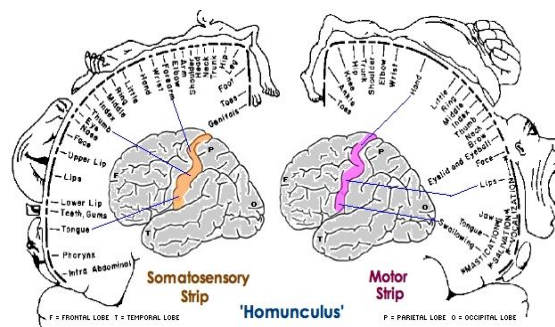
Il gesto e la parola, come ci insegna Leroi-Gourhan (1964), sono intrinsecamente connessi:

Esiste la possibilità di un linguaggio a partire dal momento in cui la preistoria ci tramanda degli utensili, perché utensile e linguaggio sono collegati neurologicamente e perché l'uno non è dissociabile dall'altro nella struttura sociale dell'umanità (p. 136).

Un'intuizione che ha precedenti insospettabili in uno dei Padri della Chiesa cattolica come Gregorio di Nissa, che alla fine del IV sec. d.C. così si esprimeva rispetto alla capacità di parlare dell'uomo:

Non avremmo certo mai goduto di questo privilegio, se le nostre labbra avessero dovuto assolvere, per il bisogno del corpo, il compito pesante e faticoso del nutrimento. Ma le mani si sono assunte questo compito e hanno lasciato libera la bocca perché provvedesse alla parola.

La stretta connessione fra mano e parola è testimoniata anche dal punto di vista cerebrale dalle zone senso-motorie della corteccia, dove la quantità di neuroni che investe le funzioni del corpo è proporzionale alla specializzazione delle prestazioni, determinando nell'*homunculus* motorio e sensoriale un'ipertrofia della mano e dell'apparato bucco-vocale.



Torniamo, così, al tema iniziale: l'opponibilità del pollice e quella presa di precisione che consente la nascita della lavorazione della pietra e la creazione dei primi manufatti. Ovviamente, la collaborazione tra pollice e indice è irrinunciabile e solamente la stretta collaborazione tra le loro funzioni consente l'evoluzione tecnica e culturale dell'uomo.

Ci si potrebbe chiedere se nella specie umana, in assenza di opponibilità del pollice, avremmo dovuto rinunciare a uno di più classici gesti di scambio di saluti sulla Terra, la stretta di mano: saremmo inevitabilmente scivolati fino a stringerci il gomito...

Anche nel mondo anglosassone il pollice (*inch*) riesce a conquistare un notevole successo, divenendo l'unità di misura della lunghezza, invadendo anche molti altri settori tecnologici nostrani: per esempio, è usato per misurare la lunghezza della diagonale degli schermi, indicando in questo modo anche le dimensioni dello schermo stesso ed è utilizzato convenzionalmente anche per misurare il diametro di molti oggetti, come i tubi idraulici o i cerchioni per auto e moto. Origini anglosassoni si ritrovano anche nella famosa locuzione di *green thumb*, da noi tradotta come «pollice verde».

È evidente che alla base di tutte le attività manuali la collaborazione fra i due è assolutamente indispensabile, soprattutto nel campo culturale e artistico: pittura, scultura, scrittura. Ma anche in quest'ultimo settore, col trascorrere dei secoli, si alternano in continuazione forme di prevalenza di uno sull'altro. Me ne accorgo nel momento stesso in cui sto digitando sulla tastiera del computer: i principianti usano solamente l'indice e con quello realizzano tutte le funzioni, ma nel momento in cui l'abilità si professionalizza si specializzano anche le funzioni e solamente l'indice mantiene il predominio sul maggior numero di lettere rispetto alle altre dita, relegando il pollice a una mera funzione di riempimento degli spazi (senza la quale, però, il testo sarebbe illeggibile). Per



chi usa ancora la penna biro o stilografica, però, la collaborazione resta indispensabile!

Il pollice ha segnato tappe fondamentali – tra la vita e la morte – ma chi più di lui ha rappresentato simbolicamente lo spostamento da un luogo a un altro, il viaggio, con quell'anelito di libertà che trapelava negli anni Sessanta del secolo scorso? Non di certo l'indice, che in quest'ambito, nella sua forma *on the road*, si è caratterizzato solamente per indicarci la «one way». Invece no, l'autostop, magnificamente rappresentato dal quel semplice gesto del pollice, apriva a strade infinite, insolite, avventurose e a tutte quelle che ci consentiva di raggiungere la fantasia.

La loro collaborazione non è mancata neanche nel turpiloquio e nel linguaggio osceno, dove pollice e indice si fronteggiavano complici nel formare una figura circolare immaginaria, atta a mettere a rischio il «posteriore» di chi subiva tale minaccia; ma anche indicando, in altri casi, un grande «talento» fortunoso.

La rivalità tra pollice e indice percorre anche la storia della telefonia, come avevo accennato nell'immagine iniziale della ragazza in metro. Agli albori, il telefono richiedeva l'uso di tutta la mano per girare la manovella che lo avrebbe attivato, dopodiché è l'indice a farla da padrone con l'invenzione del disco combinatorio, che consentiva di comporre autonoma-



mente il numero desiderato senza far ricorso alla centralinista; oggi, il telefono a tastiera, che richiede ancora l'utilizzazione dell'indice, sopravvive negli uffici e in qualche casa, ma oramai è stato soppiantato dal cellulare che, a eccezione di qualche persona meno giovane, prevede l'esclusiva utilizzazione del pollice per cercare, comporre o scrivere.

Situazione simile si è presentata nei giochi. Ricordate le famose piste per macchinine (*slot car*) della Polistil, che hanno fatto sognare i bambini dopo la metà del secolo scorso? Il pulsante di comando era inizialmente impugnato con la mano e l'accelerazione determinata dallo spingere gradatamente verso il basso il cursore per mezzo del pollice; in

seguito, sono stati creati pulsanti con impugnatura a pistola in cui era l'indice ad agire sull'acceleratore. L'ultima evoluzione sono i videogame; inizialmente il comando era con la presa per tutta la mano, come una *cloche* d'aereo, ma nei moderni *joystick* la manualità fine del pollice ha preso nuovamente il sopravvento, relegando l'indice a svolgere funzioni secondarie.

Il pollice fa pensare anche a Pollicino, celebre fiaba di Charles Perrault. Forse è solamente un'assonanza, però, anche qui *Le Petit Poucet* mostra la sua arguzia riuscendo a salvare più



volte se stesso e i suoi fratelli dall'Orco, fino a riportare a casa le ricchezze per sfamare la sua famiglia; un'intelligenza che mostra di sopravanzare tutti gli altri personaggi della fiaba, preoccupati solamente di mangiare e dormire, esempio di uno spirito che inizia a differenziarsi e individuarsi. Ma non dobbiamo dimenticare, come ci ricorda Jung (1944, p. 68), che «Pollicino è anche l'orco stesso», perché è lui che conduce i fratelli nel palazzo dell'orco, riportando nuovamente la nostra riflessione sulla duplicità archetipica.

Vorrei in conclusione soffermarmi su due ultimi gesti che ci presentano una sorta di riunificazione e pacificazione fra pollice e indice, dove nel loro movimento congiunto affermano un significato comune e simbolicamente unificante.

La storia del termine «OK» è piuttosto incerta, anche come variazione di trascrizione di *all correct*, ma come gesto si è sicuramente affermato nel mondo anglosassone e poi diffusosi universalmente³; quello che ci interessa è ovviamente proprio il gesto, che viene espresso con la chiusura dell'indice sul pollice a formare un cerchio, simbolo di una circolarità iniziale (l'*Uroboros*)⁴ o finale (il mandala)⁵.





La figura perfetta dell'Uroboros, che sta al centro del mondo inconscio dell'umanità primitiva e del bambino (confronta a questo proposito il grande ruolo del cerchio nei primi disegni infantili), è al tempo stesso il simbolo centrale della seconda metà della vita e la figura cardinale della tendenza evolutiva che abbiamo chiamato autoconfigurazione o centroversione. Il simbolo della forma circolare, il mandala, sta all'inizio come alla fine (Neumann, 1949, p. 52).

In ultimo, sempre più utilizzato fra le giovani generazioni, dove è nato e si sta diffondendo a ritmo incessante e globalizzante, è quella figura composta dalla simmetria dei due

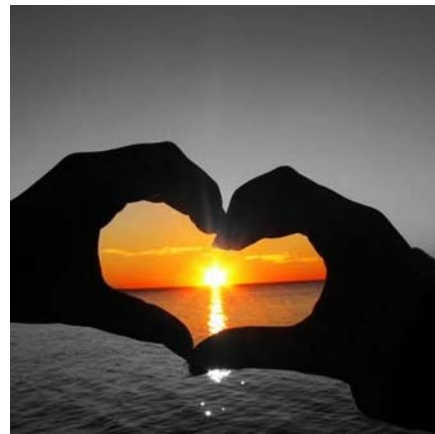


indici curvati che si toccano sulle unghie e i pollici, rivolti verso il basso, che si uniscono per i polpastrelli: il cuore. Simbolicamente rappresentato in ogni cultura, il cuore fa riferimento al centro, alla vita, alla sede di sentimenti ovvero dell'intelligenza e intuizione (a seconda dei contesti culturali); con il suo movimento di contrazione ed espansione diviene simbolo del respiro dell'Universo; per gli Indiani Pueblo dell'Arizona i bambini sono il prodotto del seme uscito dal midollo spinale dell'uomo e del sangue del cuore della donna. Il cuore ci rimanda ovviamente anche alla quadripartizione del suo interno, al numero quattro. Jung considera la quaternità il fondamento archetipico della psiche umana, la totalità dei processi psichici consci e inconsci (la sua tipologia psicologica si basa sulle quattro funzioni fondamentali: pensiero, sentimento, intuizione, sensazione); è un tema che

ritrova nell'alchimia e che non può considerarsi solamente casuale, come ci ricorda in *Psicologia e alchimia*:

È uno strano *lusus naturae* che il materiale chimico costitutivo dell'organismo umano, il carbonio, sia caratterizzato da quattro valenze; parimente noto è il fatto che il «diamante» è carbonio cristallizzato. Il carbonio è nero (carbone, grafite), il diamante invece «acqua chiarissima». Un'analogia di questo genere, però, non sarebbe che un deplorabile e intellettualistico esempio di cattivo gusto, se il fenomeno del Quattro non fosse che una mera invenzione da parte della coscienza, e non una produzione spontanea della psiche oggettiva: [...] esiste un elemento psichico il quale si esprime per mezzo della quaternità (p. 217).

Quanto di questa storia fra pollice e indice ci riporta alla duplicità archetipica, dove aspetti positivi e negativi possono contrapporsi e conciliarsi, dilaniarsi fino alla rottura o riunificarsi consentendo l'apertura verso nuovi orizzonti psichici. Gesti che parlano di sviluppo, predominio, contrapposizione, riunificazione, collaborazione e, infine, della circolarità dell'OK fino alla quaternità del cuore. Questa storia ci ricorda che l'evoluzione della coscienza è stata una nascita complessa e articolata, perché ogni crescita è separazione, verso una continua ricerca di nuovi significati e riunificazioni, che



rischiano di estraniarci dalla nostra natura primordiale e archetipica. Forse che questi ultimi gesti ricordati stiano anticipando una strada verso la riunificazione degli opposti, una centroversione a livello collettivo che consenta di ricongiungere ciò che necessariamente la coscienza ha dovuto dividere per evolvere?

Certo, gli avvenimenti di questi ultimi tempi (attentati terroristico-religiosi, masse migranti, razzismo) non farebbero ben sperare, ma questi fatti potrebbero essere ancora il frutto di una «coscienza occidentale» estremamente sviluppata che cerca di rimuovere un «inconscio istintuale» che tenta di uscire dall'ombra in cui è stato relegato, nel tentativo di risanare quella spaccatura tra «benessere esclusivo» e «povertà condivisa» tra paesi ricchi e paesi poveri.

Sarà giunto il momento di ritrovare la nostra interiorità? Riportare la comunicazione tra una coscienza fin troppo espansa e un inconscio relegato e reietto? Riportare certi valori e rifles-

sioni nella vita quotidiana evitando di commuoverci solamente nei racconti degli altri, tra romanzi, cronaca nera e film? *Cara Fast Thumb, tieniti ai sostegni. Riponi il cellulare. Scendi alla prossima fermata e risali in superficie. È una bella giornata. Solleva lo sguardo. C'è gente intorno a te. Vai sicura!*

Bibliografia

- Chevalier J., Gheerbrant A.** (1969), *Dizionario dei simboli*, Milano, Rizzoli, 1987.
- Gregorio di Nissa**, *Trattato della creazione dell'uomo*, 379 d.C.
- Hillman J.**, *L'anima del mondo*, Milano, Rizzoli, 1999.
- Leroi-Gourhan A.** (1964), *Il gesto e la parola*, Torino, Einaudi, 1977.
- Jacobi J.** (1942), *La psicologia di C.G. Jung*, Torino, Boringhieri, 1973.
- Jung C.G.**, *Einige Bemerkungen zu den Visionen des Zosimos*, «Eranos-Jahrbuch», 1937.
- (1944), «Psicologia e alchimia», in *Opere*, vol. XII, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.
- (2009), *Il Libro Rosso. Liber novus*, Torino, Bollati Boringhieri, 2010.
- Neumann E.** (1949), *Storia delle origini della coscienza*, Roma, Astrolabio, 1978.
- Samuels A., Shorter B., Plaut F.** (1986), *Dizionario di Psicologia Analitica*, Milano, Cortina, 1987.

Note

- ¹ Il decreto dell'Inquisizione romana prescriveva, pena la scomunica, «che nessuno osi ancora scrivere, pubblicare, stampare o far stampare, vendere, comprare, dare in prestito, in dono o con qualsiasi altro pretesto, ricevere, tenere con sé, conservare o far conservare qualsiasi dei libri scritti e elencati in questo Indice del Sant'Uffizio».
- ² Sembra oramai accertato che il pollice verso (mano chiusa a pugno rivolta verso il basso, con il pollice in estensione) per decretare la morte sia un'invenzione pittorica e cinematografica: la grazia era concessa con il *pollex pressus* (il pollice all'interno del pugno chiuso, a simboleggiare una spada nel fodero) mentre il *pollex versus* (pollice verso l'alto, come una spada sguainata) avrebbe determinato la morte, come pure le quattro dita unite rivolte verso il basso (inferi) e il pollice puntato verso la vittima.
- ³ Nel 1932, alla Conferenza Internazionale delle Telecomunicazioni di Madrid, viene riconosciuto come segnale internazionale.
- ⁴ Letteralmente significa «mangia-coda»: è il serpente che si arrotola su se stesso, il drago originario che si morde la coda; è un simbolo egiziano antico di cui Jung (1937) riporta questa descrizione: *Draco interfecit se ipsum, maritat se ipsum, impregnat se ipsum*. È un simbolo universale presente in molte culture lontane fra loro nello spazio e nel tempo.
- ⁵ Parola sanscrita che significa «cerchio magico». Jung considera le immagini mandaliche come espressione della totalità della psiche e, in particolare, del Sé (individuazione, centrovversione, autoconfigurazione ecc.).



JAMES HILLMAN SUL MIO SCRIVERE

COLLANA: Immagini dall'Inconscio – € 20,00 – PAGG. 208
FORMATO: 14,5 x 21 – ISBN: 9788874870820

Perché la psicologia, per me, è aprire le ostriche e pulire le perle, cioè recuperare e portare alla luce e indossare quotidianamente la vita dell'immaginazione, che può non redimere la tragedia, non lenire la sofferenza, ma può arricchirle e renderle più tollerabili, interessanti e preziose.

J. Hillman

► In questa raccolta di saggi Hillman ci parla di sé e di come è nata la sua visione della psicologia, dell'uomo, del mondo. Tutti i suoi poliedrici scritti sono contraddistinti da un denominatore comune: la centralità del processo immaginativo nell'attività della e sulla psiche. E l'importanza della cura della vita immaginale, quindi, come modo per promuovere nuove visioni, per coltivare il senso estetico nelle relazioni con il mondo, per restituire Anima ai luoghi, alle malattie abitate dagli uomini, al mondo.

«Restituendo i sintomi all'anima», dice l'Autore, «io tento di restituire un'anima ai sintomi ridando loro quel valore centrale nella vita che è proprio dell'anima».

Il costante interpenetrarsi di pensiero e immagine della sua visione consente un avvicinamento tra apparenza e realtà, tra «lo spirito che sviluppa teorie e l'anima che costruisce fantasie» e ci consegna un nuovo stato della mente che sa vedere oltre per immaginare il presente in modo nuovo.

Pagine piene, fervide e fertili. Squarci biografici e storie delle idee. Ancora spunti eccezionali per *fare anima*.

James Hillman (1926-2011), padre della psicologia archetipica, psicoanalista, filosofo, scrittore. Gli aspetti fondanti della sua psicologia sono costituiti da un'attenzione costante alle manifestazioni del mito nell'uomo e nella società, ai processi archetipici della psiche, alle immagini che sostanziano la vita psichica. È autore di molti libri, tra cui ricordiamo *Il suicidio e l'anima*, *Il mito dell'analisi*, *La re-visione della psicologia*, *Le storie che curano*, *Anima*, *La vana fuga dagli dèi*, *La forza del carattere*, *Puer aeternus*, *Il codice dell'anima*.

2ª edizione, aggiornata e ampliata



La ricchezza dell'anima è fatta di immagini.

C.G. Jung, *Il Libro Rosso*

► **Q**uesto volume costituisce la più ampia e documentata rassegna delle psicoterapie immaginative; ricostruisce l'origine, l'evoluzione e le modalità operative di scuole e correnti diverse. La storia delle terapie immaginative ha radici remote. Fin dall'antichità - in Egitto, in Grecia, nell'estremo Oriente, nell'America precolombiana - fu chiaro che fantasie, visioni e immagini dell'inconscio possiedono un potenziale curativo. Secoli più tardi, la nascente psicologia strutturò una varietà di approcci all'immagine mentale e una conseguente diversità di tecniche: allucinosi ipnotiche, sogni a occhi aperti, immaginazioni libere, visualizzazioni guidate, meditazioni immaginative e altro ancora. Inizialmente questi procedimenti immaginativi condivisero una stessa finalità: estendere il potere dell'io per contenere la potenza dell'inconscio. Ma, agli inizi del XX secolo, metodi come l'immaginazione autogena di I.H. Schultz o l'immaginazione attiva di C.G. Jung introdussero un'innovazione radicale: l'atteggiamento verso l'inconscio non fu più unicamente di controllo e di contrasto, ma di rispetto e di collaborazione. Il mondo immaginale divenne, allora, lo sfondo psichico da cui le immagini affiorano a configurare e a plasmare l'individualità. Attraverso la forza dei simboli s'imprimono sulla vita psichica e scandiscono ogni passaggio esistenziale e ogni involuzione patologica.

Collocata entro questa prospettiva, l'immaginazione attiva di Jung costituisce il punto più avanzato nell'evoluzione delle terapie immaginative e l'approccio più rispettoso dell'attività immaginativa diretta dall'inconscio.

È anche il punto d'approdo di questo volume, che riconduce la sua genesi alle visioni descritte nel *Libro Rosso* di Jung e la proietta ai vertici di una panoramica a tutto campo, che abbraccia le tecniche direttive e quelle spontanee, quelle analitiche e quelle cognitive, quelle autogene e quelle pragmatiche, quelle meditative e quelle operative, quelle passive e quelle attive.

Claudio Widmann, analista junghiano, membro del CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica) e della IAAP (International Association for Analytical Psychology), è docente di Teoria del simbolismo e di Tecniche dell'immaginario in varie scuole di specializzazione in Psicoterapia. Vive e lavora a Ravenna.

Impegnato conferenziere, direttore della collana «Il bestiario psicologico» delle Edizioni Magi, è autore e curatore di saggi che rileggono aspetti ordinari e straordinari della realtà alla luce della psicologia junghiana. Per i tipi delle Edizioni del Girasole è stato pubblicato il *Manuale di Training Autogeno*, mentre per quelli della Cittadella il libro *F come Fiducia*. Tra i suoi numerosi volumi nel catalogo delle Edizioni Magi ricordiamo *Il simbolismo dei colori*, *La simbologia del presepe*, *Il mito del denaro*, *Sul destino*, *Gli arcani della vita*, *Il gatto e i suoi simboli*, *Pinocchio siamo noi*.

COLLANA: IMMAGINI DALL'INCONSCIO – PAGINE: 704 – PREZZO: 55,00 – ISBN: 9788874873104 – FORMATO: 16,5x24

INDICE

Introduzione – *Parte prima*. TERAPIE IMMAGINATIVE A STRUTTURAZIONE TOTALE – I. L'IPNOTERAPIA – II. LE VISUALIZZAZIONI GUIDATE – III. L'IPNOSI FANTASMATICA – IV. L'IMAGOTERAPIA – V. TECNICHE IMMAGINATIVE NELLA TERAPIA COGNITIVA – VI. VISUALIZZAZIONI MIRATE A OBIETTIVI SPECIFICI – *Parte seconda*. TERAPIE IMMAGINATIVE DIALOGATE – VII. IL RÊVE ÉVEILLÉ DIRIGÉ (RED) – VIII. L'ONIROTERAPIA – IX. LA TECNICA IMMAGINATIVA DI ANALISI DEL PROFONDO (ITP) – X. IL METODO CATATIMICO DI LEUNER (KB) – XI. L'ANALISI IMMAGINATIVA – XII. LA PROCEDURA IMMAGINATIVA (P.I.) – *Parte terza*. TERAPIE IMMAGINATIVE AUTOGENE – XIII. IL TRAINING AUTOGENO ANALITICO – XIV. L'ABREAZIONE AUTOGENA – XV. L'IMMAGOGICA AUTOGENA – XVI. LA TERAPIA AUTOGENA IN QUATTRO STADI – *Parte quarta*. TERAPIE IMMAGINATIVE INTEGRATE – XVII. LA TERAPIA PSICOIMMAGINATIVA – XVIII. TECNICHE IMMAGINATIVE IN PSICOSINTESI – XIX. TECNICHE IMMAGINATIVE OPERATIVE – *Parte quinta*. L'IMMAGINAZIONE ATTIVA – XX. L'IMMAGINAZIONE NELLA PSICOLOGIA ANALITICA – XXI. L'IMMAGINAZIONE ATTIVA

UNA TENDA COME RITORNO AL GREMBO

ELEONORA CHICARELLA

Psicologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva a indirizzo psicodinamico, IdO – Roma

Con il mio intervento vorrei porre l'attenzione sulla necessaria flessibilità del terapeuta e sul necessario coinvolgimento attivo e totale quando ci si trova a lavorare con piccoli pazienti.

Zinkin (1969), ragionando sulla flessibilità della tecnica analitica si chiedeva:

Se l'obiettivo è utilizzare le nostre capacità analitiche adattandole il più possibile all'ampia gamma dei casi, non dovremmo essere pronti a trasformare le regole, o anche a cambiare gioco, nell'interesse del paziente? Ciò però implica non soltanto la capacità di riconoscere le mosse di quest'ultimo, ma anche una prontezza nell'accettare che la sua nozione di gioco possa differire dalla nostra.

Penso di poter affermare che questa sia, soprattutto per chi lavora con i bambini, una modalità imprescindibile. Il percorso che si costruisce con essi è un percorso fatto di partecipazione, di condivisione, di corporeità, di immagini, di metafore, di movimenti.

Il terapeuta deve avere la capacità di *sentire* e di regredire egli stesso, andando lì dove il piccolo paziente lo porta. Ed è proprio su questo punto che voglio soffermarmi.

Non presenterò un caso clinico completo, né le sue complesse evoluzioni, ma una parentesi clinica del momento in cui la

terapeuta e Giovanni, un bambino di 9 anni, si sono incontrati per ripartire.

Giovanni nasce dopo molte ore di dolori. Il travaglio di parto, attivatosi in maniera spontanea e naturale, è terminato con un necessario intervento da parte dei medici, i quali hanno ritenuto opportuno procedere con un taglio cesareo. Si è registrata, infatti, una «non buona» posizione del piccolo, come la definisce la madre, e una sofferenza fetale, per cui alla nascita è stato subito ricoverato in osservazione presso il reparto di Neonatologia.

Circa 9 anni dopo sarà un parente ad inviarmi da me Giovanni, o meglio i suoi genitori. In realtà è il padre a stabilire telefonicamente il primo contatto, anche se accettano di venire entrambi al nostro primo incontro, pur essendo separati consensualmente da circa un anno e mezzo, e accettano di costruire insieme un percorso per Giovanni. Appaiono entrambi preoccupati, disorientati. La prima tangibile preoccupazione che portano è legata ad un calo di rendimento scolastico che loro fanno risalire proprio al periodo della separazione.

Giovanni frequenta la quarta elementare ed è un anticipatario. Non si concentra, è molto disordinato nella scrittura, legge male e lentamente. Ben presto però ci rendiamo conto che dietro questa preoccupazione c'è tanto altro....



Ricostruzione del tipi degli Indiani Beothuk, Indian Point, Red Indian Lake, Canada

Viene descritto come un bambino eccessivamente sensibile, ultimamente molto nervoso. Ha degli attacchi di ira verso la sorella (di circa 3 anni più piccola), verso il padre e verso i nonni paterni. Si masturba sfregando il corpo a terra fino a sudare.

A casa della madre ha portato il pannolino durante la notte fino ad un anno prima; a casa del padre fino a due settimane prima. Questo era il suo «segreto» e in effetti i genitori ne parlano con una certa reticenza, minimizzandone l'importanza. Da circa due settimane fa pipì a letto.

Ha un sonno molto pesante. Quando dorme dal padre si alterna con la sorella nel letto grande. Quando dorme a casa della madre, in quella che era la casa coniugale, condivide il letto con lei e con la sorellina e porta sempre con sé un cagnolino di peluche.

Mi viene in aiuto la fiaba di Peter Pan. Sembra che il talamo della casa materna rappresenti l'«Isola Che Non C'è», un luogo dove coabitano tutti i bimbi sperduti. In effetti, l'immagine che mi arriva della madre è quella di una donna minuta che, dietro all'aspetto attraente, nasconde un femminile fragile, bisognoso di coccole, spaesato allo stesso livello del figlio. Una bimba sperduta anche lei?

Allora penso che forse l'enuresi, la rabbia, l'onanismo sono sintomi necessari. Garantiscono a Giovanni l'essere bambino in un contesto in cui gli viene chiesto di essere adulto, tra bambini sperduti.

Giovanni sta comunicando i suoi bisogni, sta affermando con forza che ha bisogno di recuperare il suo ruolo e si sta concedendo una seconda possibilità. Winnicott afferma magistralmente: «Il bambino ha bisogno di ritornare a uno stadio già superato, per rivendicare i suoi diritti di bambino e ristabilire le leggi dello sviluppo naturale».

Quando incontro Giovanni per la prima volta vengo colpita dal suo sguardo, uno sguardo sveglio, furbo, intenso, ma profondamente triste.

Questo bambino porterà subito la sua solitudine e la sua rabbia...

Rappresenta graficamente quello che mi piace pensare come il suo biglietto da visita: davanti c'è Giovanni, 8 anni, che vive da solo in una grotta dove si è rifugiato durante la guerra; un terremoto, bloccando la strada, gli ha impedito l'incontro con gli altri; dietro c'è Genoveffa, 40 anni, che sta sempre in bagno a fare la cacca. Purtroppo è una povera e deve fare questo lavoro, cioè fare la cacca, che è preziosa, per poi trasformarla in mattoni.

Questo presentarsi gli consente da subito di aprirsi, di utilizzare tutto lo spazio, di sentirsi in un luogo dove potere essere ascoltato anche negli aspetti più distruttivi.

Sembra attratto da una tenda-gioco. Più volte sperimenta l'avvicinamento e l'allontanamento da essa. La distende a terra in modo che diventi simbolicamente un contenitore. L'apertura della tenda diventa il luogo da cui far entrare o uscire materiale. Prima lo fa con i mostri, poi entra lui stesso. A Giovanni piace entrare nella tenda per poi catapultarsi fuori finché, ad un certo punto, vi entra, vi rimane più a lungo e inizia a imporre alla tenda un movimento ondulatorio. È proprio in quel momento che accade qualcosa...

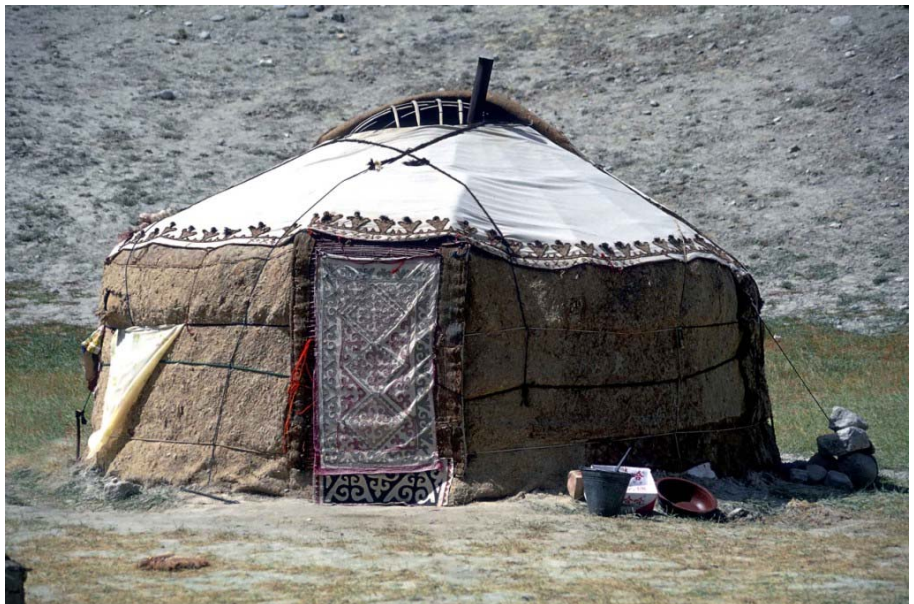
La tenda si trasforma in qualcos'altro... io stessa mi lascio trascinare nel campo che si è attivato: il mio corpo si avvicina al contenitore sacro, lo tocca, per poi assumerne la guida; la mia anima si sintonizza con il desiderio di Giovanni... e inizio a cullarlo cantandogli una ninna nanna.

La tenda è diventata grembo materno. Il viso di Giovanni si distende; egli riesce a contattare la sua parte di dolore e mi dice che non voleva nascere.

Ma simbolicamente la tenda cosa rappresenta?

La tenda è un luogo sacro, in cui il divino si manifesta. Fin da quando Dio abita con il suo popolo, gli è riservata una tenda, che diverrà il prototipo del Tempio. È anche tra le forme più antiche di architettura popolare.

Costruite da sempre in un armonico rapporto con l'ambiente che le circonda, le tende hanno una storia antichissima. Basti pensare, tra quelle a pianta circolare, al toldo patagonico, ai tipi degli Indiani d'America, alla yurta mongola.



Tradizionale yurta mongola



Lo sciamano, all'interno della tenda, batte il tamburo durante la cerimonia sacra

Interessante anche il costume esistente presso i popoli cacciatori della Costa del Labrador, nel Canada atlantico. Essi erigono una costruzione circolare, fatta di 4 o 8 pali di tre metri di altezza piantati nel terreno, circondata da una fascia di corteccia di betulla. Lo sciamano vi entra e canta, per chiamare gli spiriti. All'esterno, gli assistenti lo accompagnano con il rullio dei tamburi. La costruzione comincia a oscillare: è l'arrivo degli spiriti, di cui lo sciamano traduce con forti grida i messaggi. Una presenza sacra, un movimento, una musica... La tenda rappresenta, inoltre, per alcuni popoli nomadi, la casa, simbolo del mondo interiore, ma anche simbolo femminile, nell'accezione di rifugio, protezione, madre. I diversi movimenti che si possono compiere nella casa esprimono sia una fase stazionaria o stagnante dello sviluppo psichico, sia una fase d'evoluzione, che può essere progressiva o regressiva, rivolta verso lo spirito o verso la materia.

E nella nostra tenda una regressione è avvenuta.

Qualcosa è cambiato in Giovanni; tornare al grembo gli ha consentito di accedere all'origine, di riconciliarsi con la nascita, di prendere consapevolezza di una profonda tristezza che può essere condivisa.

Quel suo ritorno alla madre gli ha permesso di distruggere per poi riparare.

Cullarlo ha rappresentato offrire a Giovanni un altro materno, un materno non erotizzato, ma puramente affettivo.

Conforti (2005) afferma:

La struttura terapeutica, insieme al rapporto terapeutico in sé, diventa spesso un paradigma di salute in quanto comunica al paziente, nonostante le sue paure e le sue ansie rispetto alle forze cosce e inconscie, la stabilità del terapeuta; offrire un ambiente terapeuticamente affidabile metterà inoltre a disposizione dell'io una struttura alternativa all'interno della quale le ansie possano essere metabolizzate.

Mondo (2012) aggiunge:

La partecipazione al campo relazionale imposto è un elemento di cura molto delicato; è necessaria una posizione terapeutica che rispetti il campo preesistente, ma che progressivamente disincastri l'altro.

La stabilità, ma anche la flessibilità e, soprattutto, il coinvolgimento totale hanno consentito al terapeuta di entrare in sin-

tonia con il corpo del bambino e con la sua anima. Solo questo rispondere al suo bisogno ha permesso più volte a Giovanni di tornare al dondolo. Me lo chiedeva. Ne aveva bisogno.

È ri-nato in questa relazione? Ora si sente visto? Ora può comunicare la sua rabbia!!!

Come direbbe Winnicott, il falso Sé progressivamente si è dissolto per lasciare il posto ad una nuova relazione in cui la funzione di sé accudente, assunta dal terapeuta, ha consentito al bambino di contattare le sue parti fragili, ma vere.

Dove erano i nostri corpi? E dove le nostre anime?

Si sono incontrati in quel gioco, in quella danza, in quella culla-contenitore sacro e quell'incontro ha permesso a Giovanni di tornare indietro per prendere lo slancio e fare il passaggio evolutivo. Regredire per evolvere...

Ancora Winnicott:

Si potrebbe dire o che il paziente ha raggiunto la costruttività sapendo che era destinata a comparire la distruzione, o invece che proprio perché si è arrivati al momento costruttivo il paziente è potuto arrivare anche a quello distruttivo.

La maschera del dolore, la rabbia, si è spezzata. Ora Giovanni si può concedere il dolore e la rabbia.

Ora a casa fa tanta cacca, anche due volte al giorno e poi la mostra ai genitori. Nella stanza di terapia può concedersi di sporcare con i colori che diventano simbolicamente materiale fecale...

Ora anche il dolore è un dolore consapevole. Il contenitore della rabbia adesso può contenere anche la sua tristezza. Si siede dentro la tenda, vuole stare da solo lì dentro. Rimane in silenzio per tanto tempo.

Come sostiene Di Renzo:

Il bambino non ha bisogno di qualcuno che comprenda al posto suo, ma ha la necessità di essere contenuto da un adulto che non sia troppo spaventato della conoscenza e dell'ignoto.

Pensare l'evento-nascita come un andare verso il nuovo, il non-conosciuto, pensare il trauma della nascita come trauma ai confini tra biologico e psichico ci consente di concludere che l'incontro con la terapia e il ritorno all'origine hanno permesso a Giovanni di ripartire, nell'incontro tra psiche e soma.

Bibliografia

Chevalier J., Gheerbrant A., *Dizionario dei simboli*, Milano, Rizzoli, 1997.

Conforti M., *Il codice innato*, Roma, Edizioni Magi, 2005.

Di Renzo M., «I "luoghi" del mondo infantile», in F. Bianchi di Castelbianco, M. Di Renzo (a cura di), *40 anni con i bambini. Abitare i luoghi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, Edizioni Magi, 2011.

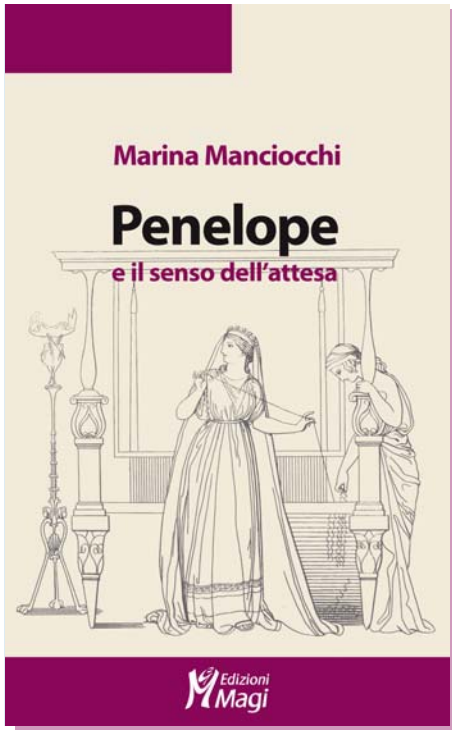
Mondo R., *Nei luoghi del fare anima*, Roma, Edizioni Magi, 2012.

Winnicott D., *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Cortina, 1995.

Il bambino, la famiglia e il mondo esterno, Roma, Edizioni Magi, 2005.

Zinkin L. (1969), «Flessibilità della tecnica analitica», in M. Fordham, R. Gordon, J. Hubback, K. Lambert (a cura di), *La tecnica nell'analisi junghiana*, Roma, Edizioni Magi, 2003.

Novità



Desidero e voglio ogni giorno giungere a casa e vedere il dì del ritorno.

Ulisse

► **L**o scorrere del Tempo è una dimensione che segna il corpo e la psiche di ogni persona e la sua percezione assume valori che variano nelle diverse età e nelle differenti culture. È un fenomeno legato intimamente a quello dell'Attesa, che incide sui sentimenti e i comportamenti. L'attesa può bloccare le persone e togliere energia vitale, oppure può stimolare il desiderio e l'attrazione verso l'ignoto, aprendo la strada al cambiamento.

Lasciare che il tempo scorra senza voler predeterminare cosa dovrebbe accadere alimenta la curiosità e fa diventare l'attesa uno stato creativo.

Penelope, sinonimo di fedeltà e di amore, è un'icona dell'attesa. Diversamente da suo figlio Telemaco che, per agire, attende il tempo giusto, o da suo marito Ulisse, che attende sì di riabbracciare la moglie, ma lo fa tra le braccia di Calipso, vivendo ogni sorta di esperienze che rendono la sua esistenza ricca, l'attesa di Penelope è immobile. Pur coltivando la speranza, il desiderio e l'amore, Penelope allontana ogni possibile cambiamento, novità o tentazione e sperimenta solo ciò che già conosce. Mettendosi al riparo dall'ansia dell'attesa, blocca la propria vita. Mentre Penelope aspetta, Ulisse esplora e agisce, vive e si trasforma.

MARINA MANCIOCCHI, psicologa, psicoterapeuta, analista junghiana del CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica) di Roma, dove svolge attività didattica e di supervisione. Insegna «Psicologia del sogno» e «Psicologia del mito, folklore e fenomeni religiosi» nella Scuola di psicoterapia del CIPA, «Psicologia dell'adozione» nella Scuola di psicoterapia dell'IdO (Istituto di Ortofonologia) di Roma e collabora con l'area junghiana della Scuola di Psicoterapia Comparata (SPC) di Firenze.

Ha istituito gruppi di ricerca teorico-clinici sul collegamento tra creatività e spiritualità e ha coordinato, insieme al CIPA Istituto per l'Italia Meridionale e la Sicilia, gruppi di studio sul mito. Già psicologa dirigente nella ASL RM H, dove è stata responsabile di un servizio materno infantile distrettuale e dove ha avviato e gestito il GIL Adozioni aziendale, è docente nei corsi ECM per operatori socio-sanitari.

Ha pubblicato diversi articoli relativi al mito, all'importanza della spiritualità e della creatività nella terapia, alle problematiche dell'adozione e alle sintomatologie psichiche. Per i tipi delle Edizioni Magi è uscito nel 2012 il suo libro *Antigone e le trame della psiche. Mitologia e creatività in psicoterapia*. La sua attività professionale si svolge tra Roma e Velletri.

COLLANA: LECTURAE – PAGINE: 124 – PREZZO: 15,00 – ISBN: 9788874873562 – FORMATO: 13x21

INDICE

Prefazione, Enzo Vittorio Trapanese – Introduzione – I. LA COMPLESSITÀ DELLA MENTE UMANA. La ricerca di senso; Penelope, simbolo dell'attesa – II. L'ATTESA, ASPETTI PSICOLOGICI. La percezione del tempo; Intuizione e razionalità – III. LA COMPLESSITÀ DELLA CURA. L'attesa tra blocco e impulsività; L'attesa tra depressione e speranza; L'energia della creatività – IV. PENELOPE, SIMBOLO DELL'AMORE. L'attesa premiata; Telemaco e il ritorno di Ulisse – Conclusioni – Bibliografia.

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

Dalla cronaca alla stampa, a cura di RACHELE BOMBACE

Autismo. Bimbi migliorano se c'è capacità comprensione intenzioni

IdO: Dopo 2 anni di progetto «Tartaruga» 27 su 100 fuori da sindrome

La valutazione della capacità di comprendere le intenzioni altrui in un bambino autistico, al momento della presa in carico, è il miglior predittore di un'evoluzione positiva della sintomatologia. Lo conferma una ricerca dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO), che ha somministrato a 100 bambini autistici (di cui 68 con autismo e 32 coinvolti nello spettro autistico inseriti nel progetto terapeutico evolutivo «Tartaruga») e a 50 minori non autistici, ma con ritardo di sviluppo e disabilità intellettive, la prova dell'Intention Condition of Behavioral Enhancement Procedures di Meltzoff, adottata nel 2007 da Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell'età evolutiva e responsabile del servizio Terapie dell'IdO.

Dallo studio è emerso che il deficit di tale capacità è una caratteristica specifica dell'autismo in quanto, non risultando compromessa nel gruppo di controllo con disabilità intellettiva, evidenzia la sua natura più socio-relazionale che cognitiva. Infatti, a distanza di due anni dalla prima prova e in seguito a un lavoro terapeutico centrato sul corpo e sugli aspetti emotivo-relazionali, 27 bambini su 100 sono usciti dalla sindrome e 6 hanno migliorato la loro sintomatologia passando da una condizione di autismo a una di spettro autistico.

Lo studio è stato presentato al XVI Convegno nazionale dell'IdO su «Il processo diagnostico nell'infanzia. Cosa e come valutare clinicamente sintomi e comportamenti dei bambini» (<http://ortofonia.it/?do=115#video>).

DIFFERENZE TRA AUTISMO E SPETTRO GIÀ DALLA PRESA IN CARICO

– Dalla prima valutazione, effettuata al momento della presa in carico, è risultato che i 68 bambini autistici hanno riportato punteggi più bassi nella capacità di riconoscere gli stati mentali, desideri ed emozioni in se stessi e negli altri, sia rispetto ai 32 bambini coinvolti nei disturbi dello spettro autistico sia ai 50 appartenenti al gruppo di controllo (entrambi caratterizzati da ritardo cognitivo).

RISULTATI DOPO DUE ANNI DEL PROGETTO «TARTARUGA» – La valutazione è stata ripetuta dopo due anni di trattamento all'interno del progetto evolutivo «Tartaruga» e dei 68 bambini, che rientravano nell'autismo, 11 sono passati nella condizione di spettro autistico e 6 sono usciti dall'auto-

simo. Analogamente, dei 32 bambini dello spettro, che presentavano una capacità di comprendere le intenzioni altrui simile a quella mostrata dai bambini del gruppo di controllo – rivela l'équipe dell'IdO – 21 di questi sono usciti dall'autismo.

IL QI AUMENTA CON LA CAPACITÀ DI COMPRENSIONE INTENZIONI ALTRUI – «Il Quoziente Intellettivo (QI) aumenta significativamente in base alla presenza della capacità di comprensione delle intenzioni altrui, perché predice un potenziale intellettivo ingabbiato in una dimensione autistica. I 21 bambini che sono usciti dall'autismo – sottolinea lo studio dell'IdO – sono passati da un punteggio medio di QI pari a 60 a uno di 84. Ovvero da una situazione di ritardo a una di livello medio inferiore. Lavorare quindi sul corpo – aggiungono i clinici – abbassa le difese e consente al potenziale emotivo inespresso di emergere anche a livello cognitivo».

CHIAVE DI VOLTA IL LAVORO SOCIO-RELAZIONALE SU ASPETTI EMOTIVI

– Da questi risultati emerge che «l'aspetto cognitivo rappresenta la conseguenza di un lavoro socio-relazionale centrato sugli aspetti emotivi e corporei. Se tale capacità fosse, infatti, connessa solo all'aspetto cognitivo – spiega la ricerca – ci sarebbe dovuto essere un deficit anche tra i bambini del campione di controllo con ritardo cognitivo. Invece si tratta di una capacità deficitaria tipica dell'autismo, in quanto gli autistici hanno difficoltà nella comprensione degli stati mentali. Capacità – ripetono gli autori – che si sviluppa a partire dalla relazione psicologica ed emotiva con l'altro. La componente cognitiva aiuta a comprendere le azioni criteriali, ma è la motivazione sociale che li porta a riconoscere e condividere le emozioni con l'altro. I bambini con autismo possono presentare la comprensione cognitiva della funzione dell'oggetto – chiariscono gli psicoterapeuti dell'IdO – ma la comprensione socio-emotiva risulta particolarmente compromessa».

IL CAMPIONE – L'IdO si è avvalso di due campioni di studio: uno formato da 100 bambini autistici (19 femmine e 81 maschi) con punteggi medio di QI pari a 60, di cui 68 con autismo e 32 coinvolti nello spettro autistico, di età media 5 anni e 7 mesi, in un range che va da 3 a 13 anni (tutti valutati con il test Ados-Autism Diagnostic Observation Schedule); un campione di controllo di 50 bambini (20 femmine e 30 maschi) non autistici, ma con ritardo dello sviluppo, principalmente disabilità intellettive, di età media di 6 anni e 5 mesi in un range dai 3 agli 11 anni con punteggio medio di QI pari a 67, ovvero indice di un ritardo cognitivo di una certa importanza.

L'ETÀ CRONOLOGICA INCIDE SOLO NELL'AUTISMO

– L'età ha un effetto significativo sulla capacità di comprendere le intenzioni solo nei bambini con autismo: i bambini della fascia 3-5 anni, con condizioni più severe di autismo, registrano punteggi più bassi rispetto a quelli dai 6 ai 13 anni. «È evidente che il bambino più grande abbia generalmente già raggiunto un adattamento emotivo relazionale che possa permettergli almeno una differenza di espressione di qualche competenza. Rimane, però, che la presenza di tale capacità nella valutazione iniziale risulti l'elemento determinante per definire una sua evoluzione. E in un'ottica di diagnosi precoce – afferma l'IdO – ci aspettiamo che anche i bambini dai 6 ai 13 anni possano migliorare su tutti i piani con una terapia di mantenimento».

COME FUNZIONA IL TEST

– Il test dell'Intention Condition of Behavioral Enhancement Procedures di Meltzoff, adottato da Di Renzo, è utile perché rapido e di facile somministrazione. Richiede un breve tempo di attenzione da parte del bambino ed è efficace anche nei casi di sintomatologia severa. La versione di Di Renzo si compone di quattro elementi: un oggetto a forma di manubrio con le due estremità scomponibili; un piolo di legno con associato un cappio di nylon che può essere appeso al piolo; un contenitore con una collana di perle e, infine, un quadrato di plastica trasparente con un foro circolare al centro, che può essere infilato in un piolo posto su una base della medesima grandezza.

Per ogni oggetto vengono mostrati al bambino 3 tentativi falliti di compiere un'azione, poi si lascia l'oggetto sul tavolo davanti al minore e gli viene detto: «Ora tocca a te». Successivamente si attribuisce un punteggio da 0 a 4 in base al numero di azioni criteriali eseguite dal bambino per ciascuna prova, all'interno di una finestra temporale di 20 secondi dal momento in cui l'oggetto gli viene consegnato. In questo modo è possibile vedere, per ognuno di questi gesti, se il bambino ha compreso le intenzioni che l'altro aveva in mente nell'effettuare l'azione, anche se eseguita in modo errato. Le risposte del bambino potranno essere varie: non prestare attenzione allo stimolo, perdersi in una manipolazione stereotipata e/o sensoriale dell'oggetto, continuare in una ripetizione del tentativo fallito o approssimare l'azione criteriale.

Autismo, IdO: Con TCE indagate le emozioni di 300 bambini

Predittivo dell'Ados, indica su quale area è necessario lavorare

Se è impossibile trovare la risposta empatica nel bambino con autismo, è invece possibile rintracciare quella emozionale e predittiva dei suoi potenziali passaggi evolutivi gra-

zie al Test sul contagio emotivo (TCE). La nuova scala di osservazione è il più rapido strumento di rilevazione dei precursori dell'empatia oggi disponibile. Ideata e testata dall'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO) su 300 bambini con disturbo dello spettro autistico negli ultimi 3 anni, è stata presentata nella Capitale da Magda Di Renzo, responsabile del servizio Terapie dell'IdO, in occasione del XVI convegno nazionale dell'IdO su «Il processo diagnostico nell'infanzia».

VALORE PREDITTIVO DEL TCE PER L'ADOS 2

– Ai fini della valutazione della validità del TCE l'IdO ha somministrato al campione in esame anche un altro strumento già validato, ossia l'Ados, che valuta costrutti simili (i comportamenti socio-comunicativi). I punteggi dei due test sono risultati inversamente correlati, evidenziando come all'aumentare del livello di contagio emotivo dei bambini sia diminuito significativamente il punteggio Ados, e quindi il grado di autismo.

L'ULTIMO CAMPIONE TESTATO È DI 84 BAMBINI

– Attualmente sono in carico all'IdO 120 bambini autistici. Da questo gruppo è stato estratto in maniera random un campione di validazione di 84 soggetti con sindrome autistica, di cui 71 (84.5 %) maschi e 13 (15.5%) femmine a cui è stato recentemente riproposto il TCE. Il valore predittivo del TCE per l'Ados è risultato in maniera significativa: all'aumentare di un'unità di TCE, l'Ados misurato al follow-up (a distanza media di 5 mesi dalla prima somministrazione del Tce) diminuisce di - 2.9 punti in maniera statisticamente rilevante [B = - 2.9; 95% CI= (- 3.84; - 1.9) ; p = 0,000]. Questo ha permesso di pianificare interventi precoci e più efficaci (le analisi sono state svolte con il software SPSS 15,0).

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

– Il TCE è stato somministrato da due operatori diversi, indipendenti e impossibilitati a comunicare a vicenda i risultati ottenuti, per poter effettuare dopo circa due mesi un re-test da parte del primo operatore sul medesimo campione di sperimentazione. Al fine di misurare l'attendibilità test/re-test e l'attendibilità inter-valutatori è stato utilizzato il coefficiente di correlazione intraclasse.

OGGETTO D'INDAGINE

– Il TCE permette di individuare la presenza o l'assenza di risposta emozionale e, quindi, il livello di disponibilità o meno alle interazioni sociali nel bambino con disturbo dello spettro autistico, indagando il sistema cinesico (tra cui l'espressione mimica del volto, i movimenti oculari, i cambi posturali e i gesti), il sistema vocale (l'intonazione della voce), il sistema aptico (il contatto fisico) e il sistema prossemico (la distanza). Il tutto legato a 4 differenti emozioni: felicità, tristezza, paura e rabbia. Le risposte possibili sono quindi assenza, presenza (con principio di contagio emotivo e contagio emotivo) ed empatia. La compilazione del protocollo di codifica da parte degli operatori può essere com-

pletata in 10 minuti poiché avviene contestualmente alla somministrazione.

COS'È IL CONTAGIO EMOTIVO – Il contagio emotivo consiste nella tendenza a imitare in modo automatico e involontario le espressioni facciali, vocali, posturali di un'altra persona e, di conseguenza, a convergere emotivamente. È presente nelle primissime fasi dello sviluppo in cui c'è una mancanza o un'incompletezza della differenziazione di sé e dell'altro.

A CHI PUÒ ESSERE SOMMINISTRATO IL TCE – Oltre a bambini con disturbo dello spettro autistico, attualmente il TCE è somministrato anche a soggetti di 2 anni con mutismo selettivo e di 3 anni con sospetto disturbo depressivo, psicosi non organica, gravi disturbi della relazione e dell'attaccamento. Può essere somministrato anche a minori normodotati in un'età compresa tra i 10 e 24 mesi.

DA DOVE È PARTITO L'IdO NELLA COSTRUZIONE DEL TCE – L'assunto di base che guida il lavoro dell'IdO è che nei bambini con disturbo dello spettro autistico il deficit primario si colloca nell'area affettiva, determinando compromissioni nella dimensione cognitiva. La ricerca degli step che definiscono il progetto che porta all'empatia diventa indispensabile per definire un indice diagnostico e prognostico.

DALLA RISPOSTA EMOZIONALE ALLA CORRETTA CURA – Rilevare il tipo di risposta emozionale – contagio emotivo – permette di individuare quale sia l'emozione rilevante per ciascun minore. Ossia su quale area emozionale è necessario lavorare affinché l'area dello sviluppo, che si riferisce alla simulazione incarnata (comportamenti imitativi del corpo, riproduzione automatica, non consapevole, pre-riassorbimento degli stati mentali dell'altro), possa riavviare il processo evolutivo.

IL TCE È DISTRIBUITO DA HOGREFE – Il *TCE-Test Contagio Emotivo*, ideato dalle psicoterapeute dell'età evolutiva dell'IdO, Magda Di Renzo e Marianna Stinà, è un protocollo di somministrazione e codifica standardizzata. Si compone di un manuale e un video-test, presentando 16 campi di osservazione per ognuna delle 4 emozioni di base.

Arriva la scheda per gli indicatori di vulnerabilità 0-24 mesi

Ideata da IdO e NPI Palermo per medici, insegnanti e terapeuti

Una scheda che individui nei bambini gli indicatori di vulnerabilità senza definirne necessariamente la patologia. È il

modello di rilevazione 0-24 mesi elaborato dall'Istituto di Ortofonia (IdO) insieme a Emanuele Trapolino, neuropsichiatra infantile dell'Ospedale Giovanni Di Cristina (Arnas) di Palermo e Davide Trapolino, specializzando in neuropsichiatria infantile. Le aree indagate dal modello sono: sviluppo psico-motorio, competenze autoregulatorie del bambino, competenze eteroregulatorie del caregiver e reciprocità nella vicenda interattiva. «Abbiamo l'esigenza di individuare degli indicatori della relazione fisiologica madre-bambino in grado di predirne la normalità o anormalità. Il principio – spiega Emanuele Trapolino – è quello di stabilire alcuni criteri su cui si organizza la prima regolazione del bambino con il suo caregiver, le modalità di interazione primaria, i modelli che regolano l'intersoggettività primaria e secondaria e, infine, stabilire i parametri comunicativi che in quella coppia segnano il passaggio – poi a livello sempre più integrato – di scambio e interazione reciproca». In ultimo, conclude il medico, «individuare la giusta gestazione emotiva». Lo strumento è nato dal lavoro sinergico tra neuropsichiatri infantili e psicologi dello sviluppo e «può essere condiviso con operatori differenti: da colleghi a pediatri, da insegnanti a operatori di nidi e a tante altre figure che ruotano attorno al bambino», aggiunge Elena Vanadia, neuropsichiatra infantile dell'IdO. Dal punto di vista tecnico la scheda è suddivisa in quattro fasce di età: 0-6 mesi; 7-12; 13-18 e 19-24. «Per ciascuna domanda ci sono tre risposte – precisa la neuropsichiatra dell'IdO – da cui si ricava un punteggio che tende a quantificare le entità dei segni presentati dal bambino. È un indicatore di vulnerabilità – sottolinea – a cui segue un'analisi qualitativa, necessaria per i suggerimenti o, comunque, per le modalità di abilitazione, laddove servissero da utilizzare rispetto a quel bambino». Il modello è già in uso presso l'IdO e nell'ospedale di Palermo. «Stiamo completando la fase di standardizzazione per ogni fascia d'età, comparando punteggi numerici che indicheranno il grado di vulnerabilità e – conclude Vanadia – stiamo ultimando una griglia per le diverse analisi qualitative relative alle differenti aree dello sviluppo».

Diagnosi: Stanno cambiando le esigenze in ambito clinico

IdO: Attenzione alla sovradiagnosi

«Questo convegno è una spinta culturale. Abbiamo superato i 30 patrocinanti e le 40 mila connessioni alla diretta streaming perché stanno cambiando le esigenze sia nell'ambito clinico sia riabilitativo». Lo dice Federico Bianchi di Castelbianco, direttore dell'Istituto di Ortofonia (IdO) in apertura del XVI convegno nazionale su «Il processo diagnostico nell'infanzia». Il primo convegno tecnologico,

visibile in streaming sul sito www.ortofonologia.it. «Sedici convegni sono tanti, ma noi combattiamo al fianco dei bambini da oltre quarant'anni. Abbiamo più di 1.000 minori in carico – fa sapere lo psicoterapeuta dell'età evolutiva – e ne vediamo migliaia ogni anno e siamo a contatto con altri centri, che a loro volta ne vedono altre migliaia. Da molto tempo assistiamo a un'inadeguata considerazione dei sintomi, priva di una comprensione delle cause alla base, che possono essere diverse. Da qui assistiamo a una esplosione di diagnosi descrittive, che hanno poco delle origini del problema. Forse l'evidence based – afferma Castelbianco – è stato utilizzato in modo parziale causando tanti problemi». Castelbianco ha poi citato le parole di Allen Frances, professore emerito alla Duke University, che ha partecipato alla stesura del DSM III e ha presieduto la task force del DSM IV: «Negli ultimi 20 anni si è avuta un'inaspettata impennata di tre categorie diagnostiche, che sono diventate popolari, un fenomeno in parte favorito dal DSM IV: i disturbi dello spettro autistico sono aumentati di 20 volte; il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è triplicato; i disturbi bipolari sono raddoppiati». A questi dati si aggiungono altri numeri che ci danno il senso di una vera esplosione diagnostica: «Negli Usa si parla oggi di 1 autistico ogni 50, mentre qualche anno fa era 1 ogni 400». Passando alla dislessia (disturbo specifico dell'apprendimento), il direttore dell'IdO aggiunge: «Fino al 2014 la diagnosi era basata sul tempo impiegato e il numero di errori fatti. Nel 2015 è stato invece inserito, per la stessa diagnosi, l'elemento della presenza di difficoltà di comprensione del testo ed è stata indicata la causa neurobiologica. Come IdO – fa sapere Castelbianco – abbiamo realizzato un lavoro nelle scuole su 1.200 bambini, notando che solo 60 minori potevano essere indicati come dislessici e tra questi molti erano anticipatori (avevano iniziato le elementari a cinque anni)». Infine, l'Adhd, la sindrome da deficit dell'attenzione e dell'iperattività, «la cui esistenza è stata messa in discussione dal suo stesso inventore e la cui percentuale di incidenza varia a seconda delle zone d'Italia: 4%, 12%, 0,3%. Qui si è aperto un altro problema, quello della comorbidità (coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo), ma – continua il direttore dell'IdO – come dice Frances “La compresenza di più disturbi non implica tuttavia che l'uno sia indipendente dall'altro o richiedano trattamenti diversi”. Le diagnosi multiple possono essere riconducibili a un'unica eziologia e possono rispondere a un unico trattamento». Castelbianco conclude: «Una diagnosi accurata porta grandi benefici, una diagnosi non accurata provoca disastri. Un esempio sono i 500.000 bambini ad alto potenziale che non vengono riconosciuti. L'IdO li sta individuando con il Miur per riconoscerli e integrarli in modo adeguato. Quest'anno il nostro obiettivo è approfondire il tema della diagnosi, il prossimo anno ci focalizzeremo sulla terapia».



IdO: Adottare un approccio alla psicopatologia più complesso

Di Renzo: La diagnosi è il primo e il più importante atto terapeutico

«Rispettare le teorie nel loro spessore significa avere delle conoscenze che ci permettono di adottare un approccio alla psicopatologia più complesso, che sia una metodologia di approccio al bambino capace di ridare al clinico la possibilità di integrare i diversi elementi con rigore scientifico. Dobbiamo sforzarci di capire che il bambino ha diritto a una sua molteplicità per trovare strategie terapeutiche adatte». Lo dice Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell'età evolutiva e responsabile del servizio terapie dell'Istituto di Ortofonologia (IdO), al XVI convegno su «Il processo diagnostico nell'Infanzia». «Diagnosi significa *conoscere attraverso* e il *processus* vuol dire andare avanti per conoscere attraverso fatti e atti. Ci siamo persi la ragione – denuncia la psicoterapeuta – e, nel frattempo, anche la componente soggettiva del sintomo che rischia di rimanere fuori». Cos'è un sintomo? «Quando più segni cadono insieme formano il sintomo, che ha bisogno di una lettura che apra a una complessità. Il sintomo – spiega Di Renzo – è rivelatore di una storia clinica e di potenzialità inespresse, anche perché il bambino non ha altro modo di esprimere il disagio se non manifestando sintomi riconoscibili dall'adulto. Una buona diagnosi – afferma – deve restituirci il bambino nella sua complessità». Allora cosa succede nella pratica clinica? «La nostra pratica clinica è ancora incastrata in diagnosi categoriali – continua l'esperta – ma in età evolutiva questo approccio è un forte limite perché abbiamo linee di sviluppo che non necessariamente procedono parallelamente, e questo non necessariamente è segno di patologia. Inoltre, oggi lo studio della psicopatologia è inesistente. Nella complessità della diagnosi dobbiamo capire che la storia del bambino è la storia dell'ambiente e del suo corpo, altrettanto determinanti come i segni che vediamo. Il corpo del bambino ci racconta la sua storia. Permane una divaricazione tra sistemi classificatori derivanti dalla clinica e dalla ricerca. C'è una scissione – ricorda Di Renzo – e gli strumenti usati nella ricerca sono ignorati nella clinica. Ma la ricerca deve sempre portare qualcosa nella clinica affinché quest'ultima rimanga un fatto vivo, che rispetti sia il rigore dell'evidence based sia le individualità del soggetto. Due dimensioni inestricabilmente legate. In questa visione la diagnosi è il primo e più importante atto terapeutico. Un atto complesso che non si può ridurre, soprattutto per l'infanzia, a una semplice elencazione di segni e simboli. Una stessa manifestazione può riconoscere motivazioni diverse e in età evolutiva questo è il problema. Abbiamo bisogno di strumenti precoci per comprendere queste linee evolutive – prosegue – affinché

si arrivi a diagnosi che non siano però una “precocizzazione” di diagnosi. Si rischia di aumentare i numeri – rimarca l’esperta – e nell’autismo, per esempio, è grave sovradiagnosticare così come sottodiagnosticare. Dobbiamo valutare le differenti situazioni e vedere le diagnosi attraverso la terapia – spiega Di Renzo – servono idee e non ideologie. Nell’attività di ricerca bisogna riuscire a trovare i segni predittivi – conclude – e l’IdO nel suo lavoro coniuga sia la dimensione affettiva sia cognitiva. Stiamo infatti portando avanti nell’ambito dei disturbi dello spettro autistico due ricerche: una sul processo di empatia – molto poco attenzionato, in quanto se ne dà per assodata l’assenza – e una sulla capacità di comprensione delle intenzioni dell’altro».

Minori, IdO: La malattia del secolo è l’intolleranza alla frustrazione

Di Renzo lancia un appello: osserviamo di più i bambini

«La malattia del secolo dell’infanzia è la fortissima intolleranza alla frustrazione, prima che diventi un’epidemia dovremmo interrogarci sui modelli sociali». Così Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell’età evolutiva e responsabile del servizio Terapie dell’Istituto di Ortofonia (IdO), al XVI convegno su «Il processo diagnostico nell’Infanzia» in corso a Roma. «Di fronte alla frustrazione il bambino può perdere la capacità di autoregolarsi. È importante capire che le danze di interazione (la sintonizzazione) tra bambino e madre sono componenti sociali che non riguardano solo i bisogni fisici e fisiologici. Le sintonizzazioni moderne sono transmodali – chiarisce la psicoterapeuta – e le difficoltà del trasferimento transmodale possono essere un predittore di problemi. Per esempio, quando i bambini arrivano al linguaggio devono essere già successe alcune cose, come l’integrazione di tutte le sensorialità, altrimenti si crea già una prima discontinuità. Allora di fronte a un disturbo del linguaggio ci si deve porre una domanda: il bambino è arrivato al linguaggio in modo adeguato con tutte le esperienze precedenti? La Sisst, la Società italiana per lo studio dello stress traumatico, sta dando grande importanza a questi aspetti del trauma che rendono disfunzionale il sistema adattivo dell’elaborazione dell’informazione – afferma Di Renzo – perché non parliamo di una patologia, ma di una modalità a cui il bambino ha dovuto far fronte. Per questo è importante capire tutti i punti di vulnerabilità e di disagio, in modo da aiutare il bambino ad andare avanti. La contrapposizione tra dimensioni cognitive e affettiva è forte – prosegue Di Renzo, responsabile del servizio Terapie dell’IdO – invece i clinici devono tenere presenti sempre le varie funzioni. Non si riflette mai abbastanza sul fatto che un bambino possa aver solo apparente-

mente superato una tappa, lasciandosi invece delle lacune alle spalle. Questo perché non ha completamente interiorizzato tutti gli obiettivi della tappa di sviluppo precedente. Fatto che lo renderà più vulnerabile nella fase successiva». Poi la psicoterapeuta precisa: «L’affettività è parte della regolazione della crescita e non centra niente con la colpevolizzazione delle madri, che hanno invece un bisogno assoluto di capire, nel caso in cui il loro bambino è difficile. Nell’autismo è infatti il bambino a non attivare la responsività della madre. Dato su cui c’è un accordo universale». Di Renzo continua: «Inoltre, le mancate o imperfette sintonizzazioni producono nel tempo un effetto domino nello sviluppo che deve essere preso in considerazione». La psicoterapeuta dell’età evolutiva lancia infine un appello: «Osserviamo di più i bambini. A volte siamo presi a fare test e non vediamo come il bambino impugna una matita o come guarda. Un conto è l’osservazione strutturata, un altro è l’osservazione del terapeuta che cerca la relazione con il bambino per capire dove può arrivare il piccolo e sintonizzarsi con le sue necessità. È un elemento fondamentale dal punto di vista terapeutico. Non considerare la complessità dello sviluppo – conclude – costituisce il neglect del nostro scenario collettivo dei bambini e della loro infanzia».

Minori, disturbi. FIMP: Negli ultimi 20 anni sono aumentati quelli psicologici

Chiamanti: Inserire in bilanci di salute lo sviluppo psicomotorio

«Negli ultimi 15, 20 anni sono aumentati progressivamente i disturbi della sfera psico-relazionale. Se nel corso di questi 35 anni, grazie agli interventi delle vaccinazioni, la patologia organica è scesa ed è aumentata quella cronica, adesso nei Bilanci di Salute abbiamo sollecitato quello dello sviluppo psico-motorio per individuare precocemente i disturbi del neurosviluppo. La sfera psichica e comportamentale è molto più complessa». L’allarme viene da Giampietro Chiamanti, presidente della Federazione nazionale medici pediatri (Fimp), al XVI convegno nazionale dell’Istituto di Ortofonia (IdO). Nei limiti che il pediatra ha di osservare il rapporto tra genitore e bambino «ci possono sfuggire alcuni aspetti importanti. Dobbiamo intercettare disturbi come l’autismo e sappiamo che in questo ambito – afferma il presidente Fimp – dobbiamo ricorrere alla consulenza di neuropsichiatri e degli psicologi, ma sappiamo anche che è importante una diagnosi tempestiva. In questo senso la Toscana ha fatto un percorso importante di formazione sulle M-chat per intercettare queste problematiche. L’obiettivo è essere in grado di filtrare tutti questi disturbi entro i 18 mesi. Le realtà che ci favoriscono di più sono quelle in cui c’è la scolarità

precoce. Laddove c'è un rapporto tra strutture e medici curanti – conclude Chiamenti – e gli asilo nido si prestano a individuare i bambini che hanno problemi».

Macrì: Il 20% degli autistici ha una diagnosi di ADHD

Per visite più efficienti dice ai pediatri: «Sfruttare sala d'attesa»

«Il 20% degli autistici ha una diagnosi di Adhd, sindrome da deficit di attenzione e iperattività, e questo evidenzia quanto sia complessa l'individuazione dei soggetti a rischio». Parte da qui Francesco Macrì, pediatra e docente dell'Università La Sapienza di Roma, parlando al XVI convegno nazionale dell'Istituto di Ortofonia (IdO) degli indicatori di rischio nel bilancio di salute nella fascia 0-3 anni. «I fattori che possono interferire con l'evoluzione del sistema cognitivo e neurologico del bambino sono numerosissimi e il problema nasce quando i segni sono nascosti e latenti. Il pediatra può avere in mente le tappe fondamentali dell'evoluzione di un bambino – prosegue Macrì – ma deve essere consapevole che la grossa difficoltà sta proprio nella sua realtà professionale: valutare il bambino in soli 30 minuti». Il professore suggerisce allora di sfruttare i tempi morti della sala d'attesa «realizzando un'attività di gioco con il bambino tramite un tutor che li organizza e che successivamente osserva il minore; distribuire un questionario che riporti i quesiti specifici per fascia d'età e poi valutare le risposte dei genitori. O, infine, – conclude – proiettare degli audiovisivi in modo che i genitori capiscano quali sono gli obiettivi. Queste strategie possono dare un'efficacia maggiore all'intervento del pediatra nei 30 minuti della visita».

Autismo. Burgio: L'incremento della diagnosi in USA non è reale

Aumentano i tumori infantili. L'ambiente conta, cambiare prospettiva

«L'incremento di diagnosi di autismo negli Stati Uniti non è reale, mentre l'aumento dei disturbi del neurosviluppo e delle patologie psichiatriche in generale deve essere inserito in un contesto più ampio. Sono infatti aumentate l'obesità, i tumori infantili e le patologie autoimmuni. Questo ci dice che la genetica classica, quella del Dna, si rivela sul piano molecolare riduzionista e sbagliata. L'ambiente condiziona, è un

determinante fondamentale di salute e di malattia». Lo rivela Ernesto Burgio, pediatra e membro dell'European Cancer (Eceri) di Bruxelles, al XVI convegno nazionale dell'Istituto di Ortofonia (Ido). «Il Dna è solo una molecola, un esecutore, i geni non lavorano da soli e cosa fare glielo dice l'ambiente. L'epigenetica è biologia molecolare. Su Pubmed aumentano gli studi sul cervello, che oggi sono 76 mila. Cosa cambia?, chiede Burgio. Si passa dalla genetica all'idea che il Dna è solo una piccola parte del gioco. Esiste un software più complesso che interagisce con l'ambiente. Tutto lo sviluppo è condizionato dall'ambiente: catene alimentari, metalli pesanti, campi elettromagnetici, inquinamento atmosferico». Il punto chiave è il *Fetal programming*: «Il feto riceve informazioni nei 9 mesi e le trasforma in cellule differenziate. Lo sviluppo è condizionato da tutte le informazioni che noi gli diamo in quei 9 mesi, che sono i più importanti della vita». Sono in aumento i tumori infantili: «160 mila casi e il numero maggiore si verifica nel primo anno di età. Cambia l'esposizione gametica. Uno su 12 mila nasce con la leucemia. Cambia anche l'incidenza dei tumori rari – fa sapere Burgio – aumentano i linfomi nei bambini di uno, due anni a un ritmo del 4%. Dobbiamo ridurre l'esposizione materno-fetale». Il Cdc di Atlanta dice che l'aumento di autismo, stabile per 30 anni, è iniziato alla fine degli anni Novanta. Sempre negli Stati Uniti 1 bambino su 6 ha disturbi del neurosviluppo, dati lontani dalla nostra realtà – precisa Burgio, membro dell'European Cancer (Eceri) di Bruxelles – anche se in ogni classe ce n'è uno. È allarmante, ma è evitabile e l'epigenetica dice che si può fare qualcosa. È tutto psichico, tutto organico e biochimico. Un bambino abusato è pieno di marcature epigenetiche – ricorda il medico – questo è transgenerazionale. L'età dei nonni è significativa, ma incide anche se la madre abbia subito abusi nella prima infanzia. Risulta dai dati anamnestici nei bambini autistici». La differenza è nei rapporti sociali: «La comunicazione fa la differenza. La cultura ha un ruolo fondamentale. La neurogenesi continua per tutta la vita – afferma il pediatra – questo perché l'ambiente costruisce le aree cerebrali. Si pensi che la neurogenesi viene bloccata dall'alcol, mentre è attivata dalla musica nei primi tre anni di vita». Su *Lancet* «si parlava di pandemia silenziosa dei disturbi del neurosviluppo a causa di metalli pesanti, campi elettromagnetici e pesticidi presenti anche in casa. Queste sostanze sono state trovate nei cordoni ombelicali. Lo rivelano studi tedeschi e inglesi, mentre – denuncia Burgio – in Italia sono pochissime le ricerche sul campo». Infine, un'ultima curiosità il medico la dà sullo sperma maschile: «Se lo sperma del padre subisce un'esposizione a questi fattori di rischio in adolescenza – conclude – aumenta poi nel figlio la possibilità di sviluppare un disturbo dello spettro autistico».



Alle elementari 1 bimbo su 6 ha una risposta sensoriale elevata

Vanadia: Importante l'equilibrio tra funzioni neurocognitive e psicoaffettive

«Oggi si stima che circa 1 bambino su 6 (il 16,5%) presenta alle elementari comportamenti di risposta sensoriale elevati rispetto alla risposta tattile e/o alle modalità uditive. Una cifra che potrebbe essere sottostimata sulla prevalenza della Iper-responsività sensoriale, poiché gli studi che riportano tali percentuali non hanno incluso né i bambini con disturbi dello sviluppo né quelli nati pretermine e più esposti a sviluppare un disturbo di elaborazione sensoriale (SPD)». Così Elena Vanadia, neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Ortofonia (IdO). Per questo motivo, «sul concetto di "Regolazione" è oggi focalizzata l'attenzione del mondo scientifico sia in ambito neuropsichiatrico che psicologico. Si richiama inevitabilmente al concetto di omeostasi, ovvero equilibrio: l'organismo umano, nella sua immensa complessità, è un sistema talmente delicato che bastano minime variazioni a mettere a rischio la vita, spiega il medico. Basti pensare a tutti quei processi fisiologici che l'organismo mette in atto per mantenere al suo interno un livello di acidità compatibile con lo svolgimento delle principali funzioni metaboliche. Grazie a questi processi, il pH del sangue è normalmente mantenuto su valori compresi tra 7,35 e 7,45, laddove variazioni anche minime che superino questo piccolo range determinano danni potenzialmente letali. Perché non dovrebbe essere lo stesso per l'equilibrio psico-affettivo? – si chiede la neuropsichiatra – In un'epoca in cui si presta tanta attenzione all'unità mente-corpo e al benessere psico-fisico, sta accadendo che le conoscenze sempre maggiori in ambito neuroscientifico e neurogenetico rischiano di provocare una nuova scissione: attribuire cause organiche a manifestazioni di altra natura. In altre parole la lettura del sintomo sta perdendo la possibilità interpretativa che è insita nella sua definizione». Senza negare l'esistenza di (numerose) patologie a origine neurobiologica, genetica, metabolica, autoimmune, ma, al contrario, volendo restituire anche a queste la specificità diagnostica e l'adeguatezza terapeutica, «diventa necessario "rispolverare i vecchi libri", quelli che parlano di coloro i quali hanno descritto lo sviluppo dei bambini osservando i bambini, e da lì ripartire ogni volta per cercare di comprendere fino a che punto un comportamento è difensivo o reattivo ovvero quando è segno di una patologia definita. Paradossalmente, se da una parte i nuovi sistemi di classificazione dei disturbi fisici e mentali attribuiscono importanza crescente ai fattori ambientali, primo tra tutti le modalità di caregiving, dall'altra le diagnosi di patologie "psico-organiche" sono in spaventosa crescita. Ciò non dovrebbe accadere, specialmente nell'età evolutiva e in particolare nella fascia 0-3

anni, laddove il bambino – sottolinea la neuropsichiatra – dapprima neonato "sistema biologico vivente formato da un insieme di sottosistemi fisiologici semi-indipendenti, ciascuno col proprio ritmo, che influenzano attività come il sonno, la veglia e l'alimentazione e che richiedono un certo tempo per armonizzarsi e coordinarsi" (Sander, 1980), ha un innato quanto vitale bisogno che l'altro funzioni da etero-regolatore che rispecchiandolo gli consenta di auto-regolarsi: sono le basi della strutturazione di personalità». In questa cornice teorica, secondo la quale la regolazione inizialmente diadica (bambino-caregiver) «costituisce il presupposto per lo sviluppo biologico e sociale, si inseriscono i risvolti pratici correlati a tutti quei quadri sintomatologici che nella prima infanzia possono esprimersi con comportamenti atipici, disarmonie dello sviluppo, difficoltà di adattamento. La classificazione diagnostica DC 0-3:R – chiarisce Vanadia – fornisce numerosi spunti e indicatori atti a formulare diagnosi evolutive (quindi modificabili), che indicano più una condizione di rischio e vulnerabilità che un quadro immutabile nel quale spesso bambini e famiglie restano imbrigliati a seguito di diagnosi categoriali poco rispettose del momento evolutivo e delle condizioni socio-ambientali pregresse e attuali. Tra le diagnosi primarie della DC 0-3:R il Disturbo della Regolazione della processazione sensoriale e il Disturbo multisistemico dello sviluppo sono due possibilità in *continuum* tra loro che, pur riconoscendo aspetti clinici simili a quelli tipici dei Disturbi dello spettro autistico, non prevedono un deficit primario della relazione e della comunicazione – chiosa l'esperta dell'IdO – pur risultando queste due aree disfunzionali causa di un quadro complesso che fino ad allora non ha consentito uno sviluppo sincrono e armonico dell'essere in via di sviluppo (il bambino). I dati disponibili rispetto all'incidenza di questi disturbi non sono molti, ma le diagnosi sono in aumento di pari passo con il miglioramento della prognosi. È infatti dimostrato che un intervento terapeutico precoce, centrato sul bambino e sull'ambiente in cui vive – sottolinea Vanadia – che tenga conto della stretta interconnessione tra aspetti emotivi e comportamentali, può migliorare l'evoluzione del quadro clinico favorendo l'integrazione e la regolazione di quei sottosistemi, biologici ed emotivi, che diversi autori, da Tronick alla Als, hanno descritto ed analizzato». Sulla stessa scia l'importanza che in età scolare «assume l'equilibrio tra funzioni neurocognitive e psicoaffettive. Facciamo riferimento, per esempio, alle funzioni esecutive, ovvero a quel "sistema di controllo del traffico all'interno dei network neuronali" che consente un buon livello di funzionamento adattivo. Studi recenti dimostrano che anche questi domini, inizialmente definiti frontali proprio perché ritenuti a localizzazione cerebrale frontale, risentono in modo incontrovertibile degli aspetti emotivi e motivazionali e che l'equilibrio tra i suddetti aspetti (cognitivo-emotivo-motivazionale) è alla base di un buon funzionamento globale. Sono stati identificati anche i circuiti che sarebbero alla base di ciò, in particolare quello orbito-frontale. Ancora una volta – ripete il medico – i quadri sintomatologici del disfunzionamento esecutivo possono assumere caratteristiche sovrapponibili a quelle di altre condizioni quali la disabilità intellettiva

va e i disturbi comportamentali». Il nodo della questione, secondo Vanadia, che può al tempo stesso rappresentarne la chiave di volta, «sta nel fatto che questi bambini vivono il disagio del “non controllo”, “sentono” l’inadeguatezza e “si perdono” inseguendo traguardi apparentemente irraggiungibili. Chiaramente la terapia per loro non può essere farmacologica. Ciò di cui hanno bisogno è di riappropriarsi gradualmente dei pezzi del puzzle che alla fine rappresenterà la loro immagine. Nell’attesa è nostro dovere rappresentare l’immagine-guida, il contrappeso che rimette in equilibrio la bilancia, lo specchio che restituisce immagini positive di sé, l’idea di ciò che passo dopo passo possono raggiungere». Quali sono i possibili fattori di rischio associati al disturbo di elaborazione sensoriale? «Basso peso alla nascita (meno di 2.200 grammi), prematurità (meno di 36 settimane di gestazione), complicazioni prenatali, lo stress materno, malattia materna, l’uso materno di farmaci, complicazioni di consegna, metodi parto assistito, minoranza etnica, vivere con un solo genitore, status socio-economico più basso. Nei nostri riscontri – approfondisce l’esponente dell’IdO – anche la tarda prematurità (late preterm) sembra essere un fattore di rischio. Abbiamo riscontrato un’alta correlazione statistica tra la presenza di alterazioni della sostanza bianca periventricolare alla risonanza magnetica e il disturbo della processazione sensoriale in bambini nati late-preterm. Ciò – conclude Vanadia – è confermato da altri studi quali *Abnormal white matter microstructure in children with sensory processing disorders*. Julia P. Owen et al, *NeuroImage Clinical* 2013».

DSA, IdO: Dietro i numeri ci sono i bambini

Attenzione ad aspetto emotivo e osservazione sia globale

I numeri fanno una diagnosi? No. Ma questi numeri sono reali. «Sono bambini venuti da noi: - 1,76 ds (deviazione standard dalla media) si chiama Matteo, -14,56 ds si chiama Caterina. Lei ha fatto 86 errori alla prova di scrittura, con un’adeguata capacità tecnica di lettura. La bambina non era però disortografica, aveva un disturbo dell’attaccamento con un severo stato depressivo. Ad aiutarla è stato un intervento di psicoterapia e di counseling». Lo racconta Francesca Sgueglia della Marra, logopedista del servizio di Valutazione e diagnosi dell’Istituto di Ortofonia (IdO), nel corso dell’ultimo giorno del XVI convegno nazionale (18 ottobre) incentrato sul «Mondo Scuola». «Rivendico per i bambini il diritto di sbagliare – continua Sgueglia della Marra – Dovrebbero avere più tempo». Parlando di diagnosi, la logopedista ne propone una ecologica: «Dobbiamo chiederci quanto impatta quella difficoltà sulla vita del minore, sulle sue relazioni, come viene gestita la frustrazione dei genitori nel non avere un figlio “perfetto”? Dobbiamo arrivare a una

diagnosi differenziale e cercare di individuare le matrici di queste difficoltà per arrivare poi a un intervento terapeutico mirato. La storia del disturbo deve essere tracciata soprattutto quando arrivano ragazzi grandi. Un’anamnesi specifica – spiega Sgueglia della Marra – richiede di vedere l’evoluzione dei prerequisiti, l’andamento degli apprendimenti dalla prima elementare, l’assetto psico-affettivo con cui è arrivato in prima elementare, la gestione del problema in termini personali (il grado di frustrazione), familiari e scolastici. Da anni – chiosa la logopedista – consigliamo di far seguire il bambino nei compiti da un tutor, perché spesso i compiti sono fonte di conflitto tra il bambino e i genitori». Coniugare rigore, creatività e plasticità con la piena consapevolezza di ciò che si deve andare a vedere: «I test sono indispensabili, ma bisogna utilizzarli in maniera plastica – precisa la logopedista – appropriata alle caratteristiche di ogni singolo bambino, e non per batterie. Dobbiamo essere rigorosi nell’utilizzo degli strumenti operativi, ma anche empatici per sintonizzarci con quel singolo bambino. Non sempre la performance coincide con le capacità o le difficoltà. I parametri che più lentamente si normalizzano sono la velocità e la fluidità, elementi che si strutturano se c’è un ambito emotivo adeguato nella strategia sublessicale. Se i bambini sono preoccupati di sbagliare arrivano a un blocco e si fermano. A volte – fa presente Sgueglia della Marra – regrediscono nella loro capacità e destrutturano la morfologia della parola leggendo in modo molto lento, fino ad arrivare ad una modalità fonemico-sillabica. In questo modo non sbagliano più, ma interrompono anche la loro capacità di lettura. Si tratta di una modalità emotivo-comportamentale dettata da un assetto generale del bambino. La disgrafia è sempre più presente nelle classi in questi ultimi anni –fa sapere la logopedista dell’IdO – e non si manifesta dalla prima elementare, ma dalla quarta-quinta elementare alle medie. Parliamo spesso di una disgrafia di copertura difensiva di matrice emotiva. Per questo motivo – conclude – l’osservazione deve essere rivolta alla globalità del bambino».

Scuola, IdO: Non anticipare gli apprendimenti, no al sovraccarico di compiti

«In questo modo avremo meno fobie scolari e vomiti in classe»

Non insegnare ai bambini a leggere e scrivere a 4 o 5 anni, ma lasciare questo compito alle elementari. È questo il «decreto per l’Infanzia» che Federico Bianchi di Castelbianco, direttore dell’Istituto di Ortofonia (IdO) di Roma propone al XVI convegno nazionale su «Il processo diagnostico nell’infanzia». «In questo modo avremo meno fobie scolari e vomiti in classe – precisa lo psicologo – Molti bambini, dopo la

scuola materna non vogliono andare alle elementari. Abbiamo chiesto, in un'indagine condotta su persone di 25 anni, quale fu per loro il periodo più bello della vita. La risposta cadde nel silenzio. Un fatto drammatico – osserva lo psicoterapeuta dell'età evolutiva – non era l'infanzia. Gli insegnanti non devono anticipare i tempi di apprendimento sotto la spinta dei genitori. Loro hanno tutto un mondo da proporre ai bambini, che è alla base della qualità della scuola». L'IdO ha 1.000 bambini in carico e li segue negli incontri con gli insegnanti attraverso il servizio scuola. «Bisogna collaborare, aiutare e sostenere i docenti – prosegue Castelbianco – ma non sostituirsi a loro». Della stessa idea è Magda Di Renzo, responsabile del servizio Terapie dell'IdO: «La responsabilità del mondo clinico è stata di aver troppo medicalizzato i bambini, facendo perdere valore alla pedagogia. Gli insegnanti sono indiscutibilmente le persone più importanti per il bambino e anticipare gli apprendimenti è un errore. Il bambino deve avere la sua maturazione». L'IdO chiede di «tornare su un *modus* di crescita che dica basta a far andare i bambini a 5 anni a scuola. Inoltre, se i bambini vanno a scuola alle 7 per uscire alle 16.30, non bisogna poi sovraccaricarli di compiti a casa. Dobbiamo ridare dignità al tempo del bambino – concludono – e alla sua possibilità di crescita».

Autismo, Legge, Binetti: Una prospettiva di sistema

Il neo sono le *isorisorse*, «ma speriamo di trovarle nella legge di stabilità»

«Una prospettiva sistemica», è questo il merito della legge sull'autismo secondo Paola Binetti, deputato di Area popolare (AP) da sempre impegnata nell'elaborazione del testo. Al XVI convegno nazionale dell'Istituto di Ortofonia (Ido), su «Il processo diagnostico nell'infanzia», la neuropsichiatra infantile chiarisce: «Si tratta di un sistema aperto, che abbraccia un arco temporale più lungo e una pluralità di contesti in cui interagiscono diversi attori: istituzioni, pediatri, psicologi, scuola, lavoro e le attività sociali. In questi contesti, la diagnosi precoce è solo una start-up, poi c'è tutta una vita da vivere e una realtà scientifica da raccontare». Come è costruita questa legge? «Sei articoli – risponde Binetti – il primo definisce lo spettro autistico non solo secondo un approccio comportamentale, ma si riferisce alla dichiarazione Onu. Il cuore del problema – chiarisce Binetti – non è il sintomo, ma la dignità di ogni persona». L'articolo 2 punta su due binari: «Chiede al Ministero della Salute che l'autismo venga inserito dentro i Livelli essenziali di assistenza (Lea) per garantire a tutte le persone che hanno questa diagnosi i loro diritti sul territorio nazionale. Un principio già recepito lo scorso aprile dall'Inps – ricorda il deputato AP – che anticipò a tutti i soggetti autistici di una certa fascia di gravità il diritto a ottenere

un'indennità di accompagnamento senza revisione fino al 18esimo anno di vita». Il secondo binario riguarda invece le linee guida sull'autismo: «Un grande passo in avanti per fare ordine nel Far West dell'iniziativa individuale, a fronte di una mancanza di evidenze scientifiche strutturate. Fece piazza pulita delle false teorie – sottolinea Binetti – come la falsa relazione tra vaccini e autismo. Il limite grande delle Linee guida fu il concentrarsi su un'unica strategia di presa in carico del soggetto autistico, considerando l'Aba come unico sistema valido». Rispetto all'approccio comportamentale il deputato precisa: «Non siamo stati mai né a favore né contrari, ma siamo totalmente contrari a una riduzione della ricerca scientifica. Non si può tagliare fuori la motivazione e il coinvolgimento emotivo, che sono possibili». Il testo di legge sull'autismo chiede quindi alle linee guida «di uscire dai confini di una ideologizzazione che riconosce un unico approccio – continua l'esponente della commissione Affari sociali alla Camera – riscoprendo il valore di altri approcci validati sia dal mondo scientifico sia dalle buone pratiche. Queste ultime rappresentano una conoscenza empirica, su cui poi si concentra la riflessione scientifica – spiega la docente – per trasformare un'esperienza primordiale e intuitiva in un esperimento. I risultati ci sono. La legge prevede, infine, che le linee guida saranno vincolate a una revisione biennale». L'articolo 3 prende in considerazione una moltitudine di contesti: «Il primo riguarda i modelli organizzativi dei centri specializzati che si occupano di autismo – aggiunge Binetti – che devono essere multiculturali e multiprofessionali. Per ogni bambino va fatto un progetto unitario che preveda competenze diverse. La legge non definisce il coordinatore del progetto, ma rende obbligatorio che si definisca chi debba svolgere questo ruolo, in base alla relazione più significativa che si costruisce tra ogni bambino e il particolare operatore». Poi c'è la scuola: «Il Miur sta realizzando una serie di master sull'autismo per formare gli insegnanti e aumentare la temperatura culturale sotto il profilo didattico e pedagogico. Si punta anche sulle associazioni, che devono essere ascoltate ogni volta si prendono decisioni per i loro figli. Tali organizzazioni dovranno però dotarsi di un comitato scientifico. Un passo in avanti è segnato anche dall'articolo 5, che prevede una ricerca a tutto tondo, culturale, sociale e genetica. Il neo è però visibile nell'articolo 6: Si parla di *isorisorse* – spiega il deputato AP – vuol dire che questa legge non ha una copertura economico-finanziaria specifica. Speriamo di ottenere risorse specifiche per l'autismo nella legge di Stabilità ma – conclude – sia i Master del Miur sia l'inserimento nei Lea da parte del Ministero della salute sono un modo concreto di mostrare la buona volontà».



Nella memoria di un apprendimento anche le emozioni

Lucangeli: L'umore modifica i processi del sistema nervoso

«Se un bambino mentre apprende fa fatica (perché quell'apprendimento è difficile) e sperimenta un'emozione di paura, tutte le volte che rimetterà in memoria quell'apprendimento metterà in memoria sia quella fatica sia quell'emozione. Stabilizzerà quindi nel circuito di riorganizzazione, che le neurofunzioni attivano sia l'apprendimento sia il mantenimento dell'emozione disfunzionale». Lo spiega Daniela Lucangeli, docente di Psicologia dello sviluppo dell'Università degli studi di Padova, al XVI convegno nazionale dell'Istituto di Ortofonia (IdO). («Il bambino impara l'impotenza – prosegue il vicepresidente della International Academy for Research in Learning Disabilities (IARLD) – impara che non è capace di leggere bene perché l'emozione che accompagna la funzione è antagonista al buon funzionamento. Quindi – continua – quando un soggetto apprende non si deve preoccupare di come apprende – contenuto e forma della competenza dell'abilità o della prestazione – ma di quali sono le emozioni, i circuiti vitali, che l'apprendimento determina. Se scindiamo questi meccanismi accadrà che una difficoltà (un ritardo o un'anomalia della funzione) possa diventare una condizione di disturbo, cioè potrà mettere il minore in una condizione di fatica maggiore, attivando un corto circuito». Quando si parla di disturbi del neurosviluppo, secondo Lucangeli, «non si può tagliare a pezzi le funzioni biologiche e psicologiche. Né è possibile tagliare a pezzi gli stati mentali cognitivi verso quelli emotivi e verso quelli affettivi, perché gli scienziati che si occupano di biologia molecolare e fisica della materia hanno affermato con delle evidenze che siamo una centralina biochimica, come sistema nervoso centrale e periferico, che produce energia. Funzioniamo a Hertz – precisa Lucangeli – dormiamo emettendo 3 Hz e siamo svegli a 9 Hz. Se, mentre siamo svegli, proviamo un momento di paura, questi Hz salgono a 11; se proviamo angoscia aumentano a 15 e con la gioia a 17. Alcune ricerche mostrano, infatti, che l'andamento umorale modifica i processi, complessissimi, del meccanismo del sistema nervoso centrale e periferico». La docente preferisce allora parlare di *warm cognition*: «Le emozioni sono stati mentali e fisiologici, associati a modificazioni naturali o apprese. Nessun atto della vita psichica può distinguere questi due ambiti. Il flusso vitale non è settoriale». Cosa sappiamo dello sviluppo? «È una parola ad alta complessità – afferma la professoressa – lo sviluppo dipende molto dall'intesa che si instaura tra l'operatore e il bambino, in base alla richiesta di bisogno che il minore esprime». Quando i bambini non ce la fanno, che modello adottiamo? «L'Organizzazione mondiale della Sanità dà una defini-

zione di disturbo evolutivo. Non parla di patologia o psicopatologia, ma di una condizione in cui il soggetto è consapevole di essere disturbato da un suo limite. Se non c'è questa condizione di consapevolezza, l'etichetta non è disturbo ma psicopatologia. Dunque – precisa – con i disturbi del neurosviluppo il modello di aiuto adoperato finora è di due tipologie, dicotomico (c'è, non c'è il disturbo) o maturazionale (a seconda di come aiutiamo i bambini, questi possono modificarsi ed evolversi). Vygotsky ci parla del principio dell'aiuto e del principio del potenziale umano che matura solo se il soggetto è aiutato a ottenere il meglio di sé». Come si aiuta lo sviluppo? «I bambini si aiutano con tutto – risponde il vicepresidente IARLD – però ogni elemento va messo al suo posto. Non posso fare confusione su cosa dare nella diversità dei bisogni. Devo avere chiaro che a ogni bisogno corrisponde un tipo di risposta piuttosto che un'altra. Per di più, oltre a servirmi di strumentazioni semplici, come il potenziamento dell'apprendimento, l'aiuto alla funzione, l'abilitazione di una competenza, che fanno tutte da cappotto, non c'è contraddizione se, nel mettergli il cappotto, lo abbraccio tanto. Un abbraccio di 30 secondo costringe l'amigdala a produrre i neurotrasmettitori dell'umore che ci fanno sentire meglio. L'abbraccio implica una reazione biochimico-molecolare energetica che riguarda l'io. Tom Scruggs, membro dell'Accademia Mondiale delle Scienze per Learning Disabilities, diceva: “Immaginiamo il processo maturazionale come la situazione in cui un bambino si trova di fronte a una scala su cui deve salire”. La scala è il primo livello di aiuto che l'ambiente gli propone e si chiama esposizione dell'ambiente – spiega Lucangeli – che si crea quando l'ambiente dà tutti gli elementi per facilitare al minore la salita e l'80% dei bambini sale da solo. Ma una percentuale di minori non ce la fa e necessita di uno stimolo esterno. Il primo livello più sofisticato di aiuto è la facilitazione. Il facilitatore è colui che aiuta il bambino abbassando i gradini, mettendo i corrimano o l'antidrucciolo. Questo però non è ancora aiuto – prosegue – Colui che aiuta deve saper fare l'analisi del bisogno e l'analisi dell'errore ed è necessario un processo che si chiama intersoggettività». Quando si fa la diagnosi? «Ci sono i tempi evolutivi che Piaget chiamava “stadi” e che corrispondono ai processi maturazionali di tipo neurobiologico. Nel meccanismo delle finestre evolutive noi dobbiamo conoscere esattamente i fattori di rischio che sono propri di ogni finestra evolutiva per intervenire nel tempo giusto. A 18 mesi, per esempio, il sistema nervoso centrale definisce l'intelligenza senso-motoria». Quali sono le due emozioni più fastidiose anche se utili? «Il senso di colpa e la paura sono le emozioni più potenti nella rete dei corti circuiti. Il nostro sistema educativo è basato su queste due emozioni, che nascono positive, perché il senso di colpa aiuta a limitare l'ego e a determinare la responsabilità, ma diventano poi il loro opposto. Per questo si chiamano antagoniste, perché determinano l'azione che combatte invece di coadiuvare. Un'altra differenza da fare – conclude – è distinguere il dolore dalla sofferenza. Il primo ha una funzione che possiamo curare, il secondo è una dimensione che va elaborata e ha bisogno di aiuto».

500mila plusdotati in Italia, A. Zanetti: Non perdiamoli

C'è il rischio di confusione con altre diagnosi: autismo, ADHD

«Cinquecentomila i bambini plusdotati in Italia e non tutti sono riconosciuti. È importante arrivare nei primi anni di scuola a una loro individuazione, perché non seguirli significa perderli e creare anche diagnosi sbagliate, tra cui autismo, ADHD e disturbo oppositivo». Così Maria Assunta Zanetti, docente di Psicologia dello sviluppo dell'Università di Pavia e direttrice del Laboratorio Italiano di Ricerca e Sviluppo del Potenziale, Talento e Plusdotazione (LabTalento), al XVI convegno nazionale dell'Istituto di Ortofonia (IdO). «Come Università e laboratorio abbiamo messo a punto la validazione italiana della Gifted rating scales, che ci dà la possibilità di leggere in anticipo eventuali situazioni poi da gestire. In carico come laboratorio – precisa la docente – abbiamo seguito più di 200 bambini, da noi valutati e in parte seguiti nelle scuole attraverso percorsi di formazione e di supporto alle insegnanti. Con l'IdO abbiamo esteso questa possibilità formativa anche al territorio del Centro-Sud Italia. Si lavora sulla formazione delle insegnanti – conclude. Questi ragazzi rischiano di perdersi all'interno di contesti educativi importanti quali la scuola».

Scuola. MIUR: 47% docenti usa metodo globale per letto-scrittura

Lo rivela ricerca in Toscana. Ma le linee-guida lo sconsigliano

«Il 47% degli insegnanti utilizza il metodo globale per la letto-scrittura: dalla parola alle singole lettere. Un metodo che nelle linee guida abbiamo consigliato di non usare e che in Francia è stato abolito». Lo rende noto Raffaele Ciambone, dirigente del Miur, al XVI convegno dell'Istituto di Ortofonia (IdO), citando uno studio condotto da Menghini in quattro province della Toscana. «Bisognerà scrivere un decreto legislativo e puntare sulla formazione degli insegnanti, perché dalla conoscenza nascono interventi adeguati e la competenza porta a rimuovere gli errori». Ciambone propone poi una riflessione: «La scrittura è una questione di pressione e trazione, occorre una formazione psicomotoria. Ma questa è pedagogia: individuare una competenza che viene data in modo corretto. La pedagogia si articolava in antropologia

metodologica e didattica – conclude il dirigente. Mi serve conoscere l'essere umano perché la mano è guidata dalla mente che guarda all'immagine interiore».

DSA, Ciambone: Sarei per il modello portoghese

«Intervento educativo non collegato alla certificazione clinica»

«Io sarei per il modello portoghese, che prevede un intervento educativo non collegato alla certificazione clinica: gli insegnanti esplorano il fabbisogno del singolo alunno e determinano gli interventi». Lo dice Raffaele Ciambone, dirigente del Miur, intervenuto al XVI convegno dell'Istituto di Ortofonia (IdO), sul tema «Bes, dalla normativa alla didattica inclusiva». «In Italia abbiamo un irrigidimento del controllo tra certificazione e intervento. La direttiva sui Bisogni educativi speciali (Bes) mira ad ammorbidire questo legame, che si era fatto troppo stretto. L'intento era di demedicalizzare e far sì che gli insegnanti avessero più flessibilità». Il dirigente poi precisa che il modello portoghese «non si può attuare nel nostro Paese. Ne abbiamo parlato con le associazioni, ma si fa fatica ad abbandonare la garanzia che il ragazzo con disabilità sia seguito da un insegnante di sostegno per un certo numero di ore, anche se la legge 104 parla di sostegno alla classe e non *ad personam*». Passi in avanti in questi anni sulle politiche per l'inclusione sono stati fatti: «Dalla legge 170 è partito tutto un iter normativo che si è sviluppato e concluso con il decreto interministeriale sull'individuazione a scuola. Sono stati predisposti interventi formativi – ricorda Raffaele Ciambone, dirigente del Miur – ovvero 70 master sui Disturbi specifici dell'apprendimento. Da ultimo la direttiva sui Bes, che ha cercato di chiarire che questa rigidità sulla certificazione può essere superata: se l'alunno mostra all'insegnante un bisogno educativo speciale, questo può intervenire assumendosi una responsabilità, anche senza una certificazione». Il dirigente del Miur ricorda: «A livello normativo siamo apprezzati in Europa. Ultimamente si parla di evidence based education, ma la scuola non è un laboratorio galileiano che consente di ripetere un esperimento con pesi e misure. Con questo approccio ci si allontana dal cuore della questione. Trentasette anni fa abbiamo scelto la personalizzazione. Le nostre classi sono complesse – sottolinea – possono esserci alunni stranieri, disabili lievi, soggetti con disturbi del comportamento, dislessici e questo pone l'insegnante davanti a un compito arduo. In altri paesi, come il Belgio, esistono 9 tipi di classi speciali per allievi, divise per potenzialità e livello di apprendimento. In Scozia si fornisce il Kit di apprendimento. Questa è standardizzazione – conclude – ed è diverso dalla personalizzazione che noi portiamo avanti».

Autismo, IdO: Il disegno grafico aiuta la valutazione

Finora trascurato, ma prezioso. Lo dimostra studio su 100 bambini

Il disegno libero dimostra che esiste un linguaggio diverso da quello verbale, e «il saper valutare la produzione spontanea di un bambino autistico permette di arrivare a una descrizione del minore sia sul versante cognitivo sia su quello affettivo». Sono due anni che l'Istituto di Ortofonia (IdO) ribadisce questo concetto (nel libro *Il processo grafico del bambino autistico*, Edizioni Magi, 2013), confermato in uno studio scientifico presentato al World Summit on Pediatrics a Sofia. L'IdO ha valutato la rappresentazione grafica degli elaborati realizzati da circa 100 piccoli autistici, constatando che «il disegno costituisce uno strumento per oggettivare il livello di maturazione raggiunto dal bambino in ambito psicomotorio, cognitivo ed emotivo e – spiega Magda Di Renzo, responsabile del servizio Terapie dell'IdO – nello stesso tempo, si pone come strumento prezioso di espressione sia in ambito educativo che terapeutico. Il comprendere e il saper valutare la produzione grafica di un bambino autistico è un indispensabile supporto per capire i diversi aspetti della sua evoluzione e la sua personalità. L'attività grafica è purtroppo rimasta finora sottovalutata – aggiunge Di Renzo – non essendo stata presa in considerazione nelle osservazioni. I minori con autismo sono in grado di copiare, fare disegni stereotipati o minimamente spontanei, ma è molto più difficile per loro arrivare a una rappresentazione di uno schema umano». I 100 bambini osservati dall'IdO sono stati inseriti nel Progetto «Tartaruga» – un intervento intensivo, integrato e psicodinamico intrapreso dall'Istituto nel 2004, che utilizza mezzi diversi e operatori differenti per rivolgersi nel modo più efficiente possibile al minore, ai suoi genitori e alla scuola – e «dopo un percorso terapeutico sono riusciti a rappresentare una figura umana, se stessi e scene di vita quotidiana. Questo perché – ricorda la psicoterapeuta dell'età evolutiva – il disegno è uno strumento di elaborazione cognitiva e affettiva e fino a che non si crei questa integrazione il bambino non è in grado di disegnare. 40 dei 100 bambini seguiti sono arrivati a fare anche il test grafico-proiettivo-reattivo di Wartegg, che ha consentito di mettere in luce aspetti della loro personalità». Nel suo lavoro di ricerca l'IdO ha correlato l'osservazione del processo grafico del bambino autistico con altri strumenti diagnostici – come l'Ados-G (Autism diagnostic observation schedule generic, che valuta la presenza e la gravità della sintomatologia autistica) e la Leiter-R (Leiter International Performance Scale, una scala di valutazione cognitiva non verbale) – per consentire un arricchimento della valutazione e della prognosi e una migliore progettualità terapeutica. «A seguito dei re-test somministrati su un numero cospicuo di bambini si è potuta verificare l'efficacia terapeutica che è data

dalle diverse prove eseguite dai singoli bambini nel corso del tempo. In particolare – conclude l'IdO – per un sottocampione di 78 minori del Progetto Tartaruga, valutati secondo la procedura dell'Ados-G in periodi temporali differenti, il 24% si è collocato al di fuori dello spettro autistico (punteggio inferiore a 7)».

Puer e Senex La dimensione evolutiva in analisi

**Ciclo di seminari a.a. 2015-2016
promosso e organizzati 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 contesto 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@yhaoo.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.

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.

Politiche pubbliche e gestione sanitaria di un centro di riabilitazione non residenziale accreditato con il SSR del Lazio

GIULIANO BIANCHI DI CASTELBIANCO

Laurea in Scienze dell'Amministrazione, Dottorato di Ricerca in Scienze Politiche, Master universitario II livello in Politiche Pubbliche e Gestione Sanitaria, Dirigente IdO e Consigliere FOAI – Roma

RIASSUNTO

L'articolo intende contribuire al notevole filone di studi sulle politiche pubbliche alla base dell'evoluzione delle caratteristiche del Servizio sanitario nazionale attraverso un approccio manageriale. In particolare, si parte da un'analisi della normativa nazionale che ha permesso la diffusione negli anni della cultura dell'accreditamento istituzionale, prendendo in prestito dalla sanità privata alcuni principi di gestione aziendale introdotti man mano con le riforme sanitarie. Si prende, infine, in esame il caso dei Centri di riabilitazione non residenziali accreditati con il Servizio sanitario regionale del Lazio, illustrando la normativa di settore per i principali aspetti regolamentati, con il duplice scopo da un lato di capire come la Regione Lazio ha recepito e attuato le disposizioni da parte delle istituzioni sovraordinate e dall'altro porre un riferimento teorico-pratico per tutti i funzionari che a quelle normative devono attenersi nel proprio lavoro.

Parole chiave: Politiche pubbliche, gestione centro di riabilitazione, SSR del Lazio.

1. INTRODUZIONE

In primo luogo è fondamentale ricordare che la Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 gennaio 1948, nella Parte Prima – Diritti e doveri dei cittadini, al Titolo II – Rapporti etico-sociali, sancisce con l'art. 32 il diritto alla salute:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Le linee di collegamento tra l'art. 32 ed i valori costituzionali – quali i principi di dignità, uguaglianza e solidarietà – hanno rafforzato la posizione di spicco detenuta dal diritto alla salute fra i diritti di seconda generazione (Nania, 2014).

È bene qui subito ricordare che «il tema dell'attuazione del diritto alla salute appare sempre più correlato a quello della sua sostenibilità, e che la correlazione può applicarsi... a tutti gli aspetti sotto i quali... viene declinato l'art. 32 della Costituzione» (Sessa, 2014, p. 31). A proposito di riferimenti costituzionali, che indirettamente si collegano alla materia della salute per il rapporto con la sanità privata, merita un breve cenno l'art. 41 del Titolo II – Rapporti economici della Parte Prima, che così recita:

L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali.

Una breve rassegna sull'evoluzione legislativa del diritto sanitario in Italia dovrebbe iniziare con la legge 296/1958, tramite cui si riconobbe la necessità di dare alla materia della salute pubblica una connotazione specifica ed autonoma, discostandosi dalla visione fino ad allora imperante, secondo la quale si trattava di una questione di ordine pubblico. Venne, perciò, istituito il Ministero della Sanità che assunse tutte le competenze in materia di sanità pubblica (dal 2001 denominato Ministero della Salute).

Il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, ha consentito l'avvio del passaggio alle Regioni ordinarie delle funzioni statali in materia sanitaria nelle varie fasi dell'intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo.

La legge 833/1978

ha segnato il superamento del pregresso sistema mutualistico-ospedaliero, incentrato su una miriade di enti notevolmente differenziati tra loro e caratterizzato (in senso negativo), oltre che da una completa assenza di collegamenti tra assistenza ambulatoriale e domiciliare ed assistenza ospedaliera (con inevitabili conseguenti duplicazioni di interventi e sperpero di risorse) anche dal mancato rilievo conferito al momento della «prevenzione» rispetto a quello della «cura» (Sangiuliano, 20103, p. 13).

Tale legge realizza, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la quasi totale pubblicizzazione delle strutture di offerta dei servizi sanitari.

Ai sensi dell'art. 1 co. 3 della legge 833/1978, il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal

complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurano l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio. L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni e agli enti.

Venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale, con una struttura organizzativa particolare: al centro il ministero ad assolvere funzioni programmatiche, a livello intermedio le regioni con la responsabilità di gestire finanziariamente e amministrativamente il servizio, a livello locale le Unità sanitarie con il compito di fornire direttamente i servizi (Capano, Gualmini, 2011, p. 36).

La legge 833/1978 stabilisce che il SSN si caratterizzi per i seguenti principi fondamentali:

- l'universalità della copertura assicurativa, garantita a tutti i cittadini;
- l'uguaglianza dei cittadini rispetto ai bisogni di salute e la gratuità nell'accesso alle cure;
- la globalità di erogazione dei servizi alle persone e alla collettività;
- la solidarietà fiscale, con finanziamenti tramite imposte dirette secondo aliquote progressive;
- la democrazia nelle scelte strategiche e nella gestione operativa dei servizi;
- il controllo prevalentemente pubblico dei fattori di produzione.

Il riassetto istituzionale del SSN è stato attuato con il D.lgs 502/1992 - «Riordino della disciplina in materia sanitaria». I punti fondamentali di questa riforma sono i seguenti:

- la definizione sul territorio nazionale di uniformi livelli essenziali di assistenza (Lea), standard minimi di prestazioni erogabili a tutti i cittadini, l'attribuzione di maggiori responsabilità gestionali alle Regioni;
- l'aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari (autonomia patrimoniale contabile, gestionale, tecnica e organizzativa);
- la competitività tra pubblico e privato finalizzata a garantire miglioramento qualitativo e libertà di scelta circa le strutture eroganti.

I governi regionali vennero ad acquisire il controllo, in precedenza spettante ai comuni, sulle ASL. Il decentramento delle competenze diede alle regioni ampia discrezionalità nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari erogati nel proprio territorio. L'art. 5 del D.lgs 502/1992 lascia alle Regioni il potere di legiferare in materia di sistemi di budget e previsione, di contabilità analitica e generale delle Aziende sanitarie pubbliche gravanti sul proprio territorio.

A partire dal 1994 sono state introdotte le carte dei servizi, inclusive degli standard di qualità riguardanti le varie articolazioni del settore pubblico: istituti scolastici, aziende sanitarie, ospedali, università e altre organizzazioni erogatrici di servizi (Gualmini, 2011, p. 156).

Il D.lgs 229/1999 - «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale», in linea con il processo di decentramento amministrativo (che si ispira al principio di sussidiarietà verticale, introdotto dal Trattato sull'Unione europea del 1992, in base al quale i compiti di gestione amministrativa della cosa pubblica devono essere affidati alla struttura più vicina alla cittadinanza), ha rafforzato il ruolo e l'autonomia delle Regioni in ambito sanitario - realizzando la cosiddetta riforma sanitaria ter, i cui aspetti salienti sono:

Valorizzazione delle Regioni. Le Regioni elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, adottano il Piano sanitario regionale per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione locale, definiscono l'articolazione del territorio regionale in Aziende/Unità Sanitarie Locali (Ausl) disciplinandone il finanziamento.

Aziendalizzazione del sistema sanitario.

Per aziendalizzazione mediante istituzionalizzazione si intende l'introduzione dei principi, dei meccanismi operativi, degli strumenti tecnici e delle regole di gestione tipiche dell'azienda, senza mutare la personalità giuridica od il soggetto economico dell'Ente pubblico (Paoloni, Grandis, 2007, p. 598).

Le Aziende/Unità Sanitarie Locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atti di diritto privato. La direzione generale delle nuove aziende veniva affidata a manager pubblici nominati dalla Giunta regionale (cosiddetta managerializzazione della sanità), con l'intento di acquisire uno spirito imprenditoriale con responsabilità diretta sui risultati di gestione.

Integrazione sociosanitaria. I bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati.

Accreditamento istituzionale. La riforma prevede che possono erogare servizi e prestazioni assistenziali per conto del SSN le strutture pubbliche o private che abbiano ottenuto una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni definita accreditamento. Questa procedura viene rivolta a quelle strutture che rispondono a rigidi requisiti di qualificazione (elevati livelli di organizzazione e assistenza, adeguate dotazioni strumentali e tecnologiche, standard operativi e qualificazioni professionali del personale).

Ancora più evidenti sono le disposizioni del D.lgs 229/1999, nella parte in cui attribuiscono alle regioni il compito di assicurare livelli di assistenza sanitaria previsti dalla programmazione nazionale attraverso le ASL e le altre strutture erogative, che possono ben essere qualificate veri e propri modelli organizzativi di esplicazione del servizio, di cui la Regione si avvale (Juso, 2005, p. 24).

Con il D.lgs 56/2000 in materia di federalismo fiscale, le regioni furono dotate di proprie entrate, essenzialmente derivanti dall'Irap (imposta regionale sulle attività produttive) e da un addizionale regionale dell'Irpef (imposta sui redditi delle persone fisiche), cui fu aggiunto un fondo di solidarietà volto ad una compensazione delle risorse ed una loro redistribuzione indirizzata verso le regioni meno sviluppate economicamente. In proposito occorre ricordare che «le politiche redistributive tolgono in maniera visibile ed esplicita risorse ad alcuni gruppi per darle ad altri. Sono, pertanto, politiche alquanto conflittuali, che richiedono un notevole intervento del potere esecutivo e un'attuazione piuttosto accentrata» (Pasquino, 2009, p. 248); il welfare state è un tipico esempio di settore di intervento in cui vengono applicate tali politiche.

Un passaggio rilevante per la modernizzazione del settore pubblico è costituito dalla riforma Bassanini, che ha segnato l'esordio del cosiddetto federalismo amministrativo. Con le leggi 59/1997 e 127/1997 è stato realizzato un poderoso decentramento amministrativo che ha comportato un consistente trasferimento di poteri e compiti dallo stato alle regioni e agli enti locali, realizzato più compiutamente con la riforma del Titolo V della Costituzione (artt. 117 e 118) (La Spina, Espa, 2011, p. 307).

Nel 2001, dopo la riforma della Costituzione, precisamente del Titolo V – Le Regioni, le Province, i Comuni della Parte Seconda – Ordinamento della Repubblica, l'art.117 annovera la tutela della salute fra le materie di legislazione concorrente fra Stato e Regioni. Ciò determina il fatto che le regioni hanno piena autonomia nell'organizzare e gestire i servizi sanitari sul territorio di propria competenza, mentre lo stato mantiene la sola funzione di definire i principi di carattere generale rilevanti in materia.

Il criterio è quello dell'introduzione di un policentrismo che associa e attenua la rigidità del modello unitario mediante la costituzione e il rafforzamento di governi locali e regionale. Si tratta di un decentramento amministrativo che è conseguenza diretta di un decentramento politico (Lippi, Morosi, 2005, p. 80).

Infine l'art. 118, co. 4, introduce il principio di sussidiarietà orizzontale tra pubblico e privato affermando che:

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO PER IL CENTRO

L'art. 26 della legge 833/1978 indica le prestazioni di riabilitazione, che hanno in oggetto i Centri di Riabilitazione accreditati, stabilendo che:

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede median-

te convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge.

Le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione (30 maggio 1998, n. 124) definiscono la riabilitazione come

un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.

Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi progetto di riabilitazione, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e comunque in una migliore qualità della vita della persona.

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Per provvedere a tali prestazioni, l'ente si avvale della collaborazione di medici, psicologi e personale paramedico. L'attività del medico chirurgo si concreta in un'attività di prevenzione, cura e riabilitazione dello stato di salute della persona; essendo una professione antichissima non si è sentita la necessità ad oggi di definirla normativamente. L'art. 3 del Codice Deontologia Medica sancisce che

dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Quanto allo psicologo, l'art.1 della legge 56/1989 stabilisce che:

La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona e al gruppo.

La legge 251/2000 ha riordinato l'intera area professionale paramedica, ridefinendo il ruolo dei diversi operatori socio-sanitari che lavorano al suo interno. Vediamo ora le figure facenti parte dei professionisti sanitari della riabilitazione, che – nell'ambito di un progetto terapeutico di prevenzione, terapia e riabilitazione, elaborato da un'équipe multidisciplinare – principalmente interessano l'attività clinica di un Centro di riabilitazione:

- educatore professionale, attua specifici progetti educativi, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana;

- terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, interviene su malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo;
- terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore preposto ad interventi finalizzati alla abilitazione e riabilitazione di soggetti con disagio psichico alla cura di sé e alla relazione interpersonale e, ove possibile, all'attività lavorativa; attua interventi con le famiglie e sul contesto sociale allo scopo di favorire il reinserimento del soggetto nella comunità;
- terapeuta occupazionale, opera su malattie e disordini fisici e psichici, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative e ludiche della vita quotidiana;
- logopedista, opera sulle patologie del linguaggio e della comunicazione;
- fisioterapeuta, operatore preposto alla rieducazione funzionale delle disabilità motorie, neuromotorie e al recupero delle funzioni cardio-respiratorie.

Trattando in particolare il tema della disabilità, assume uno specifico rilievo la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata in Italia con la legge 18/2009, ed in special modo l'art. 26 – Abilitazione e riabilitazione.

Come accennato in precedenza, alle regioni è riconosciuta piena autonomia nel regolare e gestire il proprio Servizio sanitario regionale (SSR), sempre nel rispetto della programmazione fissata a livello nazionale. Tra i compiti affidati a livello regionale vi sono in particolare: l'articolazione nel territorio delle ASL, la nomina dei direttori generali, la fissazione dei criteri di accreditamento delle strutture private e la relativa remunerazione prevista dai sistemi tariffari per gli Erogatori. Rimane pure compito dell'Assessorato della Sanità regionale quello di monitorare appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Le ASL, in quanto aziende territoriali, svolgono la funzione di garantire ai cittadini la soddisfazione del bisogno complessivo di salute in termini di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'accreditamento delle strutture, che erogano prestazioni a carico del SSN, si inserisce in un iter che comincia dal momento dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assistenziale in oggetto e termina con la stipula di specifici accordi.

Questo sistema di regolazione dei rapporti secondo le tre A (Autorizzazione, Accreditamento e Accordi contrattuali) prevede, quindi, tre forme regolative correlate all'intero percorso della programmazione regionale.

L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie ha l'obiettivo di ottimizzare la distribuzione dell'offerta di servizi sanitari in relazione alla domanda locale, con attenzione all'accessibilità e, dunque, alla localizzazione delle strutture e ai piani programmatori regionali. L'autorizzazione prevede che la struttura sia in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DPR 14 gennaio 1997. L'autorizzazione costituisce condizione essenziale per la richiesta di accreditamento che, di per sé, permette di operare con finanziamento a carico del SSR, erogando prestazioni per conto del

SSN. Specifici accordi contrattuali – da firmare necessariamente ogni anno presso la ASL competente territorialmente – prevedono fondamentalmente, insieme a varie altre incombenze, tipologia e volumi di prestazioni erogabili dalle strutture accreditate.

«In risposta alla crescita del debito pubblico. Si è avuta una revisione non solo delle politiche sociali, ma anche delle strategie di intervento dello stato sul mercato» (Cotta, Della Porta, Morlino, 2008, p. 404).

Vediamo ora come la Regione Lazio ha recepito i principi di cui sopra emanando propria normazione di carattere regionale. Con la DGR 398/2000 sono stati fissati criteri e modalità inerenti l'accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26, legge 833/1978. Venivano inoltre contenute alcune definizioni nell'ambito delle quali si poteva avviare un progetto riabilitativo, delimitazioni ad oggi tuttora in vigore.

Si parla, dunque, di regime assistenziale per il quale l'utente è preso in carico per la realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato, diviso in: residenziale, semiresidenziale e non residenziale (ambulatoriale e domiciliare).

Si distingue fra due modalità di intervento, la modalità di attuazione del progetto riabilitativo, che può essere estensiva o di mantenimento:

- l'attività riabilitativa estensiva è l'attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato l'eventuale fase di acuzie e di immediata postacuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito;
- l'attività riabilitativa di mantenimento è l'attività di assistenza rivolta a pazienti affetti da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche, che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento.

Si fa, infine, riferimento all'impegno riabilitativo, richiesto per la realizzazione del progetto e distinto in elevato, medio o lieve in base all'intensità della frequenza settimanale. Con la DGR 583/2002 sono stati approvati alcuni schemi definitivi ancora in vigore, che hanno inteso regolare le seguenti tematiche:

- definizione della cartella riabilitativa;
- composizione dell'équipe e dotazione organica del personale;
- standard operativi dell'attività riabilitativa, collegati ai diversi livelli di complessità assistenziale;
- definizione del flusso informativo di rendicontazione tramite il SIAR (Sistema Informativo dell'Assistenza Riabilitativa);
- sistema tariffario.

Alcuni anni dopo, la Legge Regionale n. 4 del 3 marzo 2003 si viene a configurare come la legge-quadro, che ha recato norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali. In rela-

zione all'autorizzazione, bisogna dire che dal 2006 vi sono state tre delibere regionali in materia, proprio in attuazione del succitato DPR 14 gennaio 1997; attualmente la delibera di riferimento sui requisiti autorizzativi è il DPCA 8/2011 – Allegato C, con riguardo alla sezione 0 – Requisiti di carattere generale per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie (0.1 – Requisiti strutturali e tecnologici generali, 0.2 – Requisiti organizzativi generali, 0.3 – Sistema informativo) per la parte generale, e con riguardo alle sezioni 3.4 – Centri ambulatoriali di riabilitazione per persone con disabilità e 7.2 – Servizi a favore di persone con disabilità complessa che necessitano di interventi riabilitativi in regime domiciliare, per la parte specifica di interesse dei Centri di riabilitazione.

Una volta controllata la rispondenza del Centro di riabilitazione dopo relative ispezioni da parte delle Unità della ASL competente territorialmente, viene rilasciato dalla Regione un decreto autorizzativo particolare per ogni struttura autorizzata. La struttura relativamente all'autorizzazione è tenuta alle disposizioni di cui al capo IV del Regolamento Regionale n. 2/2007 e ss.mm.ii, che attua l'art. 5, comma 1, lettera b) della Legge Regionale n. 4/2003.

In relazione all'accreditamento, attualmente la delibera di riferimento sui requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale e sui principi per il regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio è la DGR n. 636/2007.

Una volta controllata la rispondenza del Centro di riabilitazione dopo relative ispezioni da parte delle Unità della ASL competente territorialmente, viene rilasciato dalla Regione un decreto di accreditamento particolare per ogni struttura accreditata. La struttura relativamente all'accreditamento è tenuta alle disposizioni di cui al capo III della Legge Regionale n. 4/2003, attuato dal Regolamento Regionale n. 13/2007.

Tra i requisiti contenuti nella dgr 636/2007 vi è la gestione e il miglioramento della Qualità, per come definita nella UNI EN ISO 9001, la norma internazionale elaborata dall'ISO (Organizzazione Internazionale per la Normazione), adottata dal CEN (Comitato Europeo di Normazione) e conseguentemente recepita a livello nazionale dall'UNI (Ente Italiano di Normazione) che appunto fissa i requisiti di un Sistema di Gestione per la Qualità; a tale norma deve pertanto essere attribuito lo status di norma nazionale. Il settore di attività di pertinenza dei Centri di Riabilitazione è «Sanità e altri servizi sociali – EA 38».

La Qualità viene definita come il grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti. Per guidare e far funzionare con successo un'organizzazione è necessario dirigerla e tenerla sotto controllo in maniera sistematica e trasparente. Il successo deriva dall'attuazione e dall'aggiornamento di un sistema di gestione progettato per migliorare con continuità le prestazioni tenendo conto delle esigenze di tutte le parti interessate.

Sono stati identificati otto principi di gestione per la qualità che possono essere utilizzati dall'alta direzione per guidare l'organizzazione verso il miglioramento delle prestazioni.

- Orientamento al cliente
- Leadership

- Coinvolgimento delle persone
- Approccio per processi
- Approccio sistemico alla gestione
- Miglioramento continuo
- Decisioni basate su dati di fatto
- Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori.

In relazione agli accordi contrattuali, attualmente la delibera di riferimento è il DCA 183/2013, che definisce lo schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale. In base alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013, viene introdotto per la prima volta l'obbligo – da parte dei soggetti erogatori di prestazioni in convenzione del Lazio – di aderire ad un allegato Codice Etico di Comportamento, impegnandosi all'adozione di un Modello Organizzativo e Gestionale (MOG) per la definizione e l'attuazione di una politica aziendale sulla disciplina della responsabilità amministrativa delle società di cui al D.lgs 231/2001; tale modello prevede l'istituzione di un Organismo di Vigilanza o OdV, a composizione con maggioranza esterna rispetto all'organigramma societario (in caso di composizione non monocratica, Presidente e VicePresidente devono essere nominati fra esterni alla struttura e sono coadiuvati nell'esercizio delle funzioni da un membro interno).

Infine, il DPCA 39/2012 – riordinando l'offerta assistenziale territoriale rivolta anche a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale – definisce le modalità di accesso all'erogazione degli interventi riabilitativi, sempre nel rispetto dei criteri clinici precedentemente stabiliti e specificamente contenuti nella DGR n. 731/2005 e nella DGR 435/2007, e riportati insieme nel cosiddetto *libricino blu* di Laziosanità ASP – Agenzia di Sanità Pubblica (Settembre 2007) intitolato «Indicazioni per l'accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale».

3. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Non mi resta che sottolineare il fatto che il quadro delineato rappresenta una fotografia di un contesto in continua evoluzione, tanto da un punto di vista normativo quanto da quello dei modelli concettuali di riferimento. A questo si aggiunge che tutti gli aspetti esaminati vengono richiesti in modo differente a seconda della ASL nel cui territorio insiste il Centro di Riabilitazione, e spesso anche a seconda del distretto sanitario all'interno di una stessa ASL.

Cionondimeno, rimane un utile schema teorico-pratico di base per tutti coloro che lavorano in uno dei Centri di riabilitazione non residenziali accreditati con il Servizio sanitario regionale del Lazio o che sono interessati ad avvicinarsi al settore o quantomeno a comprenderne gli aspetti principali del funzionamento.

Bibliografia

- Alberici A., Baruffi P., Ippolito M., Rittatore Vonwiller A., Vaciago G.,** *Il modello di organizzazione, gestione e controllo di cui al D.LGS. 231/2001*, Milano, Giuffrè, 2008.
- Balduzzi R., Carpani G.,** *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013.
- Capano G., Gualmini E.** (a cura di), *Le pubbliche amministrazioni in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- Carnevali G., Manzi P.** (a cura di), *Linee guida per una nuova governance del sistema sanitario*, Roma, Aracne, 2013.
- Cilione G.,** *Diritto sanitario*, Rimini, Maggioli Editore, 2013.
- Consito M.M.,** *Accreditamento e terzo settore*, Napoli, Jovene, 2010.
- Coticelli M.,** *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.
- Corbizzi Fattori G., Simonini F.,** *Stress lavoro-correlato: valutazione e gestione pratica*, Milano, Wolter Kluwer Italia, 2010.
- Cotta M., Della Porta D., Morlino L.,** *Scienza politica*, Bologna, Il Mulino, 2008.
- Gualmini E.,** *L'amministrazione nelle democrazie contemporanee*, Bari, Laterza, 2011.
- Ieraci G.,** *L'analisi delle politiche pubbliche*, Roma, Aracne, 2009.
- Jorio E.,** *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Rimini, Maggioli Editore, 2013.
- Juso R.,** *Profili e problemi di diritto sanitario*, Roma, Edizioni Kappa, 2005.
- La Spina A., Espa E.,** *Analisi e valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- Lai M.,** *Diritto della salute e della sicurezza sul lavoro*, Torino, Giappichelli, 2010.
- Lippi A.,** *La valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2007.
- Lippi A., Morisi M.,** *Scienza dell'amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2005..
- Mapelli V.,** *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, «Quaderni Formez», 57, 2007.
- Morana D.,** *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, Giuffrè, 2002.
- Nania R.** (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Roma, La Sapienza Editrice, 2013.
- Paoloni M., Grandis F.G.,** *La dimensione aziendale delle Amministrazioni pubbliche*, Torino, Giappichelli, 2007.
- Pasquino G.,** *Nuovo corso di scienza politica*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- Persiani M., Proia G.,** *Contratto e rapporto di lavoro*, Padova, Cedam, 2007.
- Pioggia A.,** *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2014.
- Sangiuliano R.** (a cura di), *Diritto Sanitario e Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Edizioni giuridiche Simone, 2003.
- Santoro-Passarelli G.,** *Diritto dei lavori*, Torino, Giappichelli, 2002.
- Sesta M.** (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo (RN), Maggioli, 2014.
- Vallebona A.,** *Breviario di Diritto del Lavoro*, Torino, Giappichelli, 2012.



DIEGO FRIGOLI
IL LINGUAGGIO DELL'ANIMA
Fondamenti di ecobiopsicologia

COLLANA: **Immagini dall'Inconscio** – € 25,00 – PAGG. 228
 FORMATO: 14,5 x 21 – ISBN: 9788874873517

Novità

Se io non sono in un campo psichico con gli altri - con la gente, con gli edifici, gli animali, le piante - io non sono.

J. Hillman

▶ **L**a nostalgia della bellezza e dell'armonia che vincola in legami indissolubili il rapporto mente-corpo dell'uomo, la sua anima e le relazioni che essa intrattiene con la natura e con l'universo sono il campo di studio dell'ecobiopsicologia.

Questa moderna disciplina, nata dall'epistemologia della complessità, si situa come sviluppo della psicoanalisi e della psicologia analitica junghiana e studia l'aspetto archetipico del Sé nella sua dimensione unificante il campo della materia e della psiche. In ciò che chiamiamo mondo (*eco*) è implicito un ordine che si ritrova nell'evoluzione della materia (*bios*) e nella storia della psiche dell'uomo (*psyche*) sotto forma di immagini e miti, sicché l'ecobiopsicologia rappresenta la proposta e insieme l'invito a leggere nei simboli archetipici quell'*harmonia mundi* che costituisce lo schema dell'*unus mundus*.

In questa chiave il terapeuta raffinato non risponderà soltanto alle esigenze di decodificare il significato di un sintomo, ma saprà cogliere in esso un'intenzionalità nascosta, partecipe contemporaneamente delle vicissitudini individuali e di quelle urgenze dell'anima che chiede di essere ascoltata per ritrovare la traccia del proprio destino.

In questa chiave il terapeuta raffinato non risponderà soltanto alle esigenze di decodificare il significato di un sintomo, ma saprà cogliere in esso un'intenzionalità nascosta, partecipe contemporaneamente delle vicissitudini individuali e di quelle urgenze dell'anima che chiede di essere ascoltata per ritrovare la traccia del proprio destino.

Diego Frigoli, psichiatra e psicoterapeuta, è direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia «Istituto Aneb» e presidente dell'Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia. Già ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano, si segnala come innovatore nello studio delle relazioni fra il corpo e l'immaginario. Tra le sue recenti pubblicazioni ricordiamo: *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica* (2007), *Psicosomatica e simbolo* (2010), *La fisica dell'anima* (2013), *Dal segno al simbolo* (2014).

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.

Inside Out

Alla scoperta delle emozioni

ALESSANDRA CATALANO

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

Inside Out è un film d'animazione per adulti e bambini, capace di parlare a persone di tutte le età e culture circa la relazione con le nostre emozioni e come queste ultime possano guidare le nostre azioni nella quotidianità. Il film si presta a diverse letture e a vari livelli di comprensione. Il solo titolo, *Inside Out*, è pura psicoanalisi: è da dentro che vediamo il fuori, che il bambino crea e inventa la realtà. Agli sceneggiatori e registi si deve attribuire il merito di avere «tradotto» in un linguaggio narrativo originale e graficamente perfetto, corredato da dialoghi accattivanti e insieme profondi, il complesso linguaggio interno delle Emozioni.

Nella mente di Riley, una ragazza di undici anni del MINNESOTA, vivono cinque emozioni: GIOIA, che garantisce la felicità alla ragazza; DISGUSTO, che si occupa che Riley non venga avvelenata fisicamente e socialmente; PAURA, che tiene Riley lontano dai pericoli; RABBIA, che impedisce che Riley subisca ingiustizie; TRISTEZZA, il cui scopo non è ben chiaro a nessuna emozione. Le cinque emozioni dirigono la mente di Riley all'interno di un Quartier Generale, agendo su una consolle piena di pulsanti. Ogni volta che un'emozione agisce, nasce un ricordo, dall'aspetto di una piccola sfera dal colore dell'emozione che lo ha causato. La maggior parte dei ricordi viene spedito poi nella MEMORIA A LUNGO TERMINE, mentre quelli più importanti, detti Ricordi Base, rimangono nel Quartier Generale, dove agiscono sulla mente della bambina definendone la PERSONALITÀ. I cinque Ricordi Base di Riley sono tutti felici (dorati) e alimentano cinque Isole della Personalità.

D'un tratto, la famiglia di Riley è costretta a trasferirsi dal Minnesota a San Francisco a causa del lavoro del padre e Riley non può fare a meno di essere delusa nel vedere la nuova casa, anche se Gioia tenta comunque di mantenere alto il buon umore della ragazza. In ciò è ostacolata da Tristezza, che inizia a sentire l'impulso di toccare e rendere tristi (e quindi di colore blu) i ricordi risalenti al Minnesota, ogni volta che questi vengono proiettati nella mente della ragazza,

Inside Out, 2015, film d'animazione realizzato dai Pixar Animation Studios e distribuito dalla Walt Disney Pictures, diretto da Pete Docter insieme al coregista Ronnie del Carmen, è basato su un'idea originale dello stesso Docter.



inducendo Gioia a cercare di tenere Tristezza lontana dalla consolle.

Il primo giorno di scuola, Riley viene invitata a presentarsi alla classe e quando l'insegnante le chiede del Minnesota; Gioia le fa ricordare i momenti in cui giocava a hockey o quando pattinava sul lago ghiacciato. Tristezza tocca il ricordo gioioso della ragazza e lo modifica, inducendo la ragazzina a piangere di fronte alla classe, in preda alla nostalgia per i tempi felici trascorsi nel Minnesota. Ciò porta alla nascita di un nuovo Ricordo Base, il primo Ricordo Base triste. Inorridita, Gioia cerca di impedire che il nuovo ricordo prenda posizione insieme agli altri, mentre Tristezza cerca di fermarla, ma finiranno entrambe catapultate fuori dal Quartier Generale, insieme a tutti i Ricordi Base. Senza più Ricordi Base nella postazione, le Isole della Personalità si spengono, diventando grigie e inerti. Riley rimane vittima della Rabbia, del Disgusto e della Paura che inutilmente cercano di mantenere felice la bambina provando a impersonare Gioia, rendendo invece Riley apatica e indisponente.

Nel frattempo, Gioia e Tristezza sono catapultate nella Memoria a Lungo Termine, un archivio labirintico e infinito di scaffali colmi di ricordi, cercando una strada per il ritorno. Fra

gli scaffali incontrano Bing Bong, l'amico immaginario di Riley quando era bambina, con cui tentano di raggiungere il Treno dei Pensieri per arrivare al Quartier Generale. Saliti sul Treno, però, Riley va a dormire e, sapendo che il loro mezzo di trasporto non si muoverà fino a che Riley non sarà sveglia, decidono di fare un salto alla Cineproduzione SOGNI dove cercheranno di svegliare Riley con un incubo. Una volta svegliata la ragazza, Gioia cerca di raggiungere il Quartier Generale da sola, impedendo a Tristezza di seguirla ma, in seguito al crollo di una delle Isole della Personalità, si ritroverà nel Baratro della Memoria insieme a Bing Bong.

In preda allo sconforto, Gioia inizia a osservare nostalgicamente i vecchi ricordi di Riley, fino a trovarne uno che lei aveva sempre ritenuto felice, ma che in realtà inizia come triste, per poi diventare gioioso solo nel momento in cui la famiglia e gli amici iniziano a confortare la ragazza. Gioia comprende così l'importanza di Tristezza: segnalare il bisogno di Riley di ricevere aiuto dalle persone che le vogliono bene. Gioia riesce a fuggire dal Baratro della Memoria, ma Bing Bong, essendo troppo pesante, decide di rimanere nel Baratro, venendo definitivamente dimenticato dalla ragazza. Intanto, nel Quartier Generale, Rabbia, in un tentativo di mettere fine all'infelicità di Riley, insinua nella sua mente l'Idea (rappresentata da una lampadina) di fuggire di casa in direzione del Minnesota. Ciò porta al crollo dell'ultima Isola della Personalità, la Famiglia, e la consolle si spegne, rendendo Riley del tutto priva di emotività. Disperati, Rabbia, Disgusto e Paura cercano inutilmente di rimuovere l'Idea dalla consolle, ma sarà il ritorno di Gioia e Tristezza a salvarli. Gioia, finalmente, lascia a Tristezza i comandi, e questa riesce a rimuovere l'Idea dalla mente di Riley, che scende dall'autobus e torna a casa. Una volta di fronte ai genitori, Tristezza rende blu tutti i Ricordi Base di Riley e induce la ragazza a piangere di fronte ai genitori, esprimendo tutte le ansie e le preoccupazioni che l'hanno afflitta dall'arrivo a San Francisco. I genitori così confortano Riley e Gioia può finalmente agire, permettendo la nascita di un nuovo Ricor-

do Base, in parte dorato e in parte blu, che permette di ricostruire l'Isola della Famiglia.

Un anno più tardi, Riley si è adattata alla nuova casa e tutte le emozioni lavorano assieme per aiutarla a condurre una vita contenuta, ma emotivamente complessa, con un pannello di controllo esteso e nuove Isole della Personalità prodotte da nuovi Ricordi Base composti da emozioni miste, più adulte. All'inizio del film si può manifestare un po' di scetticismo. In primo luogo, si può temere che la storia elogi un modello di *benessere psichico* basato esclusivamente sull'idea dell'*ottimismo*, rappresentato da Gioia che da subito si impone come protagonista, *cercando di inibire tutte le altre emozioni*, soprattutto l'apatica Tristezza. In secondo luogo, il film può trasmettere l'idea che il nostro mondo interno sia molto *simile a quello di un computer*; il modello psicologico rappresentato si muoveva sulla base concettuale di un'organizzazione schematica, solo cognitiva, dove *bastava dosare bene le emozioni e tutte le esperienze sarebbero state gestite al meglio*. In realtà, fin da subito si entra nell'inconscio della mente fatto di «ricordi, sogni e isole della personalità». L'aspetto sorprendente del film è che i protagonisti sono le emozioni che accompagnano la bambina nella crescita e nell'evoluzione psicologica.

GIOIA: è l'emozione dominante in Riley, nonché la prima ad essere nata; si occupa di garantire la felicità alla bambina e all'interno del Quartier Generale agisce come capo per le altre emozioni e prova un certo fastidio nei confronti di Tristezza, di cui non riesce a comprendere l'utilità. Il suo aspetto è modellato intorno a quello di una stella.

TRISTEZZA: è stata la seconda emozione a nascere, dato che il suo ruolo non è ben chiaro neppure a se stessa; è considerata meno importante delle altre emozioni. Il suo design è basato su una lacrima.

RABBIA: è l'emozione che assicura che la bambina non subisca ingiustizie; ha un atteggiamento iracondo e tende a prendere fuoco quando è in preda alla collera. Il suo aspetto è basato su quello di un mattone.



PAURA: è l'emozione che protegge Riley dai pericoli e insieme a Rabbia è l'unica emozione di Riley ad essere di sesso maschile, inoltre è nervoso e tende a spaventarsi facilmente. Il suo design è basato sull'aspetto di un nervo.

DISGUSTO: si occupa che Riley non venga avvelenata fisicamente e socialmente. Ha un atteggiamento altero e snob. Il suo aspetto è basato su quello di un broccolo.

Nella società attuale, basata sul mito della perfezione e dell'ottimismo a tutti i costi, c'è l'idea che la malinconia, la staticità e la conflittualità non abbiano uno spazio lecito nella vita dell'individuo, ma sono patologie da sopprimere nel più breve tempo possibile. Ne *I luoghi del mondo infantile* (Di Renzo, 2013, p. 12) si afferma che:

c'è un tempo e un modo per la staticità e il movimento, per il conflitto e la risoluzione, per la malinconia e a volte anche per la depressione, per i concetti e per le immagini, per il divertimento e per la noia, per emozioni che non possono coagularsi in sentimenti e per vissuti che non possono essere tradotti in parole.

Pressati da richieste, aspettative e, soprattutto, dal fantasma dell'efficienza che ci sovrasta, i bambini stanno trovando nuove strade per esprimere il proprio disagio; in virtù di ciò è necessario prestare attenzione alle emozioni ed è fondamentale considerare la relazione tra due personaggi inseparabili del film: Gioia e Tristezza. Quest'ultima fa di tutto per poter essere anche vista e considerata, mentre Gioia l'ha relegata ai margini dell'azione, la vede soltanto come una guastafeste e, inizialmente, non capisce quale sia l'utilità della sua presenza nella psiche di Riley. In realtà se si osserva da lontano quello che accade a Riley è normale che Tristezza, fino a quel momento poco presente nella sua bella vita, inizi a farsi spazio. Questo perché fino ai 10-11 anni, normalmen-

te, le emozioni prevalenti sono di carattere positivo, mentre nell'età di passaggio che traghetta i bambini verso la pubertà, iniziano ad affacciarsi emozioni come tristezza e malinconia. La pubertà, periodo critico nella vita di ogni individuo, inizia nel momento in cui il corpo comincia a manifestare i primi cambiamenti nell'aspetto fisico, nelle funzioni corporee e nella psiche, dal punto di vista strettamente biologico. È una fase di transizione dalla quale si passa all'adolescenza, in cui si perfeziona la maturità psicologica e sociale. I cambiamenti della pubertà preparano il corpo e la psiche a quella che sarà la vita adulta e includono lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari che costituiscono la manifestazione visibile del suo inizio, insieme ad un rapido incremento della crescita staturale e alla maturazione degli organi sessuali. In questa fase si assiste anche a un mutamento dell'umore, che può essere maggiormente soggetto a vissuti negativi. Riley, per esempio, sta affrontando un cambio di casa e di città con tutte le difficoltà legate all'ambientamento, al cambio di amicizie e di abitudini. È un film che fotografa cosa accade quando si ha a che fare con esperienze di abbandono e perdita, sia inteso nei confronti delle vecchie amicizie sia della propria infanzia. Nello specifico, alla fine della pellicola veniamo portati brevemente nella mente di Riley e dei suoi genitori dopo la conclusione della storia del film: il campanello che suona, una porta che si apre e un ragazzino che chiede «C'è Riley?». Il primo appuntamento ci evidenzia l'adolescenza di Riley e il terrore di tutti i padri di teenagers. Il finale di film lo aveva fatto intuire chiaramente con quella console piena di tasti e comandi e quell'imponente pulsante «pubertà», ma anche con le nuove isole della personalità apparse nella mente della ragazza, non per ultima quella del tragico amore vampiresco. La reazione dei genitori è la più naturale, data la situazione: il padre cerca di intimidire l'intruso, mentre la madre cerca di



ottenere informazioni dalla figlia con disinvoltura e furbizia. Nell'evoluzione della sceneggiatura, mano a mano che si srotola la pellicola cinematografica, emerge l'importanza di dare dignità e visibilità a tutte le emozioni, soprattutto a quelle che solitamente le persone definiscono come «negative» e che nella maggior parte delle situazioni tendono a non voler vedere, a combattere o semplicemente a evitare. Ma il vivere la sofferenza ha uno scopo evolutivo nell'essere umano ed è solo integrandola e includendola che essa si scioglie; non a caso Tristezza è il vero motore che induce Riley e i suoi genitori a cambiamenti. Il messaggio rivolto a tutti i destinatari del film è che ogni emozione ha una sua funzione. Se riconosciuta e accolta, infatti, da segnale critico e negativo questa emozione può rivelare anche la sua azione riparatoria e innovatrice trasformandosi in un potenziale stimolo al cambiamento. In due momenti precisi l'intervento di Tristezza, tanto osteggiato dalle altre emozioni protagoniste, è l'unico in grado di ristabilire un equilibrio all'interno della situazione determinando un momento decisivo di svolta. Ciò è evidente sia nel momento in cui riesce a validare il vissuto di tristezza dell'amico immaginario Bing Bong accogliendolo senza resistenze e riuscendo così a consolarlo, sia quando riesce, con un crescendo di intensità, a stimolare la reazione di pianto della ragazzina tra le braccia dei genitori, aiutandola così a esprimere finalmente i suoi sentimenti e i suoi pensieri di preoccupazione.

È attraverso l'accesso alla zona dell'Immaginario, infatti, che Gioia e Tristezza trovano insperate risorse: possono far ricorso al teatro del sogno, modificandolo a seconda di cosa si muove nell'inconscio della bambina; possono salire al volo sul Treno dei Pensieri e, per la prima volta, accedono alla Zona pericolosa del Pensiero Astratto. Non di sole cinque Emozioni fondamentali si compone il vivace mondo interno di Riley e di tutti gli esseri umani: esse si trovano ad avere a che fare col complesso, labirintico, in parte inconscio, meccanismo della mente. Fondamentali sono i Ricordi di base che hanno segnato gli antichi traumi e i momenti essenziali, la memoria a lungo termine e le Isole della personalità (ovvero delle rappresentazioni complesse che hanno la funzione di «pilastri», di strutture forti che guidano le nostre esperienze presenti e future) quali: l'*isola della famiglia* che ha a che fare con la rappresentazione che abbiamo della nostra coppia genitoriale e del loro rapporto con noi, l'*isola dell'Hockey* con lo sport quindi con il rapporto, anche competitivo, con l'altro, la capacità di reggere le situazioni, la scuola, i compiti e il confronto con gli altri, l'*isola dell'onestà* con i valori acquisiti fin dalla più tenera età, partendo dal controllo dei nostri impulsi e poi con controlli sempre più complessi, l'*isola dell'amicizia* che è in relazione al rapporto con gli altri significativi, fuori dalla famiglia, con il gruppo dei pari, ma non solo, in seguito anche con i primi legami amorosi; infine, l'*isola delle stupidaggini*, la *stupidera*, è la zona dei ricordi divertenti della nostra infanzia, le canzoni stonate, le rincorse, le smorfie, i giochi prima con mamma e papà e poi, in seguito, con gli amici.

Nel cartone le mappe formate dalle isole della personalità,

vanno piano piano in «tilt» e la situazione precipita: questo accade perché l'esperienza a cui è sottoposta Riley è così eccessiva e forte che *le emozioni perdono la loro funzione e si bloccano*. La nostra mente, soprattutto attraverso le isole della personalità, viene descritta come un teatro, ricco di personaggi, di rappresentazioni, di luoghi, e queste isole non sono, quindi, solo dei ricordi fissi, schematici, quasi foto statiche di eventi del passato, ma appunto rappresentazioni, interazioni, ricordi in movimento, ricordi animati, simili a come potrebbero essere le sequenze di un film. Questo aspetto è fondamentale perché ci dice che *noi costruiamo la nostra identità grazie alla relazione con gli altri*, non siamo degli elaboratori elettronici che nascono e si sviluppano in autonomia, ma esseri relazionali che interiorizzano da subito (fin dal concepimento), sotto forma di ricordi e non solo, relazioni, affetti, emozioni vissute nel rapporto con gli altri significativi, in primo luogo con i nostri genitori. In questo processo *il ruolo delle emozioni è fondamentale*; esse ci danno il tono, il «colore» di quelle esperienze, ci aiutano a capire cosa sta succedendo, come trattare una certa esperienza e quale comportamento agire.

Altri elementi fondamentali sono la valle dei ricordi perduti, il treno dei pensieri, la zona creativa, i personaggi onirici rappresentati dal clown Jangles, fino alla «fabbrica dei sogni» organizzata come gli *studios cinematografici*. Il sogno è un elemento essenziale nel film e riveste ciò che Jung (Roth, 2011, pp. 227-228) definiva come il

luogo centrale dove il materiale inconscio si rivela in un linguaggio simbolico che permette all'Io cosciente di entrare in contatto con i contenuti inconsci. Il sogno non è soltanto una fonte conoscitiva da decifrare, ma è un luogo di scontro di simboli portatori di energie e di azioni simboliche e all'evento onirico è assegnata una funzione attiva ed evolutiva fondante che ha lo scopo di superare gli atteggiamenti esistenziali unilaterali e coscientemente limitati, non solo rivivendo e rielaborando traumi rimossi, ma anche esplorando il potenziale creativo dell'inconscio collettivo.

A partire da ciò, Jung parlò di «grandi sogni», ovvero di tutti quei sogni che affondano il loro nutrimento nell'inconscio collettivo e per questo considerati particolarmente incisivi e vitali; nello specifico avvengono specialmente in periodi decisivi dell'esistenza quali la prima giovinezza, durante l'adolescenza, verso i quarant'anni e, infine, in punto di morte. Tutto questo è evidenziato dalla Cineproduzione dei Sogni e l'Immaginandia: la prima ci mostra come le esperienze che viviamo durante le nostre giornate entrano nel nostro inconscio e si trasformano in sogni ed è rappresentata da uno studio cinematografico; la seconda è il mondo dell'immaginazione, fondamentale in un bambino, un mondo che tuttavia tende a perdersi durante la crescita.

Bibliografia

- Bianchi di Castelbianco F., Di Renzo M.** (a cura di), *I «luoghi» del mondo infantile*, Roma, Edizioni Magi, 1998.
- Roth W.**, *Incontrare Jung*, Roma, Edizioni Magi, 2011.

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.

Sono previste borse di studio (vedere sito).

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

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.

Fotografia o proiezione?

L'immagine genitoriale del figlio adolescente allo sportello d'ascolto

LINDA PECORIELLO

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

In ogni caos c'è un cosmo,
in ogni disordine un ordine segreto.
C.G. Jung

Questo contributo ha come obiettivo porre una lente di ingrandimento sulla foto del figlio, in fase adolescenziale, che i genitori consegnano nel «qui ed ora» del colloquio psicologico. Guardando insieme la foto e il retro della stessa, scopriamo cosa c'è dietro tale immagine, le sfumature, come è stato tarato l'obiettivo del fotografo e della lente usata per immortalare tale fase di vita, che tanto clamore crea.

Fin dall'antichità l'organizzazione familiare ha permesso agli individui di avere una struttura sociale che garantisca la loro esistenza. Nonostante ci siano vari modelli di famiglia, l'esperienza di avere dei genitori che provvedono allo sviluppo dei figli è un'esperienza comune alla maggior parte delle culture, un'esperienza radicata negli strati più profondi della psiche, che costituisce un modello organizzativo.

Partiamo dall'etimologia del termine adolescenza, dal latino *adolescens*, derivato dal verbo *adolescere* che significa *crescere*. Il termine descrive quel tratto dell'età evolutiva caratterizzato dalla transizione dallo stato infantile a quello dell'individuo adulto. Chi guida questo viaggio? Chi è al timone della barca, chi ha il permesso di salire e condividere il viaggio?

I cambiamenti che si verificano in questo percorso che traghetta verso l'età adulta sono tanti e coinvolgono diversi ambiti: il corpo, l'evoluzione psicologica, il rapporto con gli altri e con i genitori.

Proprio questi ultimi talora sembrano essere gli spettatori, o i cronisti di questa avventura, che vedono scorrere davanti ai loro occhi, nella propria casa e all'esterno.

L'adulto detiene tuttavia un ruolo fondamentale, aiuta a calibrare la bussola e talora anche ad orientarla. Le vele per esse-

re issate necessitano di un lavoro di squadra e di un'attenta conoscenza del vento e del mare. Poniamo che il mare sia la vita che scorre e il vento le fasi che la attraversano. Chi naviga da tempo riesce ad individuare con più familiarità la direzione e può coadiuvare anche nell'orientare la rotta, fermo restando che stavolta la barca che si prepara al viaggio ha al timone l'adolescente che decide di condurla al porto che più gli pare valente, seguendo la traiettoria che reputa migliore. Il sistema familiare è, quindi, il vero «crogiolo» della vita emotiva dell'individuo, dove si strutturano i primi legami.

Un legame di appartenenza è tale se apparenta, ma non possiede, riconosce comunanza, ma non confonde. Esso si iscrive nella dialettica centrale del processo vitale, ma diviene ancor più centrale nel momento adolescenziale, tra il bisogno di legami e la necessità di liberarsene, tra la rassicurante certezza di essere parte di una storia conosciuta e consensuale e la trepidante incertezza di dover progettare un tempo vuoto e un destino inedito. La vicenda adolescenziale si snoda nell'appartenenza soprattutto ai seguenti sistemi relazionali: la famiglia, i pari, gli adulti. Questi, nelle loro intersezioni e articolazioni, costituiscono la trama funzionale in cui si inserisce il processo di crescita adolescenziale in senso evolutivo o, viceversa, patologico. La possibilità di spostarsi da un sistema all'altro consente all'adolescente di utilizzare, ai fini di uno sviluppo armonico, le risorse che scaturiscono dai suoi diversi sistemi di riferimento.

Le sue esigenze di crescita troveranno adeguato sostegno se l'adolescente potrà, per esempio, sperimentare l'appartenenza al sistema familiare dal quale attingere protezione e, contemporaneamente, partecipare al sistema relazionale degli adulti ricavandone una spinta a cimentarsi nella costruzione della propria personalità. Queste spinte, coniugandosi con quelle che derivano dall'appartenenza al sistema dei coetanei



che sostiene la trasgressione e l'opposizione al mondo adulto e familiare e la possibilità di identificarsi nei pari, danno la possibilità all'adolescente di sperimentare il cambiamento e tollerare le preoccupazioni della crescita. Proprio dall'articolarsi dei diversi sistemi tra cui l'adolescente si muove, in questo gioco evolutivo si modificano continuamente le qualità dei legami, i vincoli e le relazioni che definiscono la sua stessa «appartenenza» a ciascuno dei sistemi relazionali. Questi, a loro volta, cambieranno le loro configurazioni di rapporto, allenteranno i vincoli ed offriranno specifiche risorse in funzione delle spinte trasformative adolescenziali.

Bisogni di sostegno, di tutela, ma, soprattutto, di «spinta» propositiva e di indicazioni progettuali, così tipici di questa fase di transizione dello sviluppo individuale, trovano la loro espressione nella necessità di «ponti» relazionali, fantastici o reali che siano, che colleghino il mondo dell'adolescente a quello degli adulti.

Questi ultimi dovrebbero essere pronti a raccogliere la sfida accettando che l'adolescente sperimenti nei loro riguardi quel conflitto che è stato legittimamente considerato «il fertilizzante della vita»... «esso non ha un buon odore, tuttavia è indispensabile per una crescita ottimale».

Il genitore vive questo processo come una perdita di potere, e una messa in discussione del suo ruolo, in quanto si trova a percepire il figlio in modo diverso e a sentirsi per lui meno importante. La maggiore confusione, tuttavia, la vive l'adolescente che si trova in piena trasformazione; egli deve poter comprendere i propri sentimenti, capire che livello di autonomia può raggiungere e identificare ciò che gli interessa e che vuole conoscere, attuando un processo di differenziazione dai genitori.

Gli adulti, d'altra parte, per sostenere l'adolescente in questo difficile, ma decisivo movimento progressivo e propositivo, sono chiamati ad assumere le proiezioni dell'adolescente, che si impernano sui temi del potere e dell'autorità. Essi sono stretti tra due rischi: «quello di rifiutare ogni proiezione e quello di rinforzare il carattere di realtà esterna delle proiezioni» (Jeammet, 1992). In ciò si esplica una seconda importante funzione del sistema degli adulti: consentire l'elabora-

zione dell'ambivalenza dell'adolescente. L'appartenenza al sistema degli adulti, infatti, è meta ambita e temuta, idealizzata e disprezzata.

A interagire nella relazione genitori-figli contribuiscono le immagini genitoriali interne, che fanno parte della costruzione strutturale psichica di ogni individuo e che assumono funzioni di guida nella conservazione dell'equilibrio psicosociale. Nel corso della propria vita i bambini non hanno bisogno dei genitori solo per essere accuditi nelle loro necessità concrete, ma hanno soprattutto la necessità di stabilire un solido rapporto con entrambi i genitori in grado di attivare i modelli interni del padre e della madre che, presenti come predisposizione interna, sono innescati dal rapporto reale. L'attivazione di questi modelli genitoriali interni, definiti da Jung (1935-1954) «archetipi», è inoltre strettamente connessa ai modelli di maschile e femminile, plasmando il modo in cui il bambino prima e l'adolescente poi, vivrà le future relazioni affettive.

Tanto i futuri rapporti sociali, quanto la successiva realizzazione del proprio ruolo di madre o di padre sono strettamente connessi al rapporto con i genitori reali e con i modelli interni che essi hanno attivato, questi sono, pertanto, determinanti per la costruzione del mondo interno del figlio. L'alterazione e l'interruzione di questo processo può determinare carenze nell'assunzione della propria funzione sociale e genitoriale. Queste considerazioni teoriche ci aiutano a comprendere quanto sia essenziale per lo sviluppo, del bambino prima e dell'adolescente poi, poter vivere e mantenere il rapporto con i genitori.

Affrontare il tema del rapporto genitori-figli nella delicata fase della vita rappresentata dall'adolescenza implica una considerazione sul punto di osservazione che si intende adottare. Il focus di queste considerazioni riguarda da un lato un'analisi di tale fase di vita, dall'altra la costruzione di una genitorialità, sia responsabile verso una scelta di vita progettualmente connotata sia coerente e capace di sostenere l'arduo percorso della crescita emotiva, affettiva ed etica di un figlio. In tal senso, infatti, la nascita e l'infanzia sono certamente fasi evolutive determinanti per lo sviluppo del soggetto/persona, tuttavia l'adolescenza è ancor più il luogo del *farsi* individuale e personale, oltreché morale e sociale, del giovane uomo o della giovane donna.

Se, da una parte, crescere oggi è diventato un impegno vitale esposto alle intemperie di una massificazione che depaupera la ricerca di un sé personale e individuale, dall'altra, interpretare il ruolo di guida e di sostegno, di punto di riferimento e di modello, che da sempre è stato ascrivito al mestiere di genitore, manifesta un'incertezza radicata nell'incomprensione dell'altro e, soprattutto, nell'incapacità esistenziale di capire gli stati interiori di un adulto «perso» di fronte al rapido incedere dei cambiamenti sociali ed emozionali del mondo infantile e adolescenziale.

Sono queste le premesse che guidano l'équipe di psicoterapeuti dell'IdO nella gestione dello sportello d'ascolto psicologico per i genitori, all'interno degli istituti scolastici frequentati dai loro figli, dalla scuola primaria di secondo grado agli istituti superiori.

chiede un appuntamento in un liceo di Roma la signora Carla, madre di Lisa; chiamerò così, con nomi di fantasia, le protagoniste della storia che presenterò. Il setting in cui tale incontro avviene è un'aula dello stesso istituto scolastico, adibita allo sportello d'ascolto nei giorni preposti. Si presenta una donna sorridente, a ridosso della mezza età, dall'aspetto curato e giovanile. Esordisce dicendo di essere felice che esista un servizio del genere a scuola, perché, a suo dire, i genitori ne hanno davvero bisogno. Mi presento e parlo dello sportello d'ascolto, dei tempi e dei modi in cui è organizzato e in che misura può essere d'aiuto. Da subito la signora mi dice che ha richiesto il colloquio perché è preoccupata per sua figlia, alunna del primo anno del liceo, che da circa quattro mesi è particolarmente attenta al suo peso corporeo e all'alimentazione. Mi parla delle abitudini alimentari della ragazza che, al rientro da scuola, talvolta si rifiuta di pranzare, si pesa spesso, ma alle feste degli amici mangia con gusto e in gran quantità patatine e dolcetti. A casa il cibo diventa, invece, argomento di discussione e terreno di conflitto, almeno ultimamente. Prima non era così; sedersi a tavola rappresentava un luogo e un momento di scambio piacevole, nonché di nutrimento. Chiedo alla signora di descrivermi la figlia, così da poterla immaginare insieme a lei, parlandomi dei suoi interessi, di cosa le sta a cuore, del nuovo ingresso alla scuola superiore, iniziata da pochi mesi, della vita a casa, in generale.

Mi arriva l'immagine di una ragazza bella, curata, perfettamente adeguata a scuola e, da un punto di vista sociale, ben inserita nella nuova classe, già con qualche simpatia tra i nuovi compagni, con poche amiche fuori dalla scuola, molto legata alla madre.

Dal momento che c'è tutto il sistema famiglia in azione, anche quando soltanto uno dei membri vive un momento di difficoltà, chiedo alla signora chi altri è presente in casa e se vi siano dei cambiamenti in atto, cosa si sia modificato nel periodo in cui Lisa ha cominciato a eliminare il cibo dalle sue abitudini a casa. Mi dice che Lisa ha un fratello minore, di cinque anni, in casa vive anche il padre, ma ancora per poco perché si stanno separando. Da qui il focus del racconto della signora si sposta sul suo ruolo di moglie, a proposito dell'interconnettività dei sistemi, e dice, in breve, che hanno deciso di separarsi in maniera consensuale, ma negli ultimi mesi, a causa di questa «convivenza forzata», spesso in casa si verificano litigi, talora aspri, anche in presenza dei figli. Rimando l'utilità di poter differenziare la vita della coppia da quella genitoriale, agli occhi dei figli, fornendo loro la chiarezza e gli strumenti necessari per poter vivere, anche nel dolore della separazione, in maniera quanto più serena possibile tale evento, in cui purtroppo essi sono spettatori passivi e che ha inevitabilmente ripercussioni sulla loro vita.

Rimando alla signora quanto possano essere legati gli eventi che mi racconta: la separazione in atto, i conflitti, l'attenzione spostata sul ruolo coniugale e di donna, più che su quello genitoriale, e la scelta di portare l'attenzione sul cibo e sul corpo della figlia. Con suo grande stupore questa chiave di lettura le sembra pertinente e sembra ridare alla figlia un

ruolo attivo, anche se in negativo. Il cibo è nutrimento e cura; è il primo canale di contatto e comunicazione tra madre e figlia; veicola messaggi di valenza fisiologica e psicologica. Oltretutto nella fase adolescenziale rappresenta il canale migliore per esprimere un disagio, in quanto il corpo è principale protagonista del cambiamento. Lisa sta cercando di ridare un significato alla relazione, privandosi e portando l'attenzione su di sé. Il valore strumentale affidato al cibo riporta il focus sulla relazione genitore-figlio e permette alla signora di riformulare una nuova immagine della figlia, che, da adolescente, si trova a vivere un cambiamento nel cambiamento. Nel suo sforzo di «adolescere», *crescere*, questa ragazza si trova a vivere un sistema che la riporta a una condizione pregressa, quando la possibilità di scelta era inferiore e l'attività nutritiva era affidata all'esterno, per cui il rifiuto potrebbe essere il primo modo che ora la mente e il corpo insieme hanno trovato per opporsi a un sistema che ha il compito di fare da contenitore e spinta verso l'esterno. Rileggiamo insieme la storia del cambiamento del rapporto con il cibo, recuperando fatti importanti che ci fanno dire che non siamo di fronte a una situazione di pericolo, ma a una grande richiesta di visibilità. Guardiamo insieme la fotografia attuale e pregressa, gli scatti fin qui fatti, il retro, e possiamo ridare ai colori il giusto tono, accordandoci su alcuni accorgimenti che possano permetterle di indossare una lente utile per mettere a fuoco i segnali che arrivano da una figlia adolescente, distinguendo anche tra quelle luci che proietta l'adulto sulla tela dell'adolescente. Concludendo, come suggerisce Vygotskij (1990), nella «zona di sviluppo prossimale» l'adulto ha uno spazio d'intervento per accrescere le competenze del bambino e permettere lo sviluppo di capacità naturali fungendo da «amplificatori culturali», ossia gli strumenti che la cultura mette al servizio della mente. Come sostiene Winnicott (1972), necessitiamo di rovesciare il nostro punto di vista: allontanarci dal continuo bisogno di trovare una forzata comprensione e corrispondenza agli accadimenti in adolescenza, per impegnarci invece a fornire un accompagnamento attento e rispettoso di una individualità *in fieri*. «Da terra conviene progettare la rotta se si riesce a farlo destramente, ma quando si è per mare bisogna correre con il vento che c'è» (Alceo, VII sec. a.C.).

Guardare insieme tale processo e collaborare affinché sia quanto più fluido possibile permette di salire su quella barca e avere una visuale unica e partecipe del viaggio.

Bibliografia

- Di Renzo M., Bianchi di Castelbianco F.** (a cura di), *Mille e un modo di diventare adulti*, Roma, Edizioni Magi, 2010.
- Jeammet P.**, *Psicopatologia dell'adolescenza*, Roma, Borla, 1992.
- Jung C.G.** (1961), *Ricordi Sogni Riflessioni*, (a cura di A. Jaffé), Milano, Rizzoli, 1978.
- Pietropolli Charmet G.**, *I nuovi adolescenti*, Milano, Cortina, 2000.
- Vygotskij L.**, *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*, a cura di L. Mecacci, Roma-Bari, Laterza, 1990 (nona edizione del 2001).
- Whitaker C., Bumberry W.M.** (1988), *Danzando con la famiglia*, Roma, Astrolabio, 1989.
- Winnicott D.W.** (1971), *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 1990.



Fondatore e Presidente: Prof. Alessandro Crisi

ATTIVITÀ FORMATIVE

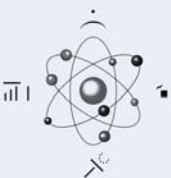
I nostri corsi intendono fornire una preparazione altamente specializzata nell'uso clinico dei maggiori test psicologici. Il nostro modello formativo, consapevole delle difficoltà che i neofiti incontrano soprattutto nella stesura della relazione psicodiagnostica conclusiva, dedica grande spazio alle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

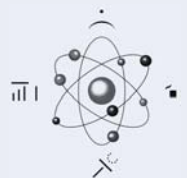
Per scaricare i programmi dei nostri corsi: <http://www.wartegg.com/eventi.php>



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.