

Babele

Rivista di Medicina, Psicologia e Pedagogia

Rivista quadrimestrale a carattere scientifico dell'Istituto di Ortofonia

Anno 2017 – n. 2 (vol. 69) – 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 2017 – n. 2 (vol. 69)
Iscrizione al Tribunale civile di Roma n. 63/2009 del 25/02/2009
ISSN 2035-7850

*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 bisogni educativi di tutti e di ciascuno: educare alla complessità

Nelle numerose esperienze di formazione ai docenti che portiamo avanti con l'IdO come centro accreditato presso il MIUR per la formazione del personale della scuola, troviamo molto spesso insegnanti competenti, interessati, appassionati, che ammettono le fatiche dell'insegnare a un insieme di alunni così eterogeneo e in continuo cambiamento, i cui bisogni educativi vanno continuamente riconsiderati, ripensati e in qualche modo soddisfatti.

In classi sempre più numerose, con un numero sempre più elevato di certificazioni, che si sommano alle diverse situazioni di disagio che invece si fa fatica a riconoscere e a sviscerare, gli insegnanti sono continuamente chiamati a sviluppare nuove varianti nell'offerta didattica, nel loro stile educativo e formativo, nelle loro modalità relazionali e pedagogiche.

Sappiamo bene che è previsto un Piano Didattico Personalizzato (PDP) per tutti gli alunni che presentano bisogni che possono incidere sul rendimento scolastico. Il Consiglio di Classe ha la funzione di individuare i casi riconducibili a una definizione di Bisogni Educativi Speciali (BES) e di adottare le conseguenti strategie didattiche personalizzate, anche in assenza di una documentazione clinica o di una diagnosi.

Non bisogna dimenticare che l'apprendimento è un processo biologico, naturale, culturale e psichico e come tale è la risposta all'interazione con tutti gli stimoli provenienti dall'ambiente fisico, sociale e familiare, con un susseguirsi di adattamenti progressivi. L'insegnamento può agevolare e potenziare i processi di apprendimento, ma può anche comprometterli gravemente, incidendo in modo negativo sulla voglia innata di scoprire, esplorare, fare ipotesi, costruire relazioni cognitive, emozionali, sociali.

La ricercatrice francese Sabine Kahn paragona l'apprendimento al fenomeno fisico della diffrazione: «Se la propagazione delle onde incontra un ostacolo si disperde. La propagazione delle onde è l'allievo in tutta la sua singolarità che si scontra con l'ostacolo di una cultura scolastica rigida, prestabilita, a lui estranea, e di conseguenza si "perde" rispetto ad essa» (2011).

Per evitare che questi ostacoli diventino muri insormontabili per troppi studenti, riteniamo sia fondamentale che gli insegnanti di tutti gli ordini scolastici recuperino e rinnovino con decisione il loro ruolo pedagogico.

Le competenze pedagogiche, prima ancora di quelle didattiche, dovrebbero essere lo strumento prevalente dell'insegnamento. Un docente dovrebbe essere in qualche modo un pedagogista, nel senso che l'etimologia di questa parola ci ricorda: uno studioso e uno specialista di processi educativi e formativi (ricerca e applicazione), e quindi dovrebbe rapportarsi all'insegnamento come un ricercatore (Bonetta, 2016). Negli attuali contesti formativi non si dovrebbe insegnare per replicare una soggettività culturale sempre uguale a se stessa, bensì per creare soggettività in grado di affermare la propria specificità culturale e professionale. In questo orizzonte educativo il docente ricercatore individua i bisogni formativi reali e le dinamiche di apprendimento delle personalità infanti-

li e adolescenziali in continua trasformazione e di volta in volta storicamente e socialmente influenzate.

Sicuramente una riflessione sul processo formativo ed educativo che avviene nelle scuole non può prescindere dall'analisi della complessità del contesto socioculturale in cui oggi si svolge la funzione docente. Non ha realisticamente senso immaginare e delineare il profilo professionale credibile e sostenibile del docente, se non si trasformano anche le istituzioni scolastiche in ambienti capaci di promuovere e sostenere continui processi di ricerca attraverso i quali ricentrare il senso profondo dell'insegnamento, che va ben oltre la pura trasmissione culturale, l'acquisizione di competenze o lo sviluppo delle capacità. La scuola andrebbe organizzata come una comunità di ricerca, in cui il docente si senta parte di un tutto, che condivide gli stessi obiettivi formativi e pedagogici, che possa contare sulla cooperazione per declinare questi obiettivi in base ai bisogni educativi di ogni alunno. Soltanto in tale contesto potrà risvegliarsi il desiderio di conoscenza e di apprendimento, la voglia e il bisogno di fare domande, individuare problemi, formulare ipotesi, discutere, sperimentare, collaborare, senza pervenire a soluzioni chiuse, definitive.

Troppo spesso, invece, i docenti con cui veniamo in contatto ci rimandano vissuti di fatica, solitudine, incomprensione. È necessario, dunque, dare vita a contesti educativi che supportino i docenti, i quali dovranno a loro volta essere in grado di assumersi la responsabilità di elaborare modalità di insegnamento aperte alla complessità e alla concretezza, che siano adeguatamente sintonizzate con le caratteristiche e le possibili problematiche di ogni singolo discente, che diano sempre un ruolo definito, e mai secondario, all'ascolto dei vissuti emotivi e alla ricerca dei significati che danno loro forma.

Non ci sembra eccessivo sostenere che il misconoscimento dei bisogni educativi di ogni individuo in crescita, in tutti i livelli di istruzione, può costituire una sottile forma di violenza.

La pedagogia così com'è io la leverei. Ma non ne sono sicuro. Forse se ne faceste di più si scoprirebbe che ha qualcosa da dirvi. Poi forse si scoprirà che ha da dirvi una cosa sola. Che i ragazzi son tutti diversi, son diversi i momenti storici e ogni momento dello stesso ragazzo, son diversi i paesi, gli ambienti, le famiglie. Allora di tutto il libro basterebbe una pagina che dicesse questo, e il resto si potrebbe buttar via... (Don Lorenzo Milani, 1967).

Laura Sartori

Federico Bianchi di Castelbianco

Riferimenti bibliografici

Bonetta G., *Il docente e la cura. Oltre la pedagogia razionale*, «Pedagogia oggi», 1, 2016, pp. 156-168.

Kahn S., *Pedagogia differenziata*, Brescia, La Scuola, 2011.

Milani L., *Scuola di Barbiana* (1967), *Lettera a una professoressa*, Firenze, Libreria Editrice Fiorentina, 1976.

IdO



Istituto di Ortofonologia

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 • Pet Therapy • Atelier della voce • Laboratorio di attività costruttive • Osteopatia • Atelier espressivo-linguistico • Rieducazione foniatrica • Laboratorio fonetico di educazione uditiva (Favole tridimensionali) • Laboratorio psicopedagogico

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 bisogni educativi di tutti e di ciascuno: educare alla complessità

Laura Sartori,
Federico Bianchi di Castelbianco 3

l'immaginale

Il presente come dimensione dell'anima

Conflitto attuale e psicologia archetipica
Wolfgang Giegerich 7

Dalla cronaca alla stampa rubrica a cura di Rachele Bombace

Maternità surrogata e diritti dei bambini

Quattro donne si confrontano,
presentando il libro di Paola Binetti 14

«Parlare con il terremoto» per affrontare il trauma

Castelbianco: Gli abitanti delle zone
colpite vivono la paura della paura 16

I bambini plusdotati hanno bisogni emotivi speciali

17

Salvavita o fantascienza, la bugia dei bambini ha sempre un perché

Castelbianco (IdO) allerta gli adulti:
Capiscono quando non dite la verità 17

Autismo, i disegni parlano

La ricerca IdO sulle produzioni grafiche
di 84 bambini. Migliorano se l'ambito
terapeutico è relazionale 18

Autismo. Tatto, udito e ricerca sensoriale disfunzionali in 60% dei bambini

Pubblicata ricerca IdO sul «Journal
of Child & Adolescent Behavior» 19

Autismo, lavorare con gli asini aiuta a dormire e a mangiare

Lo rivela una ricerca IdO-Università
di Palermo su 30 bambini autistici 20

Autismo, IdO: No contrapposizioni, ma più informazione

Di Renzo: Futuro della ricerca sarà capire
come si converte la diagnosi 21

Autismo, Binetti: Legge garantisce diritti

In nuove linee guida più attenzione a età
e a complessità esperienze 21

Autismo. Linee guida, Iannone (Iss): Pazienti sono i primi esperti

Lavoro complesso, qualità dell'evidenza
da sola non basta. Tempi? 24 mesi 22

Inclusione, prima barriere architettoniche, ora culturali

IdO: Adulti in disagio e deleganti,
studenti aggressivi o «etichettati» 23

Il 25 giugno parte «Talent Camp» a Roma per bambini plusdotati

A Cinecittà World per aiutarli
a esprimere emozioni e talento 24

Cinema e letteratura, una lettura psicodinamica

Alla ricerca della propria identità

Il barone rampante
Silvia D'Alessandro 28

Per lo studio dello stress traumatico

Identificare le esperienze sfavorevoli infantili Trauma-Informed Care (TIC)

Da una presa in carico individuale
a una cornice organizzativa
Vittoria Ardino 32

Luoghi di cura

Il «luogo» di incontro tra la famiglia e la scuola

Antonina Pusateri 40

Magi informa

Quel learning by doing

Renata Biserni 42

Pensare adolescente

Uno, nessuno e centomila

La storia di M. e le sue molteplici
identità su web
Valentina Bottiglieri 44

Una pillola per ogni male...

Elena Noccioli 47



*L'uomo è una creazione del desiderio,
non una creazione del bisogno.*

G. BACHELARD

Il desiderio investe l'intera nostra esistenza. Con lo scorrere degli anni possono cambiare i contenuti, ma non l'impulso a desiderare. Il desiderio poggia sulla memoria del passato, ma è soprattutto tensione verso il futuro. Esso palesa un volto variegato, ambiguo e talvolta addirittura tragico. Espone all'esperienza della presenza e dell'assenza, della vicinanza e della distanza, della fusionalità e della separatezza. Può essere espressione di arricchimento o di espropriazione, di dominio o di sottomissione, di dono o di ricerca di qualcosa che manca, di autonomia o di dipendenza, di intimità o di isolamento, di riconoscimento o di alienazione, di narcisismo o di reciprocità, di amore o di odio, di vita o di morte. L'essenza dell'essere umano la si coglie solo percorrendo gli itinerari inconsci del desiderio. Essi rivelano le ragioni profonde del nostro vivere e del vivere degli altri; tracciano il profilo del «chi sono io» e, allo stesso tempo, del «chi è l'altro». Nell'essere desideranti e desiderati vi è racchiusa sia la nostra grandezza sia il nostro limite. Il desiderio può essere bloccato, ma non azzerato. Se rimosso, aggira la barriera della censura e attua la sua epifania per vie traverse, mascherate: i sogni e i sintomi. Se smarrito, può essere ritrovato nell'incontro tra lo psicoanalista e il paziente. Ma nella nostra società postmoderna, segnata dal nuovo disagio della civiltà, qual è il volto del desiderio?

Vittorio Luigi Castellazzi, psicologo clinico, psicoterapeuta e psicoanalista. Docente di Tecniche psicodiagnostiche proiettive e diagnosi della personalità (1976-2012) e di Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza (1979-1996) presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma; di Psicologia della religione al Pontificio Ateneo Sant'Anselmo di Roma (1979-2012); di Psicologia dello sviluppo e di Psicopatologia dello sviluppo all'Università Lumsa di Roma (1995-2000) e all'Università degli Studi di Roma-Tre (1994-2003).

È membro di varie Società scientifiche nazionali e internazionali. Oltre a numerosi saggi comparsi in riviste specializzate e in volumi collettanei, ha pubblicato presso l'Editrice Las di Roma: *Psicoanalisi e infanzia. La relazione oggettuale in M. Klein* (1974); *Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza: Le Psicosi* (1991), *La Depressione* (1993), *Le Nevrosi* (2a ed. 2000); *Introduzione alle tecniche proiettive* (3a ed. 2000); *Quando il bambino gioca. Diagnosi e psicoterapia* (2a ed. 2006); *L'abuso sessuale all'infanzia* (2007); *Il Test di Rorschach. Manuale di siglatura e d'interpretazione psicoanalitica* (2a ed. 2010); *Il Test del Disegno della Figura Umana* (4a ed. 2012); *Il Test del Disegno della Famiglia* (6a ed. 2013). Tra i suoi volumi nel catalogo delle Edizioni Magi ricordiamo: *Dentro la solitudine. Da soli felici o infelici?* (2010); *Ascoltarsi, ascoltare. Le vie dell'incontro e del dialogo* (2011); *Dentro la felicità. Ritrovare i luoghi del cuore* (2013); *L'omosessualità. Una lettura psicoanalitica* (2014).

COLLANA: LECTURAE – PAGINE: 228 – PREZZO: 18,00 – ISBN: 9788874873722 – FORMATO: 13x21

INDICE

Introduzione – I. Il bisogno e il desiderio – II. Il desiderio: risonanza del passato – III. Il desiderio: mancanza-a-essere – IV. Il desiderio è attesa – V. Il desiderio è infinito – VI. Il desiderio fermo nel tempo: la coazione a ripetere – VII. Il desiderio tra fusionalità e separazione – VIII. Il desiderio come rispecchiamento di sé: il narcisismo – IX. Tra il desiderio e la legge: il disagio della civiltà – X. Il desiderio senza la legge: il nuovo disagio della civiltà – XI. Il desiderio e il godimento incondizionato – XII. Il signore del desiderio: l'Eros – XIII. Il desiderio di riconoscimento – XIV. Il desiderio è rischio – XV. Il desiderio come conflitto – XVI. Il desiderio mimetico – XVII. La resa del desiderio: il conformismo – XVIII. Il desiderio alienato – XIX. Il desiderio annullato: il nirvana – XX. Il volto tragico del desiderio – XXI. Le maschere del desiderio: i sogni e i sintomi – XXII. Il desiderio come presente egemonico: l'età della tecnica – XXIII. Il desiderio obbligato: la società delle merci – XXIV. Il desiderio manipolato: la pubblicità – XXV. Il desiderio dello psicoanalista – XXVI. La psicoterapia: rinascita del desiderio – Bibliografia

www.magiedizioni.com – tel. 06.45.499.631 – redazione@magiedizioni.com



Il presente come dimensione dell'anima

Conflitto attuale e psicologia archetipica

WOLFGANG GIEGERICH

Analista junghiano – Wiesbaden (Germania)

l'immaginale, anno VIII, 1987, pp. 111-120

Quando i bianchi arrivarono in Melanesia, arrivò con loro, sulla scia del colonialismo e più tardi con la Seconda guerra mondiale, l'abbondanza dei beni materiali: macchine, armi, prefabbricati, oggetti inconsueti (i cosiddetti *cargo culte*), che capovolsero la vita degli indigeni. Essi credettero alla restaurazione imminente di un regno millenario, che portasse miracolosamente un'abbondanza illimitata di questi «cargo». Nell'aspettativa religiosa di questo evento furono distrutti i magazzini e le case preesistenti, per costruirne di nuovi e più grandi per le ricchezze attese.

Che cosa era successo?

La vista dell'abbondanza occidentale era talmente sopraffacente da poter essere considerata soltanto come un bene soprannaturale dalla coscienza degli abitanti primitivi di quel paese.

Questo esempio ci indica in maniera precisa l'importanza di un fatto: che il valore per noi di un oggetto non dipende semplicemente dalla sua natura oggettiva ma, ancora di più, dalla coscienza che lo contempla. Una rondine non fa primavera e neanche mille la fanno, ma è la primavera che porta le rondini. Riferito alla psicologia ciò significa: non tutto ciò che parla di complesso di anima, di individuazione, è psicologia. I concetti e i contenuti della psicologia non portano in sé l'essenza della psicologia.

Mi rivolgo qui contro l'empirismo in psicologia, contro quell'atteggiamento che crede di poter risolvere i problemi psicologici scientificamente e direttamente, mediante l'esperienza empirico-pratica e senza doversi porre allo stesso tempo il problema della dimensione di una *Weltanschauung* del mondo archetipico. Questa tematica dei presupposti in psicologia non si può scavalcare, perché proprio essa costituisce la psicologia. L'oggetto psicologico e la struttura archetipica della coscienza che contempla (*das betrachtende Bewusstsein*) sono i due momenti che insieme e soltanto insieme costituiscono la fenomenologia psicologica. Senza entrare troppo nel merito della questione, voglio dire che sono d'accordo con Hillman con una psicologia archetipica, che rifletta i suoi presupposti in modo diverso dall'orientamento della psicologia analitico-empirica. Quest'ultima crede di poter cogliere nel «dato oggettivo» la to-

talità del fenomeno psicologico, mentre questo è soltanto un aspetto parziale ed astratto. La mia domanda allora verte sulla direzione particolare che dovrebbe prendere la ricerca psicologica, per diventare veramente psicologia. Mi urge la dimensione dell'anima della *psicologia*, il trovare lo *spazio-luogo particolare* per consentire a una psicologia di svilupparsi come tale.

Mi sembra che Jung, con il concetto di *conflitto attuale* (*aktual Konflikt*), abbia trovato la parola d'ordine per il vero osservare psicologico. Io non considero il concetto di *conflitto attuale* solamente come una teoria sull'oggetto empirico «nevrosi», ma anche come *espressione* di un certo *orientamento* spirituale che ha concepito questa teoria. Il nostro interesse si rivolge allora non all'oggetto empirico (la nevrosi), ma retrocede sul modo stesso d'osservazione, che vede nella nevrosi un conflitto attuale. Siccome si tratta qui di evidenziare una mentalità, laddove il concetto di conflitto attuale è soltanto accennato, non possiamo limitarci nella nostra scelta a quello che Jung ha voluto intendere esplicitamente, ma dobbiamo sviluppare le sue intenzioni e amplificarle.

Mi riconosco in questa «sovrainterpretazione» del pensiero di Jung, se così vogliamo chiamarla. In principio la mia «sovrainterpretazione» è qualcosa di simile all'interpretazione archetipica che Jung applica ai sogni. Jung mostra come dietro un'immagine «insignificante» dei sogni si nascondano Dèi e importanti archetipi collettivi. In un esempio del dott. Bruder il chicco di grano che la sognatrice trova nel suo cappotto moderno indica, *pars pro toto*, tutto il mondo mitico di Demetra, anche se di questo la sognatrice è totalmente inconsapevole. Le amplificazioni portano alla coscienza dei retroscena più grandi di quanto siano (spesso) i poveri indizi di un sogno. Come l'amplificazione rende coscienti retroscena più ampi del limitato contenuto del sogno, così sono da amplificare anche i concetti insignificanti delle nostre teorie psicologiche. Perché quello che in loro è presentato come *attributo secondario* emerge in tutta la sua compattezza e nel suo significato collettivo più ampio. Jung, con il concetto di *conflitto attuale* si oppone all'inseguire le fantasie del nevrotico «fino alla culla». La vera ragione, lui dice, sta nell'oggi, perché la nevrosi esiste nel presente. Essa non è un *caput mortuum* che ci portiamo dietro dal passato, ma è alimentata quotidianamente, generandosi

sempre di nuovo. La nevrosi viene «guarita» soltanto nell'oggi, non nell'ieri. «Siccome incontriamo il conflitto nevrotico nell'oggi, ogni evasione storica è un divagare, se non proprio una falsa strada» (GW 3, 363). Jung rinvia la psicologia al presente. Il concetto di Jung di *conflitto attuale* contrappone il presente alle evasioni storiche di Freud, che conosciamo anche come metodo *causale-riduttivo*. Jung ha introdotto, accanto e in sostituzione ad esso, il modo di osservazione *finalistico*, che è generalmente concepito come un guardare avanti, verso il futuro. Ma se Jung dà importanza al presente, anche quel modo finalistico diventa impossibile. In realtà esso è soltanto l'inversione e nello stesso tempo la continuazione del modo di guardare causale, non qualcosa di essenzialmente diverso. Anche nel modello genetico sono congiunte tutte e due le direzioni, come lo sono nella psicologia analitica e nella teoria di Neumann. Ce lo possiamo immaginare come modello un rettilineo, che porta dal passato (infanzia) all'odierna situazione nevrotica, e che poi speriamo ci porti, nel futuro, a una maturazione. Sullo sfondo sta l'immagine ideale dello sviluppo normale, che ci porta alla meta rispettando certi itinerari prescritti, come genitalità, razionalità solare, completezza delle funzioni o comunque si voglia chiamarli. Dove sullo sfondo del pensiero è presente questo modello, è dato alla psicoterapia uno scopo finalistico, con il quale il paziente viene commisurato. Ci si domanda: «A che punto è?». Forse è ancora appieno nella fase orale o nel matriarcato? E si vorrà stabilire con maggiore o minore precisione dove il paziente è rimasto fermo nella scala dello sviluppo e dove invece dovrebbe essere. Ciò vuol dire che nell'atteggiamento genetico, con quel *dovrebbe* è stata introdotta surrettiziamente la valutazione morale; ciò genera un senso di colpa e il paziente ne viene inconsciamente appesantito. Siccome il paziente *dovrebbe essere* così, ma *non lo è ancora*, si impegna a maturare velocemente. Questo modello fa sì che lo psicologo diventi l'usciera della collettività: il suo scopo, comunque lo si voglia chiamare, è allora la normalizzazione. L'immagine dell'uomo non è qui un'immagine a *somiglianza* di Dio, ma la si vede nell'immagine dell'albero. Perché sviluppo e maturazione sono concetti biologici propri al mondo delle piante. Inoltre lo spirito moralistico di questo modo di pensare ci chiarisce quanto secolare cristianesimo, quanta teologia si nasconda in esso. Tutto il modello propone una via di salvezza, un'escatologia promette salvezza mediante lo sviluppo e proclama: «Venite a me, voi tutti che siete disturbati nel vostro sviluppo, i vostri buchi saranno riempiti, i vostri timori vi saranno tolti e il vostro indifferenziato sarà differenziato cosicché potrete entrare nello stato di maturità e completezza e nell'assenza di disturbi».

Tutti questi concetti: impedimenti, disturbi, iposviluppo, deficienze (lacune) mostrano come i fenomeni psichici siano giudicati secondo norme preesistenti, se non soddisfano questi concetti. I fenomeni hanno allora senso soltanto come punto d'arrivo dello sviluppo, come per esempio la *pulsione patriarcale* oppure come una *prima tappa*, che presume un traguardo finale. Il non-ancora sta per qualcosa che è sotto la norma e non vale per se stesso. Onanismo è «sbagliato» oppure può essere giusto solo in parte. È «giusto» il coito. Qui terapia vuol dire correggere, indirizzare a una meta prefissata, per esempio, ove

c'era la masturbazione domani sarà il coito. La mentalità che si esprime così è la stessa del colonialismo e delle missioni cristiane per i quali era «sottosviluppato» tutto quello che non corrispondeva alle norme del mondo occidentale, per cui toglievano ai cacciatori di teste la loro paura dei demoni, vietavano agli indiani di bruciare le vedove e introducevano la monogamia. Come l'osservazione genetica misura un fenomeno con un altro proposto come norma, così anche la suddetta forma terapeutica sostituisce un comportamento («sbagliato») con un altro («maturo»). Anche nella teoria psicologica si spiega un fenomeno come determinato da un altro: per esempio l'amore di Dio dalla sessualità. Si costituisce la norma in quanto da una serie di fenomeni se ne sceglie uno e lo si eleva sopra gli altri, come fanno le religioni intolleranti (Islam e Cristianesimo); cioè scegliendo ogni volta un'unica religione tra le tante e proclamandola «giusta e assoluta». L'assolutezza di una tale religione è legittimata attraverso nient'altro che l'insegnamento di quella stessa religione; allo stesso modo la «fantasia evolutiva» distingue lo «sviluppato» dal «non sviluppato» grazie alla propria legge, quella del pregiudizio genetico. La fede nell'evoluzione si pone e si verifica mediante se stessa. Naturalmente non intendiamo il concetto di evoluzione alla maniera moralistica. Così come non ho interesse ad approfondire come noi terapeuti intendiamo i nostri concetti, e come li usiamo nel trattamento, perché mi sembra che l'interpretazione soggettiva abbia in questo momento poco valore reale. Mi interessa di più che cosa contiene oggettivamente un certo modo di speculazione e che cosa denuncia. Il mio punto di vista non è quello secondo cui gli uomini possono sviluppare certe idee, ma è quello secondo cui le idee possono agire sugli uomini.

Quando Jung dà importanza al presente nella nostra connessione, ciò vuol dire che i fenomeni psichici debbono essere liberati dal nostro sistema di interpretazione. Nessun fenomeno deve essere concepito come proveniente da un altro oppure che deve essere rimpiazzato da un altro. Presente vuol dire rimanere aderente al fenomeno e comprenderlo per se stesso. Il presente ridona alla psicologia l'innocenza dei fenomeni e la libera dalla maledizione del «non ancora». Non esiste più il giusto e lo sbagliato, ma tutto quel che è è. Il presente è così portatore del proprio *senso* e non ha bisogno di prenderlo da altro che non sia se stesso. Lo zoologo non guarda all'animale pensando al suo passato o al suo futuro, ma lo prende sul serio nel suo essere presente, così come ciascuno è, secondo la propria natura, come è detto nell'Antico Testamento. Egli lo studia nel suo ambiente naturale e considera ciascuno come al centro del proprio universo. Così anche lo psicologo deve degnare d'attenzione ogni fenomeno, secondo la sua specie.

Jung, per esempio, si è sempre opposto a spiegare la paura come determinata dalla rimozione e al disfarsi di essa come impropria. Egli insiste sempre sulla legittimità della paura in sé, in quanto è un'autentica via psicologica, che si deve seguire. Una vera via terapeutica non può essere allora libera da paura. Rimanere aderente al fenomeno, nel suo senso presente, comporta allora l'abbandono di un traguardo da raggiungere, di essere libero da sintomi e complessi. Perché, come dice Jung, proprio i sintomi contengono un prezioso «pezzet-



Rene Magritte, *L'invention de la vie*, 1928

to d'anima». Jung dice inoltre che perdere una nevrosi è come rimanere senza contenuto, la vita perde la sua particolarità e il suo senso. I fenomeni patologici non sono corpi estranei, così come sono visti dalla fantasia medica, ma provengono dall'anima. L'anima qualche volta è proprio affamata di paura e la produce là dove, in realtà, non c'è niente da temere. Dove l'anima è lasciata a se stessa essa produce dicerie, credenze magiche, storie d'orrore e altre fantasie grottesche. Essa è affascinata dalle perversioni e da cose terrificanti, porta gli uomini sui luoghi dei disastri, a film d'orrore e pornografici; dove succede questo, là agisce l'anima. Dire sì all'anima è dire sì alla psicopatologia. Questa dovrebbe essere la causa principale per cui, dice Jung, abbiamo una paura panica dell'anima e cerchiamo di proteggerci da essa, con un orientamento medico-scientifico.

Ci accostiamo ai sintomi già con la prevenzione che essi siano disturbi che devono scomparire. Il paziente deve perdere la paura dell'altro sesso. Vogliamo mettere l'accento sullo stato desiderato di «normalità» e «salute» e guardiamo al sintomo come a qualcosa che non dovrebbe essere, almeno non più. A guardar bene è a dir poco uno scandalo che un analista si faccia avvocato della realtà. Sarebbe come se un biologo diventasse un difensore delle industrie. Il biologo deve rimanere un difensore del mondo animale e deve cercare «un luogo per l'animale», donde non sarà cacciato dalla civilizzazione moderna. Così il terapeuta si deve schierare dalla parte del movimento dell'anima, *anche* se questo si manifesta in modo «arcaico» e patologico.

Siccome qui non si tratta di addomesticare animali selvatici, così non sarà primo interesse del terapeuta il trasformare, mediante «sviluppo», i movimenti dell'anima da malati e arcaici in sani e normali. Naturalmente l'analista deve cambiare qualcosa: deve chiedere a se stesso non come eliminare la paura per l'altro sesso, ma qual è il luogo che questa paura può occupare, prendendosi cura di essa e trovandole un luogo dove possa esistere. Perché la paura è legittima, perché la sessualità è un mistero e il mistero può esigere la paura. Male non è la paura, ma il fatto che nella nostra ignoranza psicologica non conosciamo un luogo dove questa paura possa essere sperimentata in modo autentico. Ricordiamoci che paura e orrore, nei rituali dei primitivi, venivano provocati artificialmente. Naturalmente i primitivi sapevano dove stava ogni volta la paura, a quale Dio o demone apparteneva, e per questo non avevano il bisogno nevrotico di proiettare la paura su povere innocenti (madri e donne) e caricarle di un peso di richieste archetipiche, che solo gli Dèi sono in grado di portare.

Ma se dobbiamo rimanere vicini ai fenomeni, dando rilievo al presente, com'è possibile un modo finalistico di guardare le cose, come chiede anche Jung? È possibile unicamente se ci occupiamo della finalità del sintomo o, meglio, del fenomeno psichico, e non del paziente. La domanda allora non è come l'individuo si debba sviluppare, ma come si possano esprimere e sviluppare i movimenti dell'anima. Qual è il traguardo finale e il fine di un sintomo? Dove trova la sua «divina corrispon-

denza?» (GW 4, 288). Quale struttura della coscienza è necessaria perché esso riceva da noi una dimora?

La psicologia non tenderà allora alla liberazione e alla redenzione, ma all'approfondimento e all'amplificazione del sintomo. Intenderemo così il modo di vedere finalistico non come qualcosa che guardi oltre, diritto verso il futuro e verso una scala di valori prestabiliti, ma che, rimanendo fermo sul presente e aderente al fenomeno, ponga l'attenzione sulla dimensione verticale, in profondità. Il cambiamento che si propone la psicoterapia non è una correzione del comportamento, ma l'adempimento del fenomeno. Dire presente e finalità, nella psicologia di Jung, significa intendere il presente non come la piatta unidimensionalità del «qui ed ora», ma come l'avvento di una nuova dimensione.

Con la differenziazione della finalità del sintomo da quella del paziente, abbiamo toccato un punto che deve essere preso molto sul serio. Vorrei definirla con Heidegger come differenza, «differenza psicologica», la differenza tra anima e uomo. L'anima e l'uomo devono essere distinti l'uno dall'altra. L'uomo non è l'anima ed egli non la possiede come una propria peculiarità. Egli può avere l'anima, ma può facilmente anche perderla: «perdita dell'anima», come la chiamano i primitivi. Sembrerebbe che l'anima sia qualcosa che non è l'uomo stesso, ma che a lui si riferisce e che può dare alla sua vita, quando agisce in lui, senso, profondità, intimità. Non ci si può tuttavia immaginare l'anima come separata dall'uomo; essa è un individuo quasi invisibile accanto a quello visibile. È possibile piuttosto concepire l'anima come una qualità effimera o una modalità, più un compito che un dato. Essa non è nient'altro che un'«ombra» insussistente, un «aspetto possibile», dal quale l'uomo può contemplare la sua vita...

Ora, la mia tesi è la seguente: la psicologia tradizionale vuole eliminare la «differenza psicologica», vuole farne a meno. Si comporta come se l'uomo fosse identico all'anima, come se questa fosse una parte di lui. Perciò definisce se stessa di preferenza come «psicologia umanistica». Al fatto che l'anima abbia una sua autonomia, che la sua vera dimora, come insegna la mitologia, non sia nell'uomo né in questa terra (orizzontale), ma appartenga al mondo degli Inferi (verticale), non viene prestata alcuna attenzione.

Se però diciamo «uomo», nel senso della psicologia umanistica, non intendiamo niente di diverso da quello che Jung ha indicato come «personalità dell'lo», perché con «uomo» intendiamo noi stessi. Questa psicologia è denominata psicologia dell'lo. Essa elimina la differenza tra anima e uomo; tutto quello che apparteneva alla dimensione verticale viene trasposto in quella orizzontale cosicché la finalità, che appartiene fondamentalmente al movimento dell'anima, viene attribuita a quella personalità dell'lo. Il risultato è che mi devo sviluppare e maturare (il ben noto sviluppo della personalità); il che è identico allo sviluppo dell'lo, così come anche la psicologia analitica auspica: la piena differenziazione della funzione dell'lo. Non ha importanza se l'uomo è visto dalle varie psicologie come «esistente», «organismo o individuo sociale» o come «persona», perché si tratta sempre di aspetti di noi stessi, visti cioè attraverso l'ottica della «personalità dell'lo». E non cambia questo fatto nemmeno che nella nostra psicologia analitica

si parli molto di «inconscio collettivo» e di «non-lo». Queste rimangono (anche se in buona fede) concessioni vuote, *finché* le prospettive rimangono quelle dell'uomo e dell'lo. Si attira così nel cerchio magico dell'lo proprio quello che dovrebbe essere del non-lo e mediante l'lo si interpreta e si sussume. Anche il non-lo, in questo senso, può essere annesso all'lo. L'anima diventa così la mia «parte sensibile», la mia «funzione di rapporto» (e viene così ad appartenere all'inconscio personale). L'individuazione è portata avanti in un equivoco fondamentale sull'intendimento e sull'immagine che ha Jung del processo nel quale mi devo realizzare (orizzontalmente). L'esperienza di Sé, anche se scrivessimo questa parola, con Barz, con una lineetta (*Selbst-Erfahrung*), rimarrebbe sempre e soltanto un'altra parola per l'esperienza dell'lo (*Ich-Erfahrung*) e non corrisponderebbe all'esperienza del *Selbst* nel senso di Jung. Anche se l'esperienza può essere altamente emozionale ed estranea all'lo, come si sente dire per la terapia *Urschreit*, è sempre l'lo che sperimenta se stesso e il suo inconscio privato.

Si possono comprendere i concetti di individuazione e del Sé, così come tutta l'opera di Jung, in due modi: in senso personalistico, oppure dal punto di vista della «differenza psicologica» (verticalmente). Io credo che soltanto l'interpretazione nel senso della differenza renda giustizia all'intenzione generale di Jung. Per questo mi sono riconosciuto inizialmente in quel che ho dovuto chiamare «sovrainterpretazione». Invece di ridurre quel che dice Jung a realtà fattuali, mi sembra più giusto comprenderle come qualcosa di «sconosciuto» e di «inconoscibile», come qualcosa di immaginale, e tenerne conto mediante un'ermeneutica anagogica. Non dobbiamo riferirci immediatamente alla persona empirica: quale sarebbe altrimenti il senso di una psicologia «transpersonale»? Così dobbiamo abituarci all'idea che l'individuazione non ha niente a che fare con noi. Essa non riguarda la *nostra totalità*; non dobbiamo diventare i santi della totalità. Come dice Jung, la *coniunctio* è uno *hieros gamos* degli dèi, piuttosto che un affare d'amore dei mortali. Così «il divenire me stesso», nel senso di Jung, significa «*entselbtung*» (diventare *senza se stesso*): l'integrazione nella coscienza è proprio il contrario della sottomissione all'lo. In sostanza è la coscienza che si offre al «contenuto estraneo» e ne realizzerà la struttura di coscienza. Quasi si potrebbe dire: «Dove c'è l'lo, deve divenire l'Es». Jung si esprime così: «Io devo essere dappertutto “sotto”, e non “sopra”» (GW 5, 242).

Lo «stare sotto» sarà così, non solo per la terapia ma anche per la teoria, il modo di guardare psicologico, il che vuol dire che la psicologia deve stare dalla parte dei fenomeni dell'anima e dei sintomi. Invece di essere l'avvocato della realtà dell'uomo e della vita, sarà l'avvocato del sintomo e tenterà di vedere con gli occhi: di quest'ultimo. Soltanto quando la psicologia non difenderà più gli interessi dell'uomo e del suo lo, potrà essere una psicologia oggettiva. Per essa non parlerà più l'lo, ma essa lascerà parlare a sua volta i fenomeni psicologici. Stare «sotto» vuoi dire che la psicologia si orienta a un ascolto passivo. Jung dice (GW 4, 282): «Egli ha ora la parola, non tu». Ne viene a Jung l'inclinazione a personificare i fenomeni psichici: l'anima, il Vecchio Saggio, gli Dei, gli spiriti del bosco. Soltanto così è concessa al fenomeno la piena realtà di

Conferenza promossa da

IdO Istituto di Ortofonologia

Scuola quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica dell'Età Evolutiva

SABATO 24 – DOMENICA 25 GIUGNO 2017

LA DIVINA COMMEDIA COME RACCONTO DI INDIVIDUAZIONE

Sede: IdO – Istituto di Ortofonologia • via Alessandria, 128/b • Roma

In una celebre *Epistola* a Cangrande della Scala, Dante invita a intendere la sua *Commedia* in senso sia letterale sia allegorico e tra i significati allegorici colloca quello «anagogico» ovvero di elevazione spirituale. I passaggi narrati non riguardano, dunque, il percorso dell'anima nell'al-di-là della morte, ma quello della psiche nell'al-di qua della vita e i lettori sono invitati a intendere l'*iter* dantesco come un itinerario che narra per simboli il percorso maturativo dell'Uomo, che la psicologia junghiana chiama percorso di individuazione.

I tre regni dell'oltretomba sono domini allegorici della psiche. La voragine dell'inferno è paradigmatica dell'Ombra, dove forze entropiche risucchiano l'individuo in un vortice sinistro come la direzione che Dante segue per scendere fino all'infimo grado. La montagna del purgatorio è paradigmatica dell'Io e di ogni faticosissimo sforzo per elevarsi al di sopra delle bassezze personali, per ripristinare la luce della coscienza, per riacquistare la via a dritta, che Dante segue salendo. E la sfericità del paradiso è paradigmatica della dimensione indicibile del Sé, dove le contraddizioni e le incongruenze dell'individuo, i conflitti e le antinomie della psiche trovano composizione in uno stato esistenziale integrato, che la poesia ritrae meglio della psicologia, ma che entrambe non sanno descrivere con precisione.

Letta in questa prospettiva, la *Commedia* dantesca ci interroga.



IL PROGRAMMA DETTAGLIATO È DISPONIBILE SUL SITO www.ortofonologia.it

- INTRODUZIONE
- L'INFERNO, DOMINIO SIMBOLICO DELL'OMBRA
- IL PURGATORIO, DOMINIO SIMBOLICO DELL'IO
- IL PARADISO, DOMINIO SIMBOLICO DEL SÉ



CLAUDIO WIDMANN, analista junghiano associato all'IAAP e al CIPA e Socio Onorario presso varie Associazioni di Psicologia Junghiana. Svolge attività clinica come libero professionista ed è docente di teorie del simbolismo e di terapie con l'immagine presso varie Scuole di specializzazione in Psicoterapia. Organizzatore di convegni di psicologia analitica, ha appena curato la raccolta dei contributi dedicati al tema degli *Archetipi* (Edizioni Magi) e sta preparando il prossimo convegno sul tema del *Puer*. Autore di volumi prevalentemente dedicati alla vita simbolica, studia da anni i motivi simbolici della *Commedia* di Dante.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: per le prenotazioni effettuate entro il 19.06.2017: ex-allievi dell'IdO e allievi altre Scuole di Specializzazione: 80,00 euro; esterni: 120,00 euro; dopo tale data: ex-allievi dell'IdO e allievi altre Scuole di Specializzazione: 100,00 euro; esterni: 150,00 euro.

MODALITÀ DI PRENOTAZIONE: inviare un'e-mail con i propri dati (indirizzo completo, codice fiscale ed eventuale partita IVA) e recapiti telefonici a: scuolapsicoterapia@ortofonologia.it allegando la copia del pagamento. Per il pagamento, utilizzare il bonifico bancario UGF BANCA - ROMA - FIL. 157 IBAN: IT29G0312705011000000024005 intestato a: Istituto di Ortofonologia, via Salaria, 30 - 00198 Roma. La causale è: «Conferenza Widmann 2017».

Il numero di posti è limitato. Verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

www.ortofonologia.it - scuolapsicoterapia@ortofonologia.it - Tel. 06/44.29.10.49 - Tel./Fax 06/44.29.04.10

Il Master biennale di psicoterapia dell'età evolutiva nasce dagli scambi e dalla collaborazione, ormai più che decennale, tra la Scuola di specializzazione in Psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonia di Roma e la Scuola di specializzazione di Psicoterapia bionomica di Cagliari.

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

Aspetto centrale della terapia è l'attenzione alle manifestazioni corporee in qualità di messaggi psichici.

Il terapeuta, il suo vissuto controtrasferale corporeo e la sua stessa corporeità diventano, nel setting in età evolutiva, i principali strumenti terapeutici per sintonizzarsi con i bisogni del bambino e aiutarlo nella loro elaborazione.

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.

MASTER BIENNALE DI PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA



RIVOLTO A MEDICI E PSICOLOGI

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

Cagliari
Viale Regina Margherita, 56
Tel. 070 653060 / 335 6216263
e-mail: formist@tiscali.it

DESTINATARI

La prima annualità del corso si rivolge a psicologi e medici. La seconda annualità si rivolge a psicologi e medici già in possesso della specializzazione in psicoterapia.

Verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

MODALITÀ DELLA FORMAZIONE

La prima annualità del corso si articola in 148 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 11 weekend, uno al mese, da gennaio 2017 a dicembre 2017.

SEDE DEL CORSO E SEGRETERIA

La sede del corso è presso la Scuola di Psicoterapia del FORMIST di Cagliari in Viale Regina Margherita 56.

Le conferenze si terranno nella stessa sede o presso un'altra sede nelle vicinanze.

Per informazioni e prenotazioni: Tel. 070 653060

ISCRIZIONE E COSTI

Le richieste di iscrizione possono essere inviate all'indirizzo formist@tiscali.it allegando la certificazione del titolo di laurea ed eventuale specializzazione in psicoterapia.

Il costo annuale è di 2.000 € (duemila euro) IVA esclusa, con la possibilità di rateizzazione.

Il corso sarà attivato con un minimo di 10 partecipanti fino a un massimo di 16.

PROGRAMMA PRIMO ANNO

La valutazione psicodinamica nell'età evolutiva: 148 ore suddivise in 68 ore di lezioni teoriche, 64 ore di laboratori, 12 ore di supervisione.

> Lezioni teoriche frontali (68 ORE)

Lezioni frontali tenute esclusivamente da esperti specializzati che lavorano presso i centri clinici dell'IdO e del FORMIST.

La complessità dell'osservazione nell'età evolutiva

Gli strumenti di valutazione e la diagnosi

Valutazione dell'anamnesi

Valutazione del grafismo

Valutazione psicomotoria

Valutazione cognitiva

Valutazione del linguaggio

Valutazione della dinamica educativa

Modalità di valutazione nei principali disturbi dell'età evolutiva (disturbi dello spettro autistico, disturbi del linguaggio, ecc.)

La genitorialità: aspetti valutativi

Aspetti immaginativo-simbolici dell'evoluzione dell'immagine corporea

> Laboratori (64 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. Il ritmo corporeo, l'assenza sensoriale, il bagno di colore, le forme accennate, il gioco senza tempo e senza evoluzione, il gioco fuori spazio, i silenzi, i corpi segnati, i passaggi all'atto, tutti possibili segnali di disagio, tutte comunicazioni da non perdere, tutti canali che appartengono alla storia infantile e adolescenziale di ognuno. Riviverli giocando, disegnando, muovendosi, sentendosi, raccontando, consente di poter costituire specchio alla pari nel setting per non perdere messaggi consci e inconsci, ma soprattutto per comprendere in prima persona la forza espressiva dei canali di comunicazione che il paziente possiede.

> 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

Studiosi di fama nazionale e internazionale terranno delle conferenze teorico-cliniche su aspetti rilevanti della valutazione e della terapia nell'età evolutiva.



un soggetto, la irriducibile autonomia di una persona, rispetto alla quale noi siamo l'oggetto. Questa personificazione «poco-scientifica» delimita la radicale differenza dalla psicologia empirica (personalistica), che si accontenta della non differenza psicologica. Per essa deve esistere un oggetto empirico di cui sono analizzati gli stati d'animo e le qualità. Così, quando parla dell'anima, essa l'intende come stato e qualità dell'organismo umano, unico oggetto empirico dimostrabile. In questo modo l'uomo diventa *l'ipokeimenon*, il *subiectum*, diventa la struttura portante di tutta la psicologia fenomenologica, che diventa solo una sua «appendice».

In questo modo la psicologia non è più vera psicologia e tradisce il presente in quanto non rimane fedele a se stessa, deviando su qualcosa che sta al di fuori della psicologia; su un concetto biologico di organismo, o su un concetto sociologico di dinamica di gruppo. Tutto questo è puro riduttivismo, analogo al tentativo materialistico di intendere e spiegare l'organismo vivente in termini chimici e fisici. Così le affermazioni psicologiche non sono, in ultima analisi, dichiarazioni sulla realtà *sui generis* dell'anima, ma sull'uomo inteso fattualmente e su un suo aspetto parziale. La psicologia diventa così una forma di antropologia e la psicoterapia una guarigione mediante la medicina e lo sviluppo della personalità, nel senso umanistico-pedagogico. Ma di chi ci si occupa, in ultima analisi, nella psicologia? Del paziente o dell'anima? Del sognatore o del sogno? (Quale dei due è l'immagine portante della psicologia? L'anima è da intendersi a partire dall'idea che l'uomo si è fatto di lei o l'uomo è da intendersi a partire dall'idea che se n'è fatta l'anima?) Questa mi sembra la domanda fatidica della psicologia: per esempio, un sogno deve essere portato nella realtà del sognatore o il sognatore nella realtà immaginale del suo sogno? Il sintomo si deve adeguare al modo consueto di pensare o non viceversa?

La psicologia personalistica vincola con un intervento dogmatico l'anima dell'uomo, riuscendo così a eludere la tensione creatasi con la differenza, ed evita l'*odium* della non dimostrabilità dell'anima per rimanere ancorata all'immagine tranquillizzante di un mondo unidimensionale; anche se la psicologia dovrebbe essere portatrice della seconda dimensione, della dimensione verticale (non per niente si chiama psicologia del profondo). Nella psicologia personalistica l'individuo si comporta con la sua anima come una madre con il proprio figlio: considerandola spesso testarda, forse un po' cattiva, ma sempre un proprio possesso, una parte di sé, senza voler prendere atto che il bambino è un secondo «essere autonomo». Non consideriamo forse la paura come qualcosa che «abbiamo», così come abbiamo il fegato, i polmoni, dei quali certamente non possiamo disporre totalmente, ma che sono sempre i «nostri» organi? E non intendiamo forse l'anima appartenente all'organismo come la vita? Non è forse una nostra segreta sicurezza che l'anima serva a *darci* la possibilità di incontri più ricchi con altri uomini? E la Grande Madre non serve forse perché *ci* si senta più protetti? Così come molti cristiani vedono in Dio un mezzo per il loro benessere personale?

Per la vera psicologia solo l'anima non dimostrabile e metaforica può essere portatrice e soggetto dei fenomeni.

L'uomo è così l'oggetto dei fenomeni, egli non è altro che il luogo dove «l'anima si rivela», come il mondo è il luogo dove l'uomo si manifesta ed opera. Dobbiamo allora spostare il nostro «punto di vista» dall'«uomo» sull'«anima» (è inteso che si tratta di uno spostamento del nostro punto di vista): sulla prospettiva, o idea, mediante cui intendiamo l'esperienza concreta del singolo e dei popoli. La paura allora è così poco una nostra parte, come lo è il leone che mi assale. Ritengo che questa idea sia la stessa di Jung, quando definisce la sua psicologia come scienza naturale. Riconoscere la realtà dell'anima vuoi dire intenderla come una parte autonoma del nostro mondo circostante, popolato da ogni specie di animali, persone e piante: un microcosmo nel quale viviamo e del quale siamo una parte e non viceversa. Questo microcosmo è l'immaginale, il mondo dell'immaginario.

Questa concezione raggiunge con la personificazione la sua espressione più alta. Senza lo spirito della personificazione (apposita espressione per riconoscere la differenza psicologica), non abbiamo alcuna possibilità di percepire l'anima come tale. Già Freud, almeno in un punto, ha visto le cose con l'ottica del fenomeno patologico e non dal punto di vista della realtà; questo avvenne quando si ricordò dove sta l'incesto, cioè nel mito di Edipo. Freud vide qui non come medico o giurista, o moralista, ma in modo psicologico. Riconobbe la legittimità psicologica, la vera necessità dell'incesto, in quanto lo intendeva con l'ottica del mito. Sarà compito del futuro rielaborare una psicologia del fenomeno psichico, di quei mondi archetipici cui i nostri sintomi ci vogliono iniziare. Elaborare la psicologia del sintomo vuoi dire amplificarlo e non renderlo arido, elencando paralleli mitologici, in modo che il misero sintomo diventi un piccolo scorcio su un mondo diverso, che diventi una forma di vita, un modo di guardare nuovo, una specie di filosofia vivente, insomma una completa psicologia. Allo stesso modo la psicoanalisi o la psicologia junghiana sono a loro volta soprattutto elaborazioni di una particolare forma di patologia. Cos'è infine la psicoanalisi di Freud, vista nel suo insieme, se non l'elaborazione del suo conflitto edipico in una grande teoria e in una concezione della vita? E l'opera di Jung non è forse una grandiosa amplificazione della sua psicopatologia personale? Un'esperienza chiamata dalla psicologia stato pre-psicotico? Ciascuna delle due patologie insegna a vedere Freud e a vedere Jung. La patologia è la sostanza nascosta dalla quale essi traggono nutrimento per tutta la vita e alla quale fino in fondo cercano di attingere. Tutti e due non combattevano contro il loro *conflitto attuale*, ma ponevano la loro vita al servizio del senso del presente. Dalla loro patologia trassero la loro opera, che divenne così un vaso contenitore per la patologia e che racchiude per noi il suo contenuto e ce lo comunica. Siccome non tutti possediamo la patologia di Freud o di Jung, siamo chiamati a rimanere aderenti alla nostra propria patologia, ad approfondirla, ad amplificarla, a svilupparla, per farla diventare una nostra psicologia. Ognuno secondo la propria natura o, come Jung dice, a propria somiglianza.

* Traduzione di Reinharda Grade, gentilmente concessa dall'Alleanza per la Fondazione Individuale.

La rubrica, a cura di Rachele Bombace, raccoglie comunicati dell'ufficio stampa dell'IdO – Istituto di Ortofonia

Maternità surrogata e diritti dei bambini

Quattro donne si confrontano, presentando il libro di Paola Binetti

«Bisogna ripartire dalla nascita nella sua dimensione di concepimento. Dobbiamo tornare alle origini». Lo dice Paola Binetti, neuropsichiatra infantile ed esponente della Commissione Affari sociali alla Camera, in occasione della presentazione del suo libro a Roma dal titolo *Maternità surrogata: un figlio a tutti i costi* (Edizioni Magi, 2016).

L'esponente Udc trova un punto di convergenza sulla convinzione che «l'essere umano abbia il diritto di nascere in una relazione in cui la sessualità recuperi l'ambizione di durare per sempre. L'albero genealogico segna proprio la continuità dell'umano – spiega Binetti –, indica un equilibrio tra le diverse dimensioni: biologica, psicologica, affettiva ed etica. Non è un tema esclusivamente rivolto a cattolici integralisti – sottolinea il deputato – ma riguarda l'antropologia della nascita, il perché siamo qui ora».

Nel suo discorso Binetti tiene insieme due paradigmi: «La consapevolezza dell'autodeterminazione con quello dell'amorevolezza, che poi si lega al tema della fragilità e del bisogno che ognuno di noi ha degli altri in un contesto di riconoscibilità reciproca». Esiste dunque una «sottile linea di confine che lega l'esperienza della corporeità, della potenza del corpo umano, alla consapevolezza che non possiamo andare oltre questa esperienza. Non possiamo capovolgere le leggi della natura, afferma l'autrice del libro. Io non giudico il desiderio di una persona, ne comprendo la potenza, ma bisogna rafforzare lo stigma quando si vuole fare di questo desiderio una norma e un paradigma per la società. La norma non può dare per acquisito come normale una variabile dell'individuale».

Sono quindi tre gli aspetti affrontati da Paola Binetti (intervistata dall'agenzia Dire <http://89.97.250.171/News/2017/02/10/2017021002207701146.MP4>) parlando di maternità surrogata: «Il primo è riscoprire il senso e il valore della maternità e della paternità – chiosa la neuropsichiatra –, Tuttavia, quest'ansia di eternità che ogni uomo porta con sé non può diventare un diritto, che mentre realizza il desiderio di un adulto, deruba il figlio del suo bisogno di avere e sapere chi sono suo padre e sua madre. Ogni bambino ha diritto ad avere una continuità – precisa Binetti –, che passa attraverso il profilo genetico e gestazionale, e poi approda nella relazione di cura e di accudimento. L'unico legame capace di consegnarlo alla sua autonomia e alla sua maturità». Il terzo e ultimo punto riguarda «la responsabilità del legislatore di supportare e custodire i valori che sono insiti nella natura dell'uomo e di

fare delle leggi positive che non prescindano mai dalla legge naturale – conclude – che comunque c'è in ognuno di noi».

C'È UN VUOTO SIMBOLICO – «Pieno esperienziale e vuoto simbolico». Parte da questo concetto Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell'età evolutiva, per affrontare il tema della maternità surrogata dal punto di vista del vissuto del bambino: «Perché accanto al diritto dell'adulto ad avere un figlio deve esserci quello del bambino ad avere un'infanzia». Il dibattito sulla maternità surrogata andrebbe inserito, secondo la responsabile del servizio Terapie dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO), all'interno di «un fenomeno collettivo più ampio. La scienza ha bisogno di un'etica, che attraverso delle restrizioni riesca a tenerne a bada i poteri e a umanizzarne i contenuti. Altrimenti il pericolo, come diceva Gramsci, è di una macchinazione che rischia di farci perdere l'anima».

La psicoanalista consiglia dunque che il dibattito «passi dalla morale all'etica. I moralismi portano a contrapposizioni – spiega Di Renzo – il “politicamente corretto” sta appiattendolo la nostra capacità di riflettere sugli eventi. Manteniamo almeno un dubbio su questa importante questione». La psicoterapeuta racconta allora un piccolo accadimento: «Stavo passeggiando in un parco e ho sentito una bambina che mentre correva chiamava “mamme... mamme...”. Una signora che passava di lì, incrociando il mio sguardo, mi disse: “Una volta non si diceva che di mamma ce n'è una sola?”. Questa storia dovrebbe almeno farci riflettere sull'archetipo delle origini, sul rapporto madre-bambino. Tutte le teorie attuali stanno studiando le cosiddette “sinritmie”: quelle ritmie sintoniche che si sviluppano nella fase gestazionale. Un'esperienza che nella pratica dell'utero in affitto viene bruscamente interrotta dopo la nascita – ricorda Di Renzo –, anche se gli studiosi hanno dimostrato che l'attaccamento è già avvenuto. A questo punto noi dovremmo studiarne gli effetti».

La responsabile del servizio Terapie dell'IdO crede, quindi, «necessaria una riflessione affinché si crei una pensabilità e si riacquisti una simbolicità. Rispetto a tanti nuovi contenuti che hanno superato i limiti finora conosciuti – aggiunge Di Renzo – non c'è stata un'adeguata riflessione su quella che è la filiazione simbolica e la genitorialità simbolica» (guarda la videointervista della Dire <http://89.97.250.171/News/2017/02/10/2017021002203901120.MP4>). «Quando la camera da letto diventa un laboratorio e ci si confronta con i fallimenti continui della procreazione – avverte la psicoterapeuta – spesso la coppia arriva a un prodotto, ma lo spazio che aveva animato nel ricercare il bambino non c'è più. Dobbiamo andare oltre la tecnologia, perché deve esistere una filiazione simbolica e una genitorialità simbolica per rispettare il mistero delle origini – conclude –, integrando la scienza con contenuti più umani».

NESSUN LEGAME CON L'OMOSESSUALITÀ – «Esistono vari tipi di famiglie, Claude Lévi-Strauss ne citava ben 54. Dico questo per ribadire che non abbiamo dati per valutare appieno il fenomeno della maternità surrogata, ma che sicuramente non dobbiamo legare questo tema a quello delle coppie omosessuali che combattono per avere la loro prole». Inizia così la sua riflessione Anna Maria Nicolò, neuropsichiatra infantile e futuro presidente della Società Psicoanalitica Italiana (SPI), intervistata dalla Dire (<http://89.97.250.171/News/2017/02/10/2017021002229201377.MP4>). «Dobbiamo studiare cosa accadrà ai bambini nati da un utero in affitto quando saranno in età adulta. Dobbiamo chiederci cosa accadrà alle madri che hanno ceduto per soldi i loro figli. Siamo nel vivo di questa situazione. Certo, adottare un figlio è diverso che averlo – ammette la psicoanalista –, ma avere un figlio cosa significa? È possesso o il bambino ha diritto di esistere al di là e al di sopra dei genitori?. Il bambi-

no comincia a esistere già nella fase della gravidanza – spiega la neuropsichiatra –. Alcuni studi dimostrano che durante la gravidanza il feto alterna le sue fasi REM con quelle della madre (quando la mamma dorme il bambino sogna e viceversa) e che il cervello umano costruisce la propria funzionalità già durante la gestazione, e poi successivamente nei primi periodi di vita in base alle esperienze relazionali che farà. Nella maternità surrogata avviene una scissione tra le tre madri: biologica, gestazionale e relazionale (psicologica) – ricorda Nicolò – e non sappiamo ancora quali saranno gli effetti di questa scissione. Non conosciamo nemmeno cosa accadrà a questa madre che opera una scissione. La gravidanza attiva processi fisico-chimici e psicologici – spiega il medico – infatti dopo il parto la madre entra in uno stato particolare che venne definito da Winnicott “preoccupazione materna primitiva”, ovvero quella capacità di ascoltare il bambino, determinata



PAOLA BINETTI

MATERNITÀ SURROGATA: UN FIGLIO A TUTTI I COSTI

COLLANA: Forma mentis – € 15,00 – PAGG. 176 – FORMATO: 14,5 X 21 – ISBN: 9788874873739

La maternità surrogata costituisce uno dei temi più complessi – dal punto di vista emotivo, etico, filosofico, giuridico – dei nostri tempi ed è una delle pratiche moderne che, nell’ottica dell’autrice, dà l’idea del distacco dell’uomo dalla propria natura e della distanza che si determina tra l’azione umana e i fini che dovrebbero esserle propri.

Al centro di questo saggio c’è una madre che dà via suo figlio per soldi e una coppia che, avendo soldi, preferisce comprare un bambino piuttosto che cercarlo tra quelli che attendono di essere adottati.

Basata sulle teorie dello sviluppo infantile e sull’esame delle difficoltà e delle insidie del quadro legislativo, nazionale e internazionale, in materia della gestazione per altri, la tesi saliente dell’intera trattazione è che nessuna tecnica, per innovativa e rivoluzionaria che sembri, potrà mai privare l’uomo del bisogno ancestrale di avere una madre e un padre.

L’autrice sottolinea la necessità, soprattutto a livello dell’opinione pubblica, di ricomporre la stretta relazione che c’è tra affettività e sessualità, tra sessualità e procreazione, tra procreazione e gestazione, tra gestazione e accoglienza del bambino fino al suo pieno sviluppo. La frammentazione dell’esperienza umana, innanzitutto nel delicato ambito della maternità, anche qualora apparentemente sembri una soluzione, è solo una fonte di molti altri problemi, che la tecnologia neppure immagina nella sua rincorsa prometeica a creare la vita fuori dal suo solco naturale.

Paola Binetti, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, è stata tra i fondatori dell’Università Campus Bio-Medico di Roma, dove ha svolto il ruolo di Direttore del Centro di Educazione Medica. Ha contribuito a introdurre nel piano di studi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia discipline come la storia e la filosofia della medicina, la bioetica e le *medical humanities*, per garantire l’effettiva centralità della persona nei processi di diagnosi e cura.

Deputato parlamentare, è impegnata nella tutela dei diritti dei bambini, in particolare quando la loro fragilità richiede specifiche forme di sostegno per un pieno sviluppo delle loro competenze sul piano cognitivo e relazionale. È presidente da diversi anni dell’intergruppo parlamentare sulle malattie rare; ha presentato un centinaio di disegni di legge, molti dei quali volti a potenziare le politiche per la famiglia, come il Family Act e quello in cui si chiede di istituire una Authority per la famiglia; come relatore ha seguito la legge sulle cure palliative, sviluppando tutta la parte che si riferisce ai bambini, e la legge sull’autismo.

Membro di numerose istituzioni scientifiche italiane e internazionali, è autrice di molte pubblicazioni tra cui ricordiamo i volumi: *Una storia tormentata. Il desiderio di maternità e di paternità nelle coppie sterili* (2006), *La famiglia tra tradizione e innovazione* (2009), *Il consenso informato. Relazione di cura tra umanizzazione della medicina e nuove tecnologie* (2010).

dai processi fisico-chimici della gravidanza. L'utero in affitto sposta, quindi, il baricentro altrove. Altrove dalla relazione sessuale e altrove dai processi fisico-chimici e psichici della gravidanza. Questo altrove cosa sarà? – si chiede la futura presidente della SPI – Un segreto custodito dentro la famiglia? Un segreto sulle origini? Ci troviamo davanti a una mutazione antropologica di non poco conto e una legge proibizionista non aiuterà, perché di fatto parliamo di un fenomeno massiccio.

In questa divaricazione tra scienza ed etica, la gravidanza surrogata è solo uno dei tanti aspetti del senso di onnipotenza delle persone, perché potremmo anche parlare del desiderio di eterna giovinezza e di tanto altro ancora. Abbiamo bisogno di un limite per pensare, produrre e creare – consiglia la psicoanalista – ma il dibattito tra scienza ed etica resta irrisolto. E giusto permettere alle coppie omosessuali di svolgere una loro genitorialità, anche perché le ultime ricerche scientifiche hanno dimostrato che i bambini di coppie omosessuali non differiscono dai bambini di coppie eterosessuali. Questo tema non riguarda l'omosessualità, ma il nuovo uso del corpo e il senso del diritto del bambino. Una nuova mutazione antropologica – conclude Nicolò – di cui ancora oggi non sappiamo molto».

PRATICA ABOMINEVOLE – «Pratica abominevole». Lo dice Livia Turco, ex ministro della Salute e presidente della Fondazione Nilde Iotti, parlando della «gestazione per altri». «Il libro dell'onorevole Binetti è importante perché ci mette di fronte al cambiamento profondo che sta vivendo la maternità e la paternità, di cui ancora non ne siamo consapevoli. C'è un capovolgimento di prospettiva: da madre sempre certa a padre sempre certo. Sono contro la pratica dell'utero in affitto senza se e senza ma – afferma Turco –; sono contro perché viviamo in un momento di banalizzazione della libertà e stiamo perdendo l'essenziale della natura umana: la relazione con l'altro. Il femminismo e la sinistra mi hanno insegnato i principi della comunità, il legame che ci unisce all'altro, e dell'amorevolezza concreta nei confronti delle persone. Lo sforzo – sostiene l'ex ministro – è quello di immedesimarsi nella condizione altrui.

Bisogna stare attenti alle parole, consiglia Turco: «Un conto è dire "utero in affitto", un altro "gestazione per altri". È una stessa cosa detta in due modi completamente diversi, ma solo nella prima modalità emerge realmente il vissuto di una madre che dà via un figlio per soldi. Ho imparato che il grembo materno non è solo fisico, ma psichico; è il luogo dove si costruisce la relazione madre-figlio. Ecco il femminismo della differenza sessuale – spiega Turco – che ha posto al centro della sua riflessione la differenza femminile e la potenzialità della maternità. Indica la possibilità di esercitare una responsabilità e una libertà prima verso l'altro e poi verso se stessi.

L'utero in affitto colpisce il principio dell'autodeterminazione femminile: un figlio che è per altri altera la relazione madre-figlio. Ripropone il grembo come puro contenitore fisico, per di più attraverso il mercimonio, precisa Livia Turco.

La battaglia sull'aborto la vincemmo proprio in base a questo principio dell'autodeterminazione femminile e di questa unicità di relazione tra la madre e il figlio. La sinistra dovrebbe essere preoccupata dal bieco sfruttamento del corpo femminile. Parliamo di donne povere che producono figli per famiglie

ricche. Deve esserci un limite, si conduca una battaglia culturale vera – conclude – contro una cultura narcisista dell'«Io desiderante». (Guarda la video intervista a Livia Turco <http://89.97.250.171/News/2017/02/10/2017021002245501536.MP4>)

«Parlare con il terremoto» per affrontare il trauma

Castelbianco: Gli abitanti delle zone colpite vivono la paura della paura

«Non bisogna parlare del terremoto, ma con il terremoto». A dirlo è stato un bambino di una scuola colpita dal sisma e a cogliere il suo pensiero «maturo» è stato Federico Bianchi di Castelbianco, il direttore dell'Istituto di Ortofonia (IdO) che da tempo sta seguendo, per conto del Miur, gli studenti, i docenti e i genitori delle scuole delle Marche, Umbria e Abruzzo. «Questo ragazzino – prosegue lo psicoterapeuta dell'età evolutiva – aveva ragione. Il parlare superficialmente di un accadimento traumatico non aiuterà a superarlo. Gli abitanti delle zone colpite dalle continue scosse, a volte anche molto forti, devono essere supportati ad affrontare tutte le paure e i traumi che il grande sisma del 2009 si è lasciato alle spalle. Se non si approfondiranno queste sofferenze, il rischio è che le persone rimarranno imbrigliate nell'angoscia, non sapendo gestirle. Ecco perché riemerge lo spavento anche solo con una scossa lieve – spiega lo psicologo – e adesso tutti gli abitanti delle zone colpite direttamente o indirettamente dal sisma stanno vivendo la paura della paura!».

L'IdO è stato, infatti, richiamato anche dalle scuole non colpite dalle ultime scosse di terremoto «perché lì c'è ancora una situazione psicologica estremamente disagiata – fa sapere Castelbianco –, che continua a ripercuotersi direttamente sugli insegnanti e sui genitori, e indirettamente sui bambini. Loro erano troppo piccoli per ricordare ciò che accadde nel 2009. Tutto quello che sanno lo apprendono dalla Tv o lo avvertono dall'agitazione dei genitori.

Le forti scosse che si sono succedute dal 24 agosto in poi hanno risvegliato nella memoria degli adulti la sofferenza patita all'epoca – sottolinea lo psicoterapeuta –. Hanno rivissuto quel sentimento di impotenza che si origina davanti a un cataclisma inarrestabile; allora generò il panico, ma adesso una grande preoccupazione che non aiuta nessuno. Di grande sostegno sono senz'altro le parole degli ingegneri e degli architetti sulla sicurezza delle abitazioni de L'Aquila. Nessuna vita sarà messa in pericolo da eventuali scosse. Le case, sia quelle ricostruite sia quelle rimaste in piedi e adeguate sismicamente, saranno in grado di resistere anche a smottamenti molto forti. Un'affermazione importantissima, eppure non basta a tranquillizzarli. Questo perché il trauma non cessa mai con l'arrestarsi del terremoto – chiosa lo psicoterapeuta –; esso continua a esistere dentro le persone e tende a emergere solo successivamente nel

tempo, pure a distanza di 7, 8 o addirittura 10 anni. In questo lungo periodo il trauma si nutre dei vissuti di paura che si possono verificare nella vita comune. Dunque, il trauma causato dal terremoto si manifesta piuttosto come una paura generica – conclude Castelbianco – pronta a far tornare alla coscienza, a ogni minima situazione al di fuori del possibile controllo da parte delle persone, tutte le sofferenze e i dolori del passato».

I bambini plusdotati hanno bisogni emotivi speciali

«All'interno del gruppo dei soggetti gifted è possibile trovare bambini che non manifestano problemi sociali o relazionali, con competenze e sviluppo emotivo adeguati. Ci sono tuttavia molti bambini che hanno difficoltà ad adattarsi sia con gli adulti sia con i coetanei. Emerge spesso una dissincronia tra sviluppo emotivo e cognitivo a favore di quest'ultimo». Lo rivela alla Dire Laura Sartori, psicoterapeuta dell'Istituto di Ortofonologia (IdO) e responsabile dell'équipe di psicologi dell'IdO che lavora in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione (Miur) nelle scuole del Centro-Sud Italia, per aiutare i docenti a individuare e supportare i bambini Ap (Alto potenziale).

«Le elevate aspettative rispetto a se stessi e ai livelli di prestazione da raggiungere portano i bambini ad alto potenziale ad essere estremamente autocritici. Possono sentirsi soli per la difficoltà di trovare dei compagni che abbiano funzionamento e centri d'interesse simili ai loro. Possono sviluppare disagi emotivi e comportamentali significativi – continua l'esperta – perché faticano ad adattarsi alle richieste dell'ambiente. L'intervento si propone di focalizzare l'attenzione sugli aspetti emotivi dei soggetti ad alto potenziale attraverso uno studio approfondito realizzato su un campione di 35 soggetti con quoziente intellettivo pari o superiore a 130. Attraverso l'utilizzo di test standardizzati verranno individuate le aree di maggiore vulnerabilità emotiva dei bambini ad alto potenziale». È possibile quindi individuare specifici bisogni emotivi nei bambini Ap: «La necessità di riconoscimento della loro specificità, che va tempestivamente individuata e valorizzata per rinforzarne l'autostima, il bisogno di complessità, che è necessaria per mobilitare le loro risorse cognitive e attentive, il bisogno di motivazione, perché non riescono a fare le cose semplicemente perché qualcuno glielo chiede, ma hanno bisogno di capirne il senso e l'utilità. Lo studio mostrerà come a questi bisogni tendenzialmente generalizzabili – spiega la psicoterapeuta – è possibile affiancare i profili emotivi individuali emersi dalla valutazione globale dei bambini gifted, per averne una descrizione completa e armonica. È fondamentale prendere in considerazione questi "Bisogni Emotivi Speciali" anche a scuola, per accordarli agli interventi di didattica inclusiva che mirino a valorizzare le strategie di apprendimento e le attitudini di questi bambini – conclude Sartori – nel profondo rispetto delle esigenze emotive e relazionali di ognuno».

Salvavita o fantascienza, la bugia dei bambini ha sempre un perché

Castelbianco (IdO) allerta gli adulti: Capiscono quando non dite la verità

Tutti i bambini dicono le bugie e lo fanno per diversi motivi: nascondere una verità, adattarsi a una verità o evitare un problema. «È una cosa ben diversa dal voler ottenere qualcosa. Per esempio, se i genitori sono separati, i figli piccoli generalmente negheranno di aver incontrato la compagna del padre o il nuovo compagno della madre solo per sottrarsi a ulteriori domande e/o a richieste per loro pesanti. Non è "furbizia" – chiarisce Federico Bianchi di Castelbianco, psicoterapeuta dell'età evolutiva e direttore dell'Istituto di Ortofonologia (IdO) di Roma. È un salvavita. Sono bambini talmente stressati che non ce la fanno a reggere ulteriori pesi. E in tema di menzogna, le differenze di genere si avvertono sin da piccoli: i bambini maschi riconoscono di dire più bugie delle femmine – rivela lo psicoterapeuta – forse perché le femminucce riescono a gestire le situazioni senza dover ricorrere alle bugie, oppure ne dicono di meno in quanto sono avvertite dai maschietti come più misteriose nel modo di pronunciarsi e di dirle». In ogni caso, maschi o femmine che siano, le bugie non vengono dette proprio a tutti, anche se il 60% dei bambini predilige come destinatari gli adulti e un altro 22% i coetanei. «Ai pari vengono raccontate storie incredibili piuttosto che bugie – precisa Castelbianco – perché la maggioranza dei minori sa che chi dice le bugie non è furbo. Essendo profondamente onesti hanno, inoltre, una considerazione negativa verso chi dice le "frottole". Sono però sempre pronti a giustificare le fandonie degli adulti se c'è un motivo – afferma lo psicologo –. Circa un bambino su quattro crede che gli adulti mentano per potersi difendere, perché non sono in grado di gestire le situazioni. Nel 68% dei casi si autoaccusano di essere loro a dire più bugie rispetto ai grandi. Si badi bene però – avverte lo psicologo – che i bambini considerano come possibili bugie anche le storie incredibili che amano raccontare».

A Castelbianco fa sorridere che «gli adulti pensino sempre di poter raccontare le cose non vere, pensando di farla franca. I bambini sono attenti e perspicaci, riescono a scoprire sia le bugie dei coetanei sia quelle degli adulti. Le avvertono dal comportamento, dall'atteggiamento corporeo che colui che mente – chiosa lo psicologo – mette in mostra quando c'è qualcosa di sbagliato nell'aria e che sta arrivando a loro».

Altra importante differenza tra grandi e piccoli è lo stato d'animo che segue le bugie. «I bambini quando dicono una falsità poi si preoccupano di averlo fatto, si agitano e non stanno bene con la coscienza – prosegue – mentre gli adulti stanno tranquilli». C'è un rischio di emulazione se i genitori sono dei bugiardi? «Dipende dal tipo di bugia – chiari-

sce Castalbiano – se si tratta di distorsioni della realtà eclatanti (ho visto un dinosauro e per questo non sono potuto andare a scuola), no. Se sono invece bugie dette a proprio utile: dire una bugia e per coprirla raccontarne un'altra ancora – conclude il direttore dell'IdO –, allora in questi casi l'aver imparato a dire una bugia diventa per loro nel tempo uno strumento, un'arma di difesa o di offesa».

Autismo, i disegni parlano

La ricerca IdO sulle produzioni grafiche di 84 bambini. Migliorano se l'ambito terapeutico è relazionale

I bambini che rientrano in un disturbo dello spettro autistico presentano un significativo ritardo nel processo grafico, perché il disegno è uno strumento comunicativo. Questo ritardo, infatti, non sembra correlato al quoziente intellettivo, ma all'area dell'Affetto Sociale: se c'è un'inibizione relazionale ci sarà anche un'inibizione nell'aspetto comunicativo del disegno. La prova arriva da uno studio decennale dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO), realizzato su un campione di 84 bambini autistici dai 2 ai 15 anni, in via di pubblicazione sulla rivista internazionale «Journal of Psychology and Psychotherapy».

A chiarirne alla Dire il suo valore è Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell'età evolutiva, responsabile del Servizio Terapie dell'IdO: «Il disegno è una narrazione fortemente interferita dall'aspetto relazionale. Lo conferma una differenza emersa, nel corso della ricerca, tra produzioni grafiche effettuate in ambito valutativo e quelle che prendono vita in un contesto terapeutico. Sono sempre frutto degli stessi bambini, le cui capacità cognitive non cambiano passando da una stanza all'altra, eppure le produzioni grafiche migliorano in un contesto terapeutico poiché in quell'ambito si punta sulla relazione e non solo sulla prestazione. Inoltre, anche i bambini autistici con un livello cognitivo adeguato non disegnano se non hanno prima raggiunto un'apertura relazionale. Questa difficoltà emerge in particolare con il disegno raffigurativo: la figura umana ha un maggiore apporto comunicativo e affettivo, sottolinea la psicoterapeuta.

La produzione grafica del bambino autistico non può quindi essere valutata solo con parametri cognitivi, in quanto se il bambino ripete sempre lo stesso disegno mostra un atteggiamento stereotipato – continua la responsabile dell'equipe IdO – e se è stereotipato non è comunicativo. Avevamo una bambina autistica che faceva dei disegni splendidi, ma erano sempre gli stessi. Erano appunto stereotipati – continua Di Renzo –; quando poi ha iniziato a disegnare all'interno della terapia, il livello del suo disegno formale è diminuito, ma la produzione grafica è diventata per lei uno strumento di comunicazione e di narrazione di sé».

Un'altra curiosità riguarda il talento particolare dei bambini autistici: «Hanno una capacità percettiva e un pensiero visivo mol-

to sviluppati – assicura Di Renzo – tuttavia non abbiamo trovato una particolare creatività nelle loro produzioni grafiche».

I DISEGNI PARLANO – L'analisi dell'evoluzione grafica dei bambini che presentano un disturbo dello spettro autistico è sempre stata trascurata, benché, «in accordo con la psicologa americana Karen Machover, sappiamo che la figura disegnata rappresenti l'autore stesso e fornisca informazioni circa la percezione che egli ha del corpo e dei suoi desideri. In base alla presenza di certi dettagli e al modo in cui le varie parti del corpo sono sviluppate o trascurate è possibile inferire il vissuto e la condizione emotiva del soggetto, altrimenti non comunicabile in modo simbolico».

Per questo motivo l'IdO ha avviato un lavoro di analisi e osservazione delle rappresentazioni grafiche, da cui è emersa anche l'esistenza di una relazione tra disegno, età cronologica e durata della terapia: «La maggiore presenza del disegno della figura umana nei bambini dai 6 ai 9 anni è dovuta a una durata di almeno 2 o 3 anni di terapia. I bambini che al momento della valutazione, avevano ottenuto un punteggio "Non Spettro" (determinato da 4 anni di terapia pregressa) mostrano una capacità grafica di gran lunga superiore a quella degli altri gruppi – evidenza Di Renzo – grazie a una maggiore apertura sociale che consente al bambino di usare il disegno in modo comunicativo. Nei bambini dai 10 ai 15 anni, invece, la comparsa della rappresentazione della figura umana è legata, oltre che a una maggiore maturazione, agli innumerevoli stimoli ricevuti nei vari contesti, familiare, scolastico e terapeutico. È comunque importante sottolineare che quando compare la rappresentazione della figura umana, appare immatura ed alterata rispetto l'età».

METODO DI LAVORO – Il team di esperti dell'IdO è composto da psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri, neurologi e altre figure specializzate e ha utilizzato l'Ados (Autism Diagnostic Observation Schedule), per valutare la gravità della sintomatologia autistica, e la scala Leiter-R (scala cognitiva non verbale) per verificare il livello cognitivo. E ciò correla con il livello grafico raggiunto. «L'Ados-2, oltre a fornire un punteggio generale, misura anche il dominio dell'Affetto Sociale – chiosa la responsabile dell'IdO – e il dominio dei Comportamenti Ripetitivi e Ristretti (RRB). L'Affetto Sociale include la valutazione degli aspetti legati alla comunicazione e all'interazione sociale reciproca, mentre negli RRB rientrano gli interessi sensoriali insoliti, i manierismi, gli interessi e i comportamenti ripetitivi e l'utilizzo stereotipato-idiosincrasico di parole e/o vocalizzi».

Il livello grafico è stato osservato in produzione spontanea, stabilendo una scala che va dalla presenza di scarabocchio (nel 47% dei bambini con autismo, 86% dei minori dello spettro e 45% del Non Spettro) alla strutturazione dello schema corporeo (nel 47% degli autistici, 14% dei bambini dello Spettro e 54% del Non Spettro), tenendo conto anche delle stereotipie che possono produrre delle ecografie simili alle ecolalie (ripetizione involontaria, come un'eco, di parole o frasi pronunciate da altre persone) presenti nel linguaggio verbale. «Dai dati è emersa una correlazione significativa tra la produzione grafica e la componente Affetto-Sociale dell'Ados – rimarca Di Renzo – a dimostrazione che il ritardo nel disegno è fortemente influenzato da un'inibizione emotiva oltre che intellettiva».

IL PROGETTO TARTARUGA – L'attività grafica, oggetto di analisi nella ricerca dell'IdO, costituisce un elemento fondamentale sia della fase di valutazione sia del lavoro terapeutico che i bambini con disturbo dello spettro autistico ricevono presso l'Istituto di Ortofonia. Un lavoro frutto di venti anni di esperienza sul campo e noto come «Progetto terapeutico Tartaruga», in cui sono previste: la presa in carico del bambino con autismo, della famiglia e della scuola, incontri informativi e di consulenza individuale e di gruppo per i genitori, sostegno educativo a scuola, visite specialistiche. «La finalità di questo modello di trattamento è quella di enfatizzare la dimensione emozionale e relazionale per arricchire il repertorio di comportamento comunicativo, permettendo così l'espressione delle latenti capacità intellettive e sociali. I bambini con disturbo autistico presentano, infatti, una notevole difficoltà a esprimere e a dare forma al proprio stato emotivo a causa di un deficit di sintonizzazione affettiva che interferisce su tutti i comportamenti, sia verbali sia non verbali come il disegno. Le produzioni grafiche di questi bambini – conclude Di Renzo – risultano inficiate dalla marcata diminuzione dell'integrazione sociale e della comunicazione». Il Progetto Tartaruga dell'IdO è il primo approccio evolutivo italiano all'autismo ed è oggetto di diversi articoli pubblicati su note riviste scientifiche internazionali che hanno già totalizzato più di 12 mila lettori, esperti del settore. Sono tutti consultabili sul portale www.ortofonia.it. Il crescente interesse internazionale ha anche portato l'IdO a esportare il suo approccio evolutivo in molte regioni italiane, tra cui la Sardegna e la Sicilia, nonché a sviluppare importanti scambi scientifici e formativi con le Università straniere in Brasile, Colombia, Stati Uniti e Israele.

Autismo. Tatto, udito e ricerca sensoriale disfunzionali in 60% dei bambini

Publicata ricerca IdO sul «Journal of Child & Adolescent Behavior»

Per 6 bambini autistici su 10 le aree sensoriali che risultano maggiormente e più frequentemente compromesse riguardano l'ipersensibilità tattile e uditiva, l'iporeattività con ricerca di sensorialità e la scarsa energia. «Queste caratteristiche sensoriali si traducono in comportamenti frequentemente osservati nei soggetti con disturbi dello spettro autistico (Asd), basti pensare all'evitamento del contatto fisico, alle difficoltà nei momenti di cura personale (come tagliare i capelli e le unghie), all'intolleranza rispetto a certi tessuti o materiali, all'evitamento o alle reazioni eccessive a rumori improvvisi o di fondo (per esempio il coprirsi le orecchie per proteggersi dai suoni di sirene, aspirapolveri, asciugacapelli ecc.)», spiega Elena Vanadia, neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Ortofonia (IdO) che ha recentemente pubblicato, insieme

a Magda di Renzo, responsabile del Servizio Terapie dell'IdO, ed altri, sulla rivista scientifica «Journal of Child & Adolescent Behavior» uno studio sulla sensorialità e le stereotipie nell'autismo dal titolo *Il profilo sensoriale e i comportamenti ripetitivi nella valutazione clinica dei bambini di età prescolare con disturbo dello spettro autistico* (https://www.researchgate.net/publication/316833183_Sensory_Processing_and_Repetitive_Behaviors_in_Clinical_Assessment_of_Preschool_Children_with_Autism_Spectrum_Disorder; per leggere la traduzione: http://www.ortofonia.it/allegati/articoli/Profilo_Sensoriale_e_RBS_ITA.pdf).

Si tratta di modalità atipiche di processazione ed elaborazione sensoriale, in assenza di danni neurologici come la sordità.

«Rispetto all'iperreattività, sono tipiche la scarsa o assente reazione al richiamo verbale in assenza di problemi uditivi, la predilezione per attività rumorose (soprattutto nei primi anni) – precisa la neuropsichiatra – e la ridotta percezione del pericolo».

L'IdO ha inoltre riscontrato che tutte le aree dello Short Sensory Profile elaborato da Winifred (Winnie) Dunn (nota studiosa americana) correlano positivamente con i comportamenti ripetitivi misurati attraverso l'RBS (Repetitive Behavior Scale), a cui è stata associata una correlazione con il punteggio registrato all'Ados-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule). «I risultati confermano che comportamenti monotoni e comportamenti ristretti sono associati a punteggi gravi nella maggior parte delle aree sensoriali e sono anche quelli con punteggi Ados più gravi – continua Vanadia. I bambini con punteggi peggiori nei comportamenti rituali sono anche quelli con maggiore disfunzionalità nelle sensorialità tattile e olfattiva/gustativa; i bambini con punteggi peggiori nei comportamenti compulsivi sono quelli con disfunzionalità maggiore nelle sensorialità tattile, Iperreattività, Filtro Uditivo e Visiva/Uditiva».

«Le alterazioni dell'elaborazione degli stimoli e dunque le difficoltà d'integrazione percettiva correlate a uno stile di processazione sensoriale atipico sono frequenti nei bambini e adulti Asd. Le interferenze sulla modalità di percepire e rappresentare se stessi e il mondo determinano una distorsione delle esperienze e dei comportamenti che assumono funzione di difesa o di opposizione, che molto spesso fanno parte del profilo di sviluppo dei bambini autistici, ma che possono anche essere presenti in disturbi differenti quali i disturbi della processazione e integrazione sensoriale. La conoscenza dell'esistenza di soglie diverse di sensorialità (dato neurobiologico) e di differenti modalità del bambino di farvi fronte (dato individuale) – precisa la neuropsichiatra – dovrebbe sostenere il clinico in una lettura più accurata di comportamenti (relativi al sistema motorio, comunicativo e relazionale) che spesso vengono erroneamente ascritti alla diagnosi e trattati come un «comportamento problema» prima ancora che se ne sia data la corretta lettura: in determinate fasi dello sviluppo un comportamento messo in atto dal bambino può avere un significato pro-adattivo prima ancora che disadattivo. Ciò non significa che non vadano descritti come atipici, ma implica che il livello di intervento è differente.

Se la disfunzione alla base è a livello della processazione e integrazione sensoriale – prosegue l'esponente dell'IdO – è su

quell'aspetto che bisognerà centrare non soltanto la terapia, ma anche le strategie pedagogiche e le modalità di intervento. Certi bambini hanno una spiccata sensibilità tattile e qualunque stimolo, specialmente se superficiale, è per loro fastidioso e finanche doloroso. Per esempio, nell'organizzazione delle attività didattiche potrà accadere in uno o più bambini autistici che la sensazione del braccio che striscia sul foglio o il tipo di penna/matita/colore non siano tollerabili, bisognerà quindi pensare che possano non essere adatti per quel determinato bambino in quella determinata fase evolutiva. E non bisognerà aver paura di sperimentare: un abbraccio, che stimola i recettori tattili profondi inibendo il "fastidio superficiale", potrebbe risultare più utile di un premio o di una punizione – fa sapere il medico – e agisce sicuramente anche meglio in termini di "rinforzo", perché oltre che veicolare un supporto emotivo diviene un elemento motivazionale.

I circuiti che sottendono le aree emozione-motivazione-cognizione sono tra loro interagenti a livello prefrontale. Tanto che la gestione delle interferenze, una delle funzioni del dominio esecutivo già spesso compromesso nei bambini con Asd, risulta ancor più complicata se coesistono disfunzioni senso-percettive. Inoltre, le aree cerebrali inizialmente riconosciute quale sede delle emozioni, in particolare all'interno del sistema limbico, svolgono anche un ruolo fondamentale nei processi cognitivi e nell'integrazione degli stimoli e delle esperienze da cui originano le rappresentazioni mentali.

Questi dati osservazionali e di ricerca supportano la tesi che individualizzare la diagnosi e la terapia sia – come specificato nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) – indispensabile. Bisognerebbe agire specialmente nella prima e seconda infanzia, alle origini dello sviluppo e alla radice dei comportamenti per creare quella base sicura e stabile su cui dovranno poggiare gli apprendimenti che il bambino potrà acquisire e generalizzare (il significato di "abilità") solo se avrà una sufficiente percezione del proprio corpo e una tolleranza degli stimoli», conclude Vanadia. «Da dove ripartire dunque se non dal corpo?».

Autismo, lavorare con gli asini aiuta a dormire e a mangiare

Lo rivela una ricerca IdO-Università di Palermo su 30 bambini autistici

È partita a Roma la ricerca sul lavoro di mediazione con l'asino nell'autismo, condotta dall'Istituto di Ortofonia (IdO) insieme al Dipartimento di Scienze psicologiche, pedagogiche e della formazione dell'Università degli Studi di Palermo (Unipa) su 30 bambini autistici dai 3 agli 8 anni, già seguiti all'interno del «Progetto terapeutico Tartaruga» dell'IdO.

«Proponiamo un lavoro sensoriale per aiutare i bambini che presentano un disturbo dello spettro autistico a integrare tutte le aree e ad avere una diversa regolazione emotiva. Lavoriamo in particolare sul tatto, sul contatto con la pelle dell'animale, sul cibo da dargli da mangiare, ma anche sui colori e gli odo-

ri», racconta alla Dire Simona d'Errico, logopedista e psicomotricista dell'IdO, coordinatrice del servizio.

«Siamo partiti da un approccio morbido per aiutare il bambino ad adattarsi all'asino e solo successivamente, nel corso della terapia, abbiamo inserito i test previsti dalla ricerca. L'obiettivo è monitorare i cambiamenti che intervengono nella quotidianità del minore grazie al lavoro svolto con l'asino – spiega D'Errico – e lo facciamo dando al genitore un test da riempire, in cui deve osservare i cambiamenti emersi nella settimana che segue la terapia, con un'attenzione particolare alle aree dell'alimentazione e del sonno, che sono le più problematiche».

La logopedista conferma che «già a quattro mesi di distanza (il progetto è partito a fine ottobre) ci sono stati grandi cambiamenti. I bambini iniziano a toccare l'oggetto alimento, mettono il fieno sotto la bocca dell'asino e questo cambia anche la loro percezione del cibo. Molti bambini non toccano gli alimenti, è molto difficile dargli da mangiare perché vedono il cibo come una cosa sporca, loro non amano il colore, eppure la vicinanza con l'asino cambia il loro approccio al cibo proprio perché gli danno da mangiare».

L'onoterapia aiuta i bambini autistici a rilassarsi: «C'è una modulazione emotiva che cambia, l'assetto corporeo e la tonicità del corpo cambiano. Il bambino è più tranquillo e arriva anche a sdraiarsi e ad addormentarsi sull'asino. Molti piccoli quando vanno a casa dormono poiché quest'attività apre un canale forte di comunicazione, che è inaccettabile con le persone mentre è molto più immediata con l'animale. Stando a contatto con l'asino imparano a toccarlo, a stringergli il pelo, ad accarezzarlo e a spazzolarlo. Questo è possibile anche grazie alla relazione che si crea con l'operatore, in quanto parliamo sempre di un lavoro triangolare molto psicodinamico tra bambino, asino e operatore».

– L'età dei bambini conta nell'onoterapia?

«Sì – conferma l'esponente dell'IdO – perché si lavora su tutto quello che è sensoriale. I bambini con una diagnosi di autismo non integrano la sensorialità e un intervento precoce li aiuta a potersi organizzare meglio e ad avere una maggiore regolazione emotiva. L'asino è morbido, tranquillo, non è il cavallo che scatta. L'asino, inoltre, è molto accogliente e segue le indicazioni dell'operatore. È come se tra l'asino e il bambino si venisse a creare una sorta di relazione accogliente, che tra pari non succede. C'è poi un'esplorazione con le mani sul corpo dell'asino che è importante: il pelo è morbido, dalle narici esce il caldo, devono trovargli la bocca, le orecchie (ancor più morbide del pelo), lo abbracciano quando sono sull'animale – ricorda la psicomotricista – cosa che nel rapporto con gli altri bambini non riescono a fare. Dopo la prima fase di conoscenza con l'asino si comincia a lavorare insieme: Non c'è solo il "salgo sull'asino", ma anche il "faccio qualcosa con l'asino". Si passa da una comunicazione di vicinanza a una di lontananza, fatta di intuizioni per capire quello che farà l'asino e per far emergere la determinazione del bambino: cosa vuole fargli fare? Vuole farlo camminare? Allora dovrà tirare la corda, dovrà convincere l'asino, dovrà camminare insieme a lui, e accanto avrà sempre l'operatore pronto a coadiuvarlo. Spesso i bambini autistici non mostrano di avere un'iniziativa ludica o relazionale, invece nell'onoterapia vogliono salire sull'asino e ini-

ziano a fare una scelta netta rispetto a cosa gli piace fare. Un approccio che riflette il metodo di lavoro dell'IdO».

Tutti i 30 bambini hanno avuto un cambiamento. «All'inizio molti non volevano salire sull'asino, ma solo toccarlo e accarezzarlo, adesso tutti salgono sull'animale. Ci sono anche quelli che sono subito saliti e ora non vogliono più farlo. Per loro è finita una fase sensoriale e bisogna crescere – chiarisce la logopedista dell'IdO – quindi utilizziamo gli oggetti, lo spazzoliamo, lo tiriamo con la corda, camminiamo insieme all'asino, gli guardiamo le zampe. Portiamo l'attenzione su altre aree perché c'è una crescita».

È un lavoro che si riverbera positivamente su tutta la famiglia: «Aiuta i genitori a capire che la terapia è fatta di relazioni con l'esterno. Il portare i bambini fuori dagli ambienti conosciuti è un'area tanto difficile per loro, in quanto c'è un'esposizione al sociale e a tutta una serie di difficoltà. La condivisione con gli altri genitori – conclude D'Errico – li aiuta a non avere paura del confronto con gli altri».

Autismo, IdO: No contrapposizioni, ma più informazione

Di Renzo: Futuro della ricerca sarà capire come si converte la diagnosi

«La complessità del disturbo autistico ci aiuta a pensare che le contrapposizioni sono non solo inutili, ma dannose. Ritengo che sia importante che ciascuno, nel proprio orientamento, cerchi di fornire le massime informazioni basate sulle tradizioni culturali di appartenenza». Lo dice Magda Di Renzo, psicoterapeuta dell'età evolutiva e responsabile del servizio terapie dell'Istituto di Ortofonia (IdO) di Roma, intervenendo alla conferenza stampa a Montecitorio per fare il punto sull'autismo. Massima apertura dunque quella dell'IdO: «Il nostro atteggiamento non è mai stato di contrapposizione, che è anti-psichica – afferma la psicoterapeuta – e in maniera particolare lo è nei disturbi complessi come l'autismo. Sono rappresentante dell'approccio evolutivo e mi riferisco alla globalità del bambino autistico. Abbiamo privilegiato in questi anni una ricerca che ci ha dato risultati interessanti per i quali ci vengono richieste numerose collaborazioni. Risultati che per alcuni bambini significano uscire dalle diagnosi Ados di autismo, stare molto meglio e un miglioramento per tutti».

Alcuni aspetti che l'IdO sottolinea da anni sono: «Il nostro cavallo di battaglia è considerare i genitori non come terapeuti, ma come persone che per prime hanno bisogno di un sostegno per aiutare i bambini a sintonizzarsi meglio. Quindi portiamo avanti la terapia diadica, la terapia di gruppo madre-bambino e l'importanza alla corporeità del bambino e dell'approccio psicomotorio che era stato un po' sottovalutato. Sono oggi ambiti apprezzati a tutto campo – fa sapere la responsabile dell'IdO – e noi procediamo su questo percorso, augurandoci

che le informazioni circolino il più possibile, che si consideri l'autismo come “autismi” e che ci sono bambini con grandi possibilità. Tutti hanno la possibilità di migliorare».

Una precisazione Di Renzo la rivolge al concetto di «Evidence based»: «Si concentra su un singolo aspetto del comportamento, che non ci dice se il bambino ha raggiunto un cambiamento nell'assetto generale. Non dice cose importanti sul suo atteggiamento autistico».

L'IdO ha pubblicato molte ricerche su note riviste scientifiche internazionali (tutte consultabili sul sito www.ortofonia.it): «Abbiamo utilizzato il Gold test e abbiamo monitorato i bambini dopo 2 e 4 anni di terapia, per osservare l'efficacia del trattamento nella complessità delle sue manifestazioni e non sul singolo aspetto. Siamo riusciti a individuare alcuni indici predittivi che fanno parte di nostre ricerche sulla presenza di intenzionalità e di empatia – chiosa Di Renzo – che ci permettono di dire se i bambini con autismo avranno un'evoluzione nella loro sintomatologia e quale. La disabilità è relazionale. Più indici predittivi riusciremo a trovare e più renderemo ragione delle potenzialità del singolo bambino».

La psicoterapeuta dell'età evolutiva conclude: «Il futuro della ricerca sarà quello di capire come si converte la diagnosi, capire cosa diventerà il bambino che non sarà più autistico secondo l'Ados (Autism Diagnostic Observation Schedule). Dobbiamo differenziare maggiormente le diagnosi». Qui è possibile guardare la videointervista della Dire (<http://89.97.250.171/News/2017/04/06/2017040602196401963.MP4>).

Autismo, Binetti: Legge garantisce diritti

In nuove linee guida più attenzione a età e a complessità esperienze

«Parto da quello che hanno detto le associazioni lo scorso 2 aprile: “I bambini autistici ci sono tutto l'anno e non solo il giorno in cui si fa memoria di loro”. Noi partiamo da due aspetti abbastanza positivi rispetto all'applicazione della legge sull'autismo, votata un anno e mezzo fa per sottolineare i diritti di questi bambini».

Ha aperto con queste parole Paola Binetti, deputato Udc, la conferenza stampa a Montecitorio per fare il punto sull'autismo con esperti e famiglie.

«Finalmente il 19 marzo stati pubblicati i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e tra i Lea l'autismo c'è. Pochi punti, ma significativi – afferma la neuropsichiatra infantile – che starà a noi sfruttare e animare per sostenere le associazioni, le famiglie, il mondo della ricerca, dell'assistenza e della riabilitazione». Binetti aggiunge: «La Fish ed altre associazioni si sono espresse sui Lea in modo problematico. Ne abbiamo parlato con il ministro e, con un emendamento, abbiamo voluto che, da subito, fosse creato un Osservatorio per intervenire ogni anno sui Lea. In secondo luogo, dovrebbero ripartire realmente le li-

nee guida, una volta approvati i Lea. Sulle precedenti linee guida noi avevamo espresso in altri momenti alcune perplessità. È stato certamente meritevole l'aver organizzato una materia complessa e l'aver steso con la linea guida 21 un primo passaggio, però – chiarisce l'esponente della commissione Affari sociali alla Camera – proprio perché primo, presentava lacune di non poca intensità: l'età si fermava prima ancora dell'adolescenza. Sappiamo tutti noi quanto diventi difficile la gestione di un ragazzo adolescente – ammette Binetti – e lo è tanto di più a seconda del lavoro che si è fatto in precedenza, in base a quanto si sia recuperato e quanto si sia riuscito a sviluppare e a mettere in movimento.

La seconda riserva che avevamo sulla linea guida 21 riguardava il fatto che ci fosse un'impostazione molto da "pensiero unico" – sottolinea la neuropsichiatra infantile – invece, anche attraverso i Lea, auspichiamo che ci sia quella apertura a un multiculturalismo che è una cifra della società del nostro tempo».

Nella prospettiva di una nuova linea guida sull'autismo, Binetti si augura quindi che «si cercherà di salvare ciò che c'è di positivo nella linea guida 21, per poi innestare due nuovi aspetti: quello evolutivo-cronologico e il recupero della complessità dell'esperienza nella scuola e nella vita. Bisogna riuscire a ricomporre, in una visione di insieme, la diversità degli indirizzi culturali. Le nuove linee guida dovranno dunque cogliere il senso della complessità, che è mancata nella linea guida 21 – sottolinea il medico – che era orientata solo ai bambini piccoli. Ci vuole il banco della prova dell'adolescenza e dell'esperienza del bambino per capire che l'addestramento non basta ad aiutare la persona a farsi carico della sua vita. Imparare una cosa non aiuta ad inserirlo nella società. Se si seguirà la ricchezza delle buone pratiche accanto alla ricerca e si darà spazio alla complessità – precisa Binetti – allora si farà un buon lavoro».

In ultimo, «la legge prevedeva un passaggio interessante sotto il profilo della ricerca. Non solo genetica, ma nei confronti di tutti gli aspetti abilitativi e riabilitativi», ricorda il deputato Udc. «Oggi possiamo dire che rispetto alla sintomatologia presentata dai bambini autistici, utilizzando delle scale di valutazione oggettive, ce ne sono un numero considerevole che esce dai limiti di queste scale. Non guariscono – avverte la neuropsichiatra infantile – ma certamente la sintomatologia migliora così tanto la loro situazione, da rendere possibile un inserimento a condizioni sempre più vantaggiose». Binetti cita il «famoso Progetto Tartaruga dell'Istituto di Ortofonia (IdO) che, secondo la logica dei piccoli passi, permette davvero di conquistare grandi posizioni con uno sforzo quotidiano coeso, strutturato e organizzato tutti insieme».

In questo progetto la scuola è un ambito imprescindibile: «Uno degli obiettivi fondamentali sull'autismo è infatti la qualità dell'inserimento di questi bambini nel contesto scolastico. In Italia – conclude Binetti – sono partiti 14 master per la formazione degli insegnanti».

Qui è possibile guardare la videointervista della Dire (<http://89.97.250.171/News/2017/04/06/2017040602197401953.MP4>).

Autismo. Linee guida, Iannone (Iss): Pazienti sono i primi esperti

Lavoro complesso, qualità dell'evidenza da sola non basta. Tempi? 24 mesi

«I pazienti sono i primi esperti da considerare. Dobbiamo porci il problema di come presentare i loro interessi e i loro punti vista». Sarà questo l'obiettivo che guiderà il lavoro di Primiano Iannone, direttore del Centro Nazionale per l'Eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), responsabile della revisione della linea guida 21 su «Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti», intervenuto alla conferenza stampa a Montecitorio, promossa dall'onorevole Paola Binetti, per fare il punto sul disturbo.

Come si strutturerà questo compito di revisione?

«Dovremmo interpretare quello che la legge scrive. L'Istituto Superiore di sanità e il centro che dirigo dovranno valutare e decidere se le linee guida prodotte da società scientifiche di ricerca sono di adeguata qualità metodologica, per poter essere inserite nel Sistema nazionale delle linee guida – spiega Iannone, intervistato dalla Dire. Dovranno rappresentare una specie di punto di riferimento per le scelte cliniche fatte da medici, da decisori politici, ma anche per gli stessi pazienti che possono essere toccati da queste raccomandazioni».

Iannone aggiunge: «Direi che è un compito molto importante, perché non esiste a livello internazionale uno sforzo di questo tipo, perché le linee guida vengono prodotte anche in eccesso e non sempre sono di buona qualità metodologica. Lo sforzo è, invece, quello di garantire soltanto quelle meritevoli e le migliori a disposizione, tenendo conto che non dobbiamo considerare le linee guida delle regole assolute di comportamento. C'entra sempre la questione della valutazione del caso singolo. Sono raccomandazioni cliniche che il medico potrà seguire oppure no, a seconda dei casi. Le linee guida – chiarisce l'esponente dell'Iss – devono mettere il medico in condizione di scegliere meglio e informare meglio i pazienti quando c'è una decisione da prendere».

La linea guida 21 in che modo sarà rinnovata?

«Intanto non è una linea guida facile da rinnovare perché parliamo di una malattia particolare. Normalmente nelle linee guida dovrebbe esserci anche il punto di vista del paziente – fa sapere Iannone – ma in questa situazione è abbastanza difficile. Questo non vuol dire che non si possa e non si debba cercare in tutti i modi il punto di vista dei pazienti. Sarà una difficoltà ulteriore, quella di portare anche loro al centro, perché in fondo una buona linea guida deve rispondere alle domande di salute dei cittadini e dei pazienti. I medici possono affiancare questa scelta, ma non possono arrogarsi il diritto di avere l'egemonia su tali questioni. Quindi – rimarca l'esperto – è una linea guida particolarmente complicata, ci ispireremo al-

le migliori metodologie presenti a livello internazionale per garantire la trasparenza totale di tutto il processo e l'indipendenza assoluta di chi formulerà queste raccomandazioni. Ci saranno degli esperti clinici, ci saranno dei metodologi, ci saranno dei rappresentanti dei pazienti e dei genitori. Tutti coloro che in qualche modo potranno essere interessati da queste raccomandazioni devono essere rappresentati. Dopodiché, le metteremo a disposizione dei cittadini e sentiremo cosa ne pensano. Tutto è perfezionabile, ma l'idea è questa».

Dovrete fronteggiare due grandi sfide, quella relativa a tutto l'arco della vita dei soggetti con autismo e l'altra che riguarderà la necessità di aprire a una maggiore complessità di approcci terapeutici. Come le affronterete?

«Penso che, come approccio metodologico generale, lascerei un'ampia libertà a tutti gli specialisti di discutere di questi argomenti – risponde Iannone –, di fare le scelte migliori, sempre però traguardandole dal punto di vista dei pazienti. Verrà abbandonato qualsiasi aspetto speculativo che può avere un interesse specifico per la ricerca e poco per la vita pratica. Mi piacerebbe, non solo per l'autismo, ma per tutte le malattie, smetterla di classificare le persone malate come aggettivi.

Dobbiamo parlare di persone con disturbo autistico, come dobbiamo parlare di una persona con diabete e non di una persona diabetica o di una persona cardiopatica. Detto questo – prosegue il medico – la difficoltà risiede nel fatto che parliamo di interventi complessi, dove non esistono interventi farmacologici (o ne esistono molto pochi) e quindi bisognerà valutare l'impatto che i modelli organizzativi, anche complessi, possono avere nel rendere la vita di queste persone migliore. C'è questa difficoltà ulteriore – ammette – ma non è impossibile fare delle buone raccomandazioni cliniche. Occorre, però, crearsi dei punti di riferimento, scegliersi degli indicatori condivisi con i malati e con i genitori e darsi un tempo per andare a valutare quell'effetto che queste raccomandazioni hanno subito. Ecco la strada che possiamo percorrere. Come Iss noi saremo garanti del processo, daremo tutto il supporto logistico e scientifico che potrà servire, faremo in modo che tutti i portatori di interesse possano sedersi intorno a un tavolo ed esprimere i propri punti di vista, ma non entreranno mai nelle scelte che potranno fare».

Terrete in considerazione gli articoli pubblicati sulle riviste scientifiche internazionali?

«Assolutamente sì – conferma Iannone – saranno sottoposte a un vaglio rigoroso, nel senso che utilizzeremo dei criteri di valutazione della qualità dell'evidenza per scegliere gli articoli migliori. D'altra parte la qualità dell'evidenza da sola non basta per fare una buona raccomandazione clinica. Bisogna pensare a quelli che sono i benefici e i rischi – spiega il responsabile dell'Iss –, quindi fare un bilancio comprensibile di fronte a delle scelte e a delle azioni terapeutiche per decidere se è meglio l'intervento A piuttosto che l'intervento B. Bisogna tener conto, soprattutto in questo caso, dei valori e delle preferenze dei malati e poi, visto che facciamo una linea guida che ha un ambito nazionale, dovremmo anche parlare in termini di costi. Fra interventi con costi diversi, occorre anche ragionare in termini di efficacia relativa e di costo-efficacia. Interventi a mag-

giore costo-efficacia saranno sicuramente preferibili a interventi di nulla o minore costo-efficacia e questo nella maniera più trasparente e pubblica possibile. Saremmo fortunatamente favoriti – rassicura il medico – poiché in questa situazione non ci sono grosse spinte commerciali in ambito farmacologico, dove molto spesso si finiscono per creare delle situazioni ambigue o poco comprensibili da parte degli utenti e dove non si sa bene queste raccomandazioni con che spirito vengano prodotte».

Quali saranno i tempi di realizzazione delle nuove linee guida per l'autismo?

«Produrre una linea guida di questa complessità normalmente richiede almeno dai 18 ai 24 mesi, se non vogliamo fare le cose in fretta. È chiaro che poi, avvalendoci della possibilità di evidenze già accumulate, potremmo probabilmente limare qualche mese – conclude – però considerata la complessità particolare credo che sarà difficile scendere sotto questo livello».

Qui è possibile vedere il video (<http://89.97.250.171/News/2017/04/06/2017040602182501840.MP4>)

Inclusione, prima barriera architettoniche, ora culturali

IdO: Adulti in disagio e deleganti, studenti aggressivi o «etichettati»

«In questi decenni i genitori di bambini con “handicap” hanno lottato per abbattere le barriere architettoniche e sociali, che dividevano i loro figli dal mondo, e negli ultimi mesi è stato dato molto risalto (giustamente) all'importanza dell'aiuto che riveste l'insegnante di sostegno per il bambino disabile». Ne parla alla Dire Federico Bianchi di Castelbianco, psicoterapeuta dell'età evolutiva e direttore dell'Istituto di Ortofonia (IdO) che da tempo è presente con sportelli di ascolto e supporto psicologico nelle scuole italiane.

«La richiesta è partita dai genitori, ma è stata raccolta da tutti – precisa il direttore dell'IdO. Dalla Ministra dell'Istruzione Valeria Fedeli a tutti gli adulti, anche senza figli, che comprendono l'importanza di far vivere meglio e più serenamente la scuola, quale prima reale socializzazione e primo luogo di confronto di bambini svantaggiati con coetanei e adulti estranei. Il primo grande risultato della scuola italiana è stato ciò che ha prodotto la legge 104 del 1992 – precisa lo psicoterapeuta – rompendo quell'isolamento e quella ghettizzazione che vivevano questi bambini. Mi ricordo che in alcuni Stati europei, dove stavamo conducendo una ricerca nelle scuole, mi sottolineavano il valore dell'inserimento che era stato raggiunto in Italia. Anche loro si stavano attivando, mi annunciavano che avevano svuotato gli istituti speciali e che nelle scuole normali avevano creato delle classi composte esclusivamente da bambini disabili. Ero attonito – prosegue Castelbianco – perché questo accentramento della disabilità mi sembrava una sottoli-

neatura dell'emarginazione. Tuttavia, anche per le conquiste civili nei paesi civili c'è bisogno di tempo».

Sono trascorsi tanti anni in Italia ed è possibile fare il punto sul processo d'integrazione reale nella penisola, ascoltando chi ha vissuto la scuola dalla parte del disabile.

«**LA SCUOLA A ROTELLE**» (<https://www.dire.it/24-03-2017/112214-scuola-rotelle-ileana-argentin-si-racconta-lamia-vita-carrozzata/>). «Il libro di Ileana Argentin e Paolo Marcacci offre sicuramente lo spaccato di una vita scolastica che ha posto in tutti gli ascoltatori, in occasione della sua presentazione, una sensazione di disagio. Abbiamo realizzato che siamo ancora lontani dal superamento di tutte le barriere. Da sottolineare che la ministra Valeria Fedeli – rimarca il direttore dell'IdO – è stata sempre presente e ha aspettato che terminassero di parlare tutti i relatori prima di esprimere il suo pensiero: con estrema sintesi ha indicato i risultati raggiunti, ma anche la presenza di barriere culturali ancora presenti».

IL COMPORTAMENTO DEGLI ADULTI – «Gli adulti cercano di non mostrare il senso di fastidio – spiega lo psicoterapeuta – e il comportamento risulta essere “noi non vediamo, così non siamo coinvolti”. Distolgono lo sguardo pensando di fare cosa “rispettosa”, ma questo gesto significa: “Non ti tocco, non ti sfioro, e non per rispetto ma per non essere sfiorato”, come se fosse possibile un contagio. Vi è una forma di paura e di inadeguatezza nelle relazioni con il soggetto e con il genitore del disabile. In numerose occasioni abbiamo osservato che molti genitori di bambini “normali”, anche in modo velato vorrebbero che il bambino con l'handicap stesse in un'altra aula con l'insegnante di sostegno. Spesso si lamentano che il loro figlio non venga seguito come ha “diritto” – rivela lo psicologo – a causa dell'inserimento di bambini e insegnanti di sostegno. Purtroppo troviamo a volte anche l'insegnante “frustrato” nelle sue rigide ambizioni prestazionali che non vuole il disabile in classe.

Paradossalmente, adesso, un'altissima percentuale di genitori di bambini senza disabilità – fa sapere lo psicoterapeuta – chiedono e addirittura esigono una certificazione “dall'esperto” di turno che attesti un qualunque disagio del proprio figlio per facilitarne la vita scolastica e di conseguenza anche la propria vita familiare, in quanto la certificazione attesta che non è sua la responsabilità del disagio (possibilmente genetico) del figlio, ma anzi dimostra che lui ne è consapevole e ha fatto il possibile. Per questo motivo ha delegato alla scuola la responsabilità di risolvere ogni problema del figlio. E siamo giunti così con certificazioni attestanti disabilità diverse al 30% degli studenti e anche più, in ogni classe. I genitori dei bambini normali – aggiunge Castelbianco – affermano con veemenza che qualunque difficoltà presenti il proprio figlio la colpa è sempre della società, della vita, dei docenti, di altri compagni o addirittura della presenza di disabili».

IL COMPORTAMENTO DEGLI STUDENTI – «I bambini adottano il modello adulto genitoriale per aggredire, bercciando e mortificando con accanimento. La disabilità culturale non è nei ragazzi – ricorda lo psicoterapeuta dell'età evolutiva – siamo noi adulti a indurla contagiandoli. Nel testo potete leggere la lettera di un bambino romano di 10 anni che do-

vrebbe perlomeno indurci a una riflessione: il bambino con un qualunque disagio non è integrato, incluso nel senso vero del termine, perché non è accettato al livello inconscio. Non si tratta di una barriera architettonica o di tecnica didattica, ma di una vera e propria barriera culturale».

UNA LETTERA DA UN BAMBINO DI QUINTA ELEMENTARE – «Io voglio scrivere questo testo per l'amico più diverso che ho. Si chiama John il nome è italiano ma il cognome è filippino. Io e lui siamo diversi in tante cose come essere di colore, scrivere in maniera diversa, avere gusti diversi per il mangiare o essere sensibili, timidi eccetera, ed è per questo che ho scelto lui perché John non è un bambino come quelli che cacciano via tutti e che comandano no! Assolutamente no! John è speciale perché se tu gli chiedi qualcosa lui subito ti guarda con felicità e tristezza come per dirti: “che bello che sei venuto per dirmi qualcosa” e ancora lui “ti prego fammi giocare con te, tutti mi cacciano perché sono diverso da loro ma almeno tu aiutami fammi giocare insieme a te”. E tu risponderesti subito con sì perché non si lascia mai un bambino da solo triste e soprattutto diverso da noi e io vorrei rispondere a John «**GRAZIE PER ESSERE DIVERSO DA ME**». Gli risponderei così perché come si sente lui ogni giorno mi ci sento anche io e per questo se stiamo insieme non ci sentiremo più così, ma felici tutti e due». Il bambino si chiama Pietro Camilo.

Qui sarà possibile consultare l'infografica con tutti i dati sugli ostacoli all'inclusione scolastica (<https://www.dire.it/12-04-2017/115590-inclusione-le-barriere-architettoniche-ora-quelle-culturali/>).

Il 25 giugno parte «Talent Camp» a Roma per bambini plusdotati

A Cinecittà World per aiutarli a esprimere emozioni e talento

Il 25 giugno parte a Roma il «TALENT CAMP»: una settimana di divertimento, scoperte e crescita per bambini e ragazzi ad alto potenziale nell'esclusiva location di Cinecittà World. Il progetto è realizzato dall'Istituto di Ortofonia (IdO) di Roma – centro di diagnosi e terapia dei disturbi della comunicazione e della relazione in età evolutiva – insieme a «Spettacoli di Matematica» – associazione di promozione sociale nata nel 2009 per la divulgazione della matematica a più dimensioni, tra le quali l'arte, la musica e l'ingegneria – per aiutare bambini e adolescenti «gifted» ad imparare ad esprimere il loro talento e a condividerlo con i loro coetanei.

La partecipazione è riservata a bambini dai 6 anni (che abbiano frequentato nell'anno scolastico 2016/17 dal primo al quinto anno della scuola primaria) ai 14 anni (che abbiano frequentato nell'anno scolastico 2016/17 dal primo al terzo anno della scuola secondaria di primo grado). I partecipanti dovranno avere una documentazione che attesti una valutazione co-

gnitiva che li collochi nella fascia della dotazione intellettiva, top 5% o dal 95° percentile in su (Quoziente intellettivo o Indice abilità generali maggiore o uguale a 120).

Cosa faranno? Gli iscritti al «TALENT CAMP» parteciperanno attivamente sia ai laboratori emotivi condotti da personale qualificato dell'IdO (psicologi e psicoterapeuti) sia a quelli di «CineMATHS» promossi dall'associazione «Spettacoli di Matematica». Inoltre, i minori plusdotati seguiranno i percorsi didattici proposti dal parco Cinecittà World e potranno assistere e partecipare ad alcune delle attrazioni e degli spettacoli del parco, sotto la supervisione degli operatori preposti.

«Attraverso giochi, role play, circle-time, dialogo, ascolto, racconti, questionari, test, disegni, schede operative, musiche, attività motorie, manipolative, creative e molto altro ancora i partecipanti impareranno a riconoscere le emozioni, chiamarle con il loro nome, a saper leggere lo stato d'animo delle altre

persone e a saper empatizzare con chi sta loro vicino. Soprattutto, impareranno la sana abitudine di esprimere le proprie emozioni e di saperle raccontare», rassicurano gli organizzatori. I conduttori dell'IdO aiuteranno l'espressione delle emozioni, accettandole, rispecchiandole, contenendole e, infine, elaborandole insieme a chi le prova. «Una volta manifestate le emozioni, i partecipanti verranno aiutati, attraverso un coinvolgimento interattivo, a dare loro un nome. Traducendo le emozioni in parole – concludono i promotori – queste vengono meglio elaborate e quindi sono più gestibili».

Le iscrizioni al TALENT CAMP saranno aperte fino al 22 maggio. Per informazioni sui costi e sulle modalità d'iscrizione è possibile scrivere a info@spettacolidimatematica.it o progetti@ortofonologia.it eventi@cinecittaworld.it. Per scaricare il modulo di iscrizione, il regolamento e il programma del camp: <http://www.ortofonologia.it/?do=253>



Superare le difficoltà del linguaggio, dell'apprendimento e dell'organizzazione visuo-spaziale tramite la realtà uditiva tridimensionale

Manuale Teorico-Operativo: l'olofonia è una tecnica di registrazione e riproduzione sonora che simula le dinamiche dell'ascolto umano, immergendo l'ascoltatore in una realtà virtuale uditiva tridimensionale, identica a quella reale.

L'olofonia è stata utilizzata per realizzare un modello terapeutico per la riabilitazione di: Disorganizzazione visuo-spaziale (Sindrome non verbale o sintomatologia all'interno di un Disturbo della coordinazione motoria) - Disturbo di linguaggio (Disturbo fonetico-fonologico, Disturbo espressivo e Disturbo misto della comprensione del linguaggio) - Disturbo dell'apprendimento (specifico e aspecifico) - Disorganizzazione visuo-spaziale, del linguaggio e dell'apprendimento in presenza di disabilità intellettiva lieve o borderline - Disturbo dell'emotività e della relazione - Alterazione delle funzioni esecutive.

Il modello terapeutico olofonico è stato validato in 12 anni di sperimentazione clinica. La possibilità di adattamento del modello e dello strumento alle esigenze del singolo bambino consente un suo utilizzo dinamico e individualizzato.

Alla luce della tipologia di stimolazione e della possibilità di adattamento metodologico, si agisce anche per implementare: capacità analitiche generali e specifiche; attenzione e autonomia nella focalizzazione sul «compito»; tempi di concentrazione; memoria di lavoro; inibizione delle risposte impulsive; capacità di pianificazione e flessibilità cognitiva; regolazione degli stati emotivi e dell'impulsività.

Contenuti: olofonia test; prova introduttiva di orientamento discriminativo • Percorsi e giochi sonoro-motori e grafico-interattivi • Favole sonore olofoniche • Ambienti sonori olofonici per evocare situazioni e contesti sociali ed esperienziali • Storie con inseguimento uditivo • Storie con errori fonetico-fonologici per discriminazione e attenzione uditiva • Stimoli sonori • Stimoli linguistici registrati con tecnica olofonica, per uno specifico recupero delle competenze fonologiche, meta-fonologiche, di lettura e scrittura: fonemi, sillabe, parole, neologismi, anagrammi, coppie minime, frasi • Stimoli specifici per il recupero ortografico: parole con articolazione rafforzata, con apostrofo, con accento.

Chiavetta Usb: software per la gestione delle molteplici modalità di lavoro: ascolto olofonico, opzione di controllo della localizzazione 3D della fonte sonora, visualizzazione dello stimolo linguistico, funzione di temporizzazione per la gestione dell'esposizione visiva delle parole singole o in sequenza, inseguimento uditivo. Allegati grafici e testuali di supporto.

Requisiti minimi di sistema per il software: sistema operativo Microsoft Windows 7 o superiore, non compatibile con Mac Os.

AUTORI

Équipe IdO - Istituto di Ortofonologia

TITOLO

Olofonia: l'ascolto tridimensionale per un nuovo modello terapeutico

SOTTOTITOLO

La tridimensionalità uditiva come strategia di organizzazione: dalle funzioni esecutive alle difficoltà visuo-spaziale, del linguaggio e degli apprendimenti

COLLANA

Fuori collana

PAGINE

Manuale 120 + Allegato 200 + Software + Fondali

PREZZO

euro 250,00

ISBN

9788874873593

FORMATO

cm 21 x 29,7

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 (con esclusione del mese di agosto).

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.

PROGRAMMA DEL I ANNO DI CORSO

«La valutazione psicodinamica nell'età evolutiva»: 160 ore suddivise in lezioni teoriche, laboratori, supervisione e conferenze.

- Lezioni teoriche frontali: 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: 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: 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: 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 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 (programma del I anno del Corso Biennale). 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.

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 evoluta.
- 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 quattro patentini per l'uso professionale del Test di Wartegg, del Test sul Contagio Emotivo (TCE), del Training Autogeno per gli adolescenti e della Narrative Exposure Therapy (NET, trattamento breve per la cura dei disturbi trauma-correlati).

I corsi si svolgeranno a Roma e sono previste borse di studio (vedere sito).

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

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.

Alla ricerca dell'identità

Il barone rampante

SILVIA D'ALESSANDRO

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

Si conobbero. Lui conobbe lei e se stesso, perché in verità non s'era mai saputo. E lei conobbe lui e se stessa, perché pur essendosi saputa sempre, non s'era potuta riconoscere così (*Il barone rampante*, p. 244).

Italo Calvino
Il barone rampante
Milano, Mondadori, 1957



Cosimo Piovasco di Rondò è un ragazzo dodicenne che il 15 giugno 1767 nella tenuta di Ombrosa, immaginario paesino della riviera Ligure, durante un pranzo di famiglia si rifiuta di mangiare un piatto di lumache cucinato dalla sorella e, minacciato dal padre di punizioni e castighi, abbandona la tavola, sale su un leccio davanti casa e decide di non scenderne mai più. Inizialmente tutti pensano che si stancherà e che presto tornerà giù: ma le cose vanno diversamente. Cosimo è determinato, sicuro di sé e irremovibile nelle sue decisioni. Lascia la famiglia e inizia una nuova vita fatta di sfide contro gli altri e soprattutto contro se stesso.

Il protagonista non sceglie un albero in particolare, ma impara a passare da un arbusto a un altro camminando sui rami e sulle staccionate che separano le vigne. Si arrampica su qualsiasi tipo di ceppo, trovando in ognuno di essi una comodità diversa. Egli inizialmente esplora i territori circostanti a Ombrosa, affina le tecniche di caccia e di sopravvivenza (per esempio impara ad adattarsi al freddo, lavarsi e fare il bucato) e diventa il protagonista di una serie di ardimentose imprese. Vivere sugli alberi rappresenta per Cosimo un pretesto per mantenere fra sé e i suoi simili una minima, ma insuperabile distanza, necessaria al fine di guardare le cose nella loro totalità e incontrare la profondità del proprio essere, ovvero segue ciò che Jung definisce *la via dell'individuazione*, essenziale alla realizzazione del Sé. Cosimo così facendo, non solo abbraccia la classe sociale più bassa, cioè il popolo, ma con la sua scelta sembra quasi voglia compiere

un ulteriore passo indietro nella scala evolutiva arrivando alla forma più arcaica di umanità, ovvero vivere come una scimmia. Grazie a questo scendere dall'altezza sociale aristocratica, gli abitanti di Ombrosa, perfino i malviventi, tollerano le sue singolarità.

Ed è così che egli riesce comunque a mantenere una normale vita sociale, prosegue gli studi e instaura nuove amicizie. Ciò contribuisce sensibilmente a renderlo affascinante agli occhi degli Ombrosotti che ricambiano la bontà e il suo impegno aiutandolo senza che egli debba chiederlo; per esempio, potano gli alberi lasciando dei rami più lunghi per consentire al baroncino di scavalcarli. I genitori si arrovellano nel tentativo di comprendere il senso della sua scelta. Il Barone, uomo distinto e attento alla propria immagine, e la Generalessa, così soprannominata per via del suo carattere autoritario, appaiono poco calorosi, a tratti rifiutanti, ma seriamente preoccupati per la sorte del loro primogenito. Di conseguenza provano in tutti i modi (chi con le intimidazioni,

chi puntando piuttosto a stabilire qualche forma di contatto) a farlo sentire ancora parte della famiglia, ma finiscono con l'accettare la sua condizione di «uomo rampante». Cosimo, pur abbandonando il suolo, non abbandona l'educazione e quando il padre gli chiede se intendesse crescere come un selvaggio, risponde: *Un gentiluomo è tale stando in terra come stando in cima agli alberi, se si comporta rettamente*. Sugli alberi, il protagonista scopre di avere molto tempo libero e decide di riprendere la lettura e di costruire la sua biblioteca pensile. Inoltre, conosce la famosa banda dei ladri di frutta, composta da piccoli vagabondi che si nascondono fra i rami e saccheggiano gli alberi dei contadini. Essendo un aristocratico, la famiglia lo aveva sempre distolto dal frequentare questi ragazzi, ma egli invidia la libertà di quella vita e spera di diventare uno di loro, nonostante la sfida non sia facile. Come evidenziato da Cordiale (2006), il gruppo dei pari apre alla socialità, facilita e incoraggia il processo di separazione-individuazione dell'adolescente e rappresenta una possibilità identificatoria alternativa a quella dei genitori. In questo caso, l'adesione al gruppo sentita da Cosimo sostiene il senso di perdita che implica il lavoro di distacco dall'oggetto primario ed edipico. Cosimo stringe, inoltre, amicizia con un cane, per l'esattezza un bassotto, che segue da terra le sue avventure.

Il romanzo si conclude con il protagonista che, ormai anziano e malato, viene aiutato dall'intera comunità di Ombrosa, ma gli inviti e preghiere di scendere dagli alberi non hanno

effetto. Un giorno, sorprendendo tutti, si arrampica sulla cima di un albero altissimo e, approfittando di una mongolfiera di passaggio, vi si aggrappa con le ultime forze rimaste. Così, senza tradire il suo intento di non rimettere più piede sulla terra, scompare nel cielo, senza che nessuno lo vedrà morire. L'epigrafe di Cosimo recita: *Cosimo Piovasco di Rondò – Visse sugli alberi – Amò sempre la terra – Salì in cielo*.

UNA RIFLESSIONE SUGLI ASPETTI SIMBOLICI

L'Io narrante del romanzo è il fratello minore di Cosimo, Biagio, un ragazzo completamente diverso dal protagonista nel carattere e nel modo di concepire la vita. Biagio adempie ai suoi doveri e rispetta le norme sociali, mentre Cosimo impone testardamente a sé e agli altri le sue stranezze. La scelta di affidare il ruolo del narratore al fratello consente di introdurre nella storia un altro punto di vista e di accentuare il distacco nei confronti della vicenda narrata, che è il distacco di chi guarda da fuori, con perplessità, il caso «strano». Cosimo, decidendo di vivere sugli alberi, agisce una rottura con il contesto familiare e istituzionale in modo impulsivo e brusco, tipico della fase adolescenziale che sta attraversando. L'ambiente familiare esercita delle costrizioni troppo in contrasto con il bisogno proprio di Cosimo: *A casa nostra si viveva sempre come si fosse alle prove generali d'un invito a Corte*. In tali circostanze, uno dei suoi ultimi appigli è il passaggio all'atto, ovvero condurre la propria esistenza sugli





alberi. Il dubbio e l'incertezza sulla propria identità lo inducono a sentirsi vivo nel momento in cui sale sull'albero per cercare nuove identificazioni che non può contattare nell'ambiente familiare. L'identità ricercata da Cosimo non è data all'individuo dalla società né fa la comparsa a un certo punto come un fenomeno di maturazione, al contrario, deve essere acquisita attraverso intensi sforzi individuali. Conoscendo se stesso, il protagonista si avvicina sempre più alla libertà, senza la quale non ci sarebbe moralità. La tematica dominante riguarda, perciò, la ribellione intesa non come un comportamento provocatorio da soffocare e da condannare, ma come un processo di emancipazione da valorizzare nei suoi aspetti costruttivi: ribellarsi significa anche accogliere gli elementi vitali di un fenomeno, utilizzandoli a proprio vantaggio e a vantaggio della comunità. Cosimo non incarna un ribelle che va ricondotto all'ordine, ma un personaggio capace di essere coerente fino alla fine, che sa sacrificarsi e lottare per difendere la sua più vera natura. L'agito di Cosimo è il segno di un'autentica ricerca di vita. L'atto di disobbedienza, quindi,

qualora sia indirizzato e risponda a una profonda esigenza individuale, può andare a vantaggio dell'intera collettività. Infatti, sugli alberi egli non perde interesse per i suoi simili; non vive in mezzo a loro, ma rende evidente concretamente (per tutta la sua strana esistenza) che gli altri sono davvero il suo prossimo. Come afferma Jung: «L'individuo umano, come unità vivente, essendo tutto quanto composto di fattori universali, è del tutto collettivo e quindi non è punto in contrasto con la collettività» (1967, p. 86). Il protagonista capisce che la cooperazione fra persone mette in risalto le doti migliori di ognuno, rendendo il singolo uomo più forte e offrendo una gioia che raramente si ottiene restando soli. La fuga sull'albero rappresenta, dunque, un evento ricco di valenza simbolica. Per analogia con la posizione eretta, l'albero può essere simbolo dell'uomo, rappresenta lo slancio vitale, la protezione. Gli alberi sono di moltissimi tipi, così come ci sono al mondo moltissimi uomini, che vivono momenti diversi della loro vita. C'è analogia, inoltre, tra il processo di crescita naturale della psiche e quello della pian-

ta. Di fatto, Cosimo perfeziona la sua capanna, all'interno del bosco, giorno dopo giorno per renderla più confortevole (porta mobili, libri ecc.) e, allo stesso modo, compie intensi sforzi individuali per ricercare e affinare la propria identità che sta maturando. Anche il suo fido compagno, il bassotto Ottimo Massimo, rappresenta per Cosimo la guida spirituale nel passaggio dell'uomo alla sua natura più primitiva, quasi volesse traghettarlo verso il mondo istintuale. Il protagonista vive in una condizione animalesca, fra i rami, mentre il cane, in un'ottica invertita, percorre le strade cittadine. Ciò rimanda alla ricerca di un equilibrio fra civiltà e animalità. Come descritto da Shamdasani (2007, p. 300): «Era necessario un rapporto con gli animali perché fosse possibile un'autentica umanità». Cosimo si estranea dalla pesantezza della terra fino alla fine dei suoi giorni, mantenendo la sua promessa. Anche la fine del romanzo sembra sconfinare nel campo del meraviglioso, di fatto, con l'aggrapparsi alla mongolfiera non si allude a un annegamento ma, probabilmente, al raggiungimento della leggerezza di spirito auspicata. Per concludere, l'autore descrive la condizione propria dell'uomo; egli infatti, mette in evidenza la condizione di estrema solitudine, che attraversa ogni individuo durante la propria vita. Nondimeno il nome del paesino «Ombrosa» rimanda a un'immagine poco nitida, oscura, quasi a voler descrivere, secondo un'ottica junghiana, i contenuti repressi e non

autorizzati dalla coscienza: ombrosa come un aspetto della personalità da scoprire e integrare al fine di evolversi. Quindi, tramite il racconto, è possibile riflettere sul fatto che, nonostante la vita di un uomo possa essere felice e ricca di avvenimenti, ognuno è solo con se stesso, come Cosimo, che, nonostante conservi un gran numero di amicizie e una vita in movimento, appare distaccato dalla realtà perché vive su sostegni fragili come i rami degli alberi, che sembrano forti all'apparenza, ma che si rivelano poi vulnerabili a ogni genere di pericolo. L'immagine del protagonista, che trova rifugio fra le fronde degli alberi, consente di riflettere sulla condizione dell'uomo attuale che, oppresso dalla schiacciante routine quotidiana, cerca una via di scampo per vivere in modo attivo la propria esistenza.

BIBLIOGRAFIA

Cordiale S., *Area intermedia* in Montinari G., *Rifornimento in volo. Il lavoro psicologico con gli adolescenti*, Milano, FrancoAngeli, 2006, pp. 85-139.

Jung C.G., *L'io e l'inconscio*, Torino, Boringhieri, 1967.

Shamdasani S., *Jung e la creazione della psicologia moderna. Il sogno di una scienza*, Roma, Edizioni Magi, 2007.

Illustrazioni di **Roger Olmos** dal libro *Cosimo*, Editore Logos, Modena 2016.



Rubrica a cura della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico.

La SISST è nata per promuovere lo studio e l'intervento sul trauma e le sindromi post-traumatiche nel contesto italiano; è inserita in un network scientifico internazionale, essendo affiliata alla European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), al quale afferiscono ormai tremila professionisti che operano a vario titolo nell'ambito della psicotraumatologia.

OBIETTIVI DELLA SOCIETÀ

- promuovere lo studio dello stress traumatico, contribuendo e diffondendo la conoscenza circa le conseguenze per gli individui e per la comunità che vengono causate dagli eventi traumatici
- promuovere la diffusione di trattamenti efficaci e basati su evidenza scientifica ai fini di prevenire e curare le conseguenze post-traumatiche nell'individuo e nella comunità
- mantenere adeguati standard professionali e scientifici
- promuovere e favorire la collaborazione fra individui e organizzazioni a livello nazionale ed europeo, su comuni temi di interesse scientifico, culturale e terapeutico
- divulgare i traguardi raggiunti dalla ricerca nel campo del trauma attraverso appropriate strategie di comunicazione
- organizzare gruppi di lavoro per l'accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, principi etici e per altri ambiti ritenuti necessari
- coordinare formazione e training nell'ambito dello stress traumatico su territorio nazionale ed internazionale anche finalizzata al conseguimento del General Certificate in Psychotraumatology tramite l'organizzazione di workshop coordinati con la ESTSS
- promuovere le pubblicazioni scientifiche in questo ambito
- coordinare le iniziative a livello nazionale e le relazioni con la Società europea di riferimento

Identificare le esperienze sfavorevoli infantili

Trauma-Informed Care (TIC)

Da una presa in carico individuale a una cornice organizzativa

VITTORIA ARDINO

Presidente della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico – SISST

PREMESSA

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) definisce un evento traumatico come un'esperienza di esposizione a minaccia di morte, danno grave o a violenza sessuale. L'esposizione – requisito per la diagnosi di sindromi trauma-correlate – può avvenire per via diretta o indiretta, nel caso in cui le persone siano testimoni o apprendano di un accaduto a una persona cara (APA, 2013). L'esposizione a eventi traumatici è, inoltre, associata a uno spettro di altri esiti avversi che possono compromettere la salute fisica e determinare traiettorie croniche di rischio nell'arco della vita (Galea *et al.*, 2007; Spitzer *et al.*, 2009; Keyes *et al.*, 2013; Scott *et al.*, 2013), attraverso insidie evolutive che hanno un impatto sui pattern comportamentali, emotivi e cognitivi che, spesso, comportano arresto e/o difficoltà nello sviluppo (Wekerle *et al.*, 2001; Wolfe *et al.*, 2003; Anda *et al.*, 2006).

Il quadro sopra descritto spesso avvia un percorso di *in e out* dai servizi socio-sanitari; in particolare, l'esposizione a episodi ripetuti di maltrattamento e abuso aumenta il rischio di compromissione del sistema di regolazione emotiva (Cook *et al.*, 2003; D'Andrea *et al.*, 2012; Nock *et al.*, 2013), problemi di apprendimento, coinvolgimento in comportamenti a rischio (Nock *et al.*, 2013) e difficoltà nelle relazioni (Cook *et al.*, 2005; Arvidson *et al.*, 2011), che funzionano da piattaforma per molti dei quadri clinici complessi che i servizi affrontano, spesso, senza riuscire a cogliere l'incipit traumatico di tali configurazioni psicopatologiche (Ford *et al.*, 2007).

Negli ultimi anni, oltre alle riflessioni su come le psicoterapie possano rispondere meglio alla complessità del trauma psicologico, si è fatto strada un pensiero sui modelli organizzativi e manageriali per rispondere con un'attenzione olistica alle traumatizzazioni croniche in età evolutiva, richiedendo una mag-

giore sistematizzazione delle strategie di prevenzione (Cook *et al.*, 2003). La riflessione che ora si sta componendo, dunque, nell'attualità scientifica è quella sull'interconnessione tra *modelli organizzativi di servizi trauma-informed*, nei termini di prevenzione e anticipazione dei bisogni dei minori vittime di trauma e integrazione delle psicoterapie. Questa sinergia è potenzialmente vitale per una piena efficacia dei trattamenti, la rilevazione più accurata della prevalenza del fenomeno e la prevenzione delle conseguenze a lungo termine associate, quindi, a una diminuzione della permanenza di lungo periodo dei soggetti vulnerabili nel sistema socio-sanitario e, possibilmente, per evitare o comunque seguire meglio le evoluzioni psicopatologiche e/o conseguenze più gravi.

Il concetto di *Trauma Informed Care (TIC)* si rifà a un approccio organizzativo radicato sulla comprensione profonda dell'impatto del trauma sul soggetto in sviluppo. Particolare rilievo è dato al *sensu di sicurezza* (fisica, psicologica ed emotiva) delle vittime/minori traumatizzati e dei professionisti che se ne occupano, consentendo così di ricostruire un senso di controllo e di *empowerment* (Hopper, Bassuk & Olivet, 2010) attraverso l'eliminazione di pratiche e strategie che possono a loro volta (ri)traumatizzare i bambini e gli adolescenti che accedono ai servizi (SAMHSA, 2014). Le organizzazioni coinvolte sono in grado di raggiungere questo obiettivo solo attraverso un processo che coinvolga tutti gli attori e le parti in causa, *in primis* il management, i professionisti, le famiglie diventando particolarmente attenti e responsabili nell'individuare e riconoscere i *trigger traumatici*, episodi o stimoli fisici/ambientali che attivano ricordi consci o inconsci del trauma e le strategie di *coping* disadattivo che il bambino ha imparato spontaneamente a organizzare per autogestire gli effetti del trauma, diventando sintomi post-traumatici (Ardino, 2014; in press).

Per trovare risposte più adeguate e articolate nella loro complessità, diventa necessario quindi proporre una riflessione sul cambiamento culturale e manageriale, necessario per la strutturazione di un'organizzazione *trauma-informed*, capace di focalizzarsi anche sulle barriere implicite al cambiamento proprie della cultura organizzativa stessa. Questo lavoro ha l'obiettivo di esplorare lo scenario scientifico dell'*Evidence-Based Practice* (Pratica Basata sulle Evidenze) applicato alla prevenzione e cura del trauma psicologico, che implica un approccio multidisciplinare all'intervento psicosociale e clinico i cui principi fondamentali ruotano sull'assunto che tutte le decisioni che riguardano la pratica professionale devono essere prese sulla base di risultati scientifici condotti su modelli organizzativi di Servizi che rispondano alle esigenze di chi accede al sistema di cura o educativo (Hjørland, 2011).

SISTEMI TRAUMA-INFORMED E IL CONCETTO DI EVIDENCE BASED PRACTICE

Quando i minori traumatizzati entrano nel sistema socio-sanitario, incontrano spesso momenti di angoscia, smarrimento e/o paura che li sovrastano fino al punto di farli sentire immersi in un sistema che *genera* trauma (Ryan, Bashant, & Brooks, 2006): esempi classici possono essere offerti da cambi di residenza, scuola, classe e/o gruppo dei pari o il contatto con le

procedure mediche (Ko *et al.*, 2008). Tale complessità del quadro di riferimento richiede una riflessione più attenta sulla valutazione del livello di implementazione dei principi di *trauma-informed care* che sono attualmente presenti nei Servizi (pubblici e privati) che i bambini incontrano, oltre che sulle teorie di cambiamento organizzativo che possano aiutare a prevenire eventuali processi di (ri)traumatizzazione (Bloom *et al.*, 2003).

Avere una visione organizzativa *trauma-informed* significa costruire un modello o un sistema la cui missione primaria viene «alterata» a favore di un'acquisita maggiore consapevolezza che il trauma psicologico possa avere un impatto pervasivo a livelli diversi della vita del minore (Harris & Fallot, 2001; Fallot & Harris, 2008). Questo significa prestare attenzione agli aspetti della programmazione organizzativa dell'assistenza attraverso la lente del trauma, anche esplorando le interconnessioni tra sistema educativo e sistema sanitario.

All'interno del sistema educativo e di quello sanitario, le diverse realtà locali affrontano – a livello micro – il trauma psicologico in modo non integrato: hanno spesso diversi livelli di consapevolezza, conoscenza e competenze rispetto all'impatto del trauma e delle sue conseguenze per una mancanza di *policy* chiare e informate sul trauma (Harris, 1998). Non solo non c'è omogeneità nelle stesse organizzazioni, ma esistono anche diverse interpretazioni sulla percezione dell'opportunità e necessità di raccogliere informazioni sulle caratteristiche delle vulnerabilità di esposizione a eventi traumatici. Differenze possono essere registrate anche rispetto al grado di responsabilità che ciascun sistema attiva nel rispondere ai bisogni dei bambini, ma, tuttavia, Scuola e Sanità hanno nella loro missione la priorità di controbilanciare esiti avversi nella vita del bambino che ha subito traumi e di mantenere standard elevati di cura e di formazione. Si tratterebbe, dunque, di coadiuvare una maggiore fluidità tra questi due aspetti e organizzazioni per favorire una maggiore coerenza programmatica e manageriale di risposta a tale priorità.

La creazione di sistemi informati sul trauma, d'altro canto, richiede un investimento culturale nella formazione dei professionisti che ruotano intorno al bambino e alla sua famiglia riconoscendo che, nella maggioranza dei casi, quasi tutti i minori che accedono al sistema socio-sanitario hanno vissuto almeno un evento traumatico nella loro vita. In particolare, i bambini in affido alle comunità sono quelli che sembrano presentare una prevalenza di problematiche connesse alla salute mentale e per tale motivo necessiterebbero di un intervento tempestivo, integrato e di maggiore efficacia. Nei contesti comunitari lo staff è informato e consapevole delle diverse e variegiate manifestazioni delle esperienze psicologiche post traumatiche (per esempio *acting out*, autolesionismo, oppositivo, esplosivo ecc.) e – potenzialmente – potrebbe, quindi, riconoscere e interpretare correttamente il comportamento osservato. Uso il condizionale perché molti di questi professionisti, nonostante siano profondamente attenti al fatto che un bambino o un adolescente abbia probabilmente avuto accesso al sistema socio-sanitario per problemi legati a vissuti traumatici, si rivelano spesso molto meno consapevoli delle connessioni

esistenti tra la storia traumatica e il comportamento osservato e/o le risposte emotive che il minore manifesta, compromettendo quindi una corretta interpretazione e la pianificazione di un efficace intervento (Taylor & Siegfried, 2005; Taylor, Steinberg & Igelman, 2006). Un esempio. I bambini allontanati dalle famiglie spesso presentano complessità post-traumatiche di una certa rilevanza che si traducono in specifici pattern comportamentali. Il ruolo delle reazioni post-traumatiche è spesso non adeguatamente letto né considerato o compreso e, anche quando questo avviene, non ci sono possibilità di intervento che riducano ulteriori manifestazioni di consolidamento traumatico, aggravamento e disturbo (per il minore), perché la comunità non ha a disposizione trattamenti *evidence-based* per le sindromi trauma-correlate (Chadwick Center for Children and Families, 2004; Chaffin & Friedrich, 2004).

La letteratura sulla *Trauma Informed Care* suggerisce che l'implementazione dei suoi principi quali requisiti fondamentali per l'attivazione richiede una predisposizione manageriale, un assessment della cultura organizzativa e relativi cambiamenti (Harris & Fallot, 2001; Rivard *et al.*, 2005). Esistono poi diversi schemi da seguire nella costruzione dell'unità TIC a seconda dei contesti di applicazione quali scuola, sistema socio-sanitario, sistema giudiziario o comunità dove sono necessari i relativi riadattamenti dei protocolli (per esempio di screening e di valutazione psicodiagnostica) a seconda della *mission* dell'organizzazione (Taylor *et al.*, 2006).

Come rappresentato nell'immagine di seguito riportata, i principi guida di un modello organizzativo *trauma-informed* si basano su questi punti cardine: (a) massimizzare il senso di sicurezza, (b) supportare i bambini e gli adolescenti nella gestione di vissuti emotivi che li sovrastano, (c) aiutare i bambini a costruire un nuovo significato della loro storia traumatica e delle esperienze attuali, (d) occuparsi dell'impatto del trauma e dei cambiamenti nel comportamento, nello sviluppo e nelle relazioni, (e) coordinare i servizi con altre agenzie e viceversa, (f) utilizzare protocolli psicodiagnostici che guidino i servizi, (g) supportare e promuovere relazioni positive e stabili nella vita del bambino, (h) fornire supporto alla famiglia, (i) gestire la traumatizzazione secondaria (effetto del trauma sui professionisti).

La complessità complementare di una tale cornice teorica propone una visione multilivello di cambiamento organizzativo. L'obiettivo comune è quello di migliorare la comprensione tecnica dello staff, di costruire una capacità organizzativa e di individuare e identificare le barriere che non permettono l'implementazione del paradigma TIC a livello di intervento, strategia e management.

In Italia l'implementazione di tale cultura non è ancora diffusa, pur evidenziandosi già come soluzione strategica per i prossimi anni a fronte di un sempre crescente interesse verso la psicotraumatologia non corroborato a livello applicativo da politiche e scelte condivise che siano finalizzate a una visione integrata e di lungo periodo. Evidentemente non stiamo parlando solo di terapie *evidence based*, ma anche di *pratiche basate sull'evidenza*: la condivisione strategica di organizzazioni

interconnesse che siano sempre più in grado di identificare la prevalenza delle esperienze traumatiche nell'infanzia e nell'adolescenza e di dare risposte adeguate a seconda dei livelli di supporto necessari (per esempio intervento educativo, psicosociale e/o psicoterapeutico).

I MILIEU DELLA TRAUMA-INFORMED CARE

Come già accennato, nonostante gli effetti del trauma abbiano un impatto su diversi domini dello sviluppo del bambino e dell'adolescente, è ancora troppo radicata la credenza che sia un compito esclusivo dello psicologo clinico intervenire sui nuclei traumatici. Ne consegue che, spesso, risposte appropriate alla disregolazione emotiva e comportamentale, che si manifesta in altri contesti quali la scuola o il contesto sanitario, non siano affrontate in modo adeguato dagli adulti che ruotano in vari ruoli attorno al minore (Brown *et al.*, 2013; Ko *et al.*, 2008; Kletzka & Siegfried, 2008).

Questo è problematico perché il fallimento dell'identificazione di storie traumatiche nei vari *milieu* di vita del bambino – partendo dalla famiglia – conferma ed esacerba i sintomi, funge da *trigger* dei ricordi traumatici e ritraumatizza il bambino (Child Welfare Information Gateway, 2017; Berliner *et al.*, 2015; Donisch *et al.*, 2016; Kletzka and Siegfried, 2008): il mancato riconoscimento spinge l'asse di raccolta delle esperienze traumatiche sulla produzione di sintomi e ne compromette, in modo difensivo, accesso ed elaborabilità.

Scuole trauma-sensitive

Il crescente interesse per la creazione di *scuole trauma-sensitive* (sensibili al trauma) parte da una sempre maggiore consapevolezza che la prevalenza della (pluri)esposizione a eventi traumatici in età evolutiva (Finkelhor *et al.*, 2015; McLaughlin *et al.*, 2013; 2015), espone il minore a vulnerabilità psicopatologiche e disturbi trauma correlati. A questa dobbiamo aggiungere una corrispondente e maggiore attenzione scientifica sull'impatto corrosivo della necessità di adattamenti continui e cronici in seguito all'esposizione a esperienze sfavorevoli infantili ed esperienze di (poli)vittimizzazione (Hamoudi *et al.*, 2015; Turner *et al.*, 2017). Questo movimento di sensibilità culturale e scientifico sull'impatto delle esperienze traumatiche sui minori è stato anche coadiuvato dall'applicazione di trattamenti adattati al contesto scolastico in America e nel Regno Unito (Rolfesnes & Idsoe, 2011).

Le scuole *trauma-informed* richiedono una conoscenza di base diffusa e applicata: al personale è richiesta una conoscenza di base degli effetti potenziali del trauma sull'apprendimento e sul comportamento (Cole, 1998; Cole & Crichton, 2006; SAMHSA, 2014; Levenson *et al.*, 2016; Overstreet & Chafouleas, 2016). Recenti analisi della letteratura su questi aspetti hanno stimato che circa due bambini su tre hanno vissuto un evento traumatico prima dei 17 anni (Perfect *et al.*, 2016); ciò è confermato da un altro contributo che riporta un dato simile in un campione di 66.000 bambini in età scolare che hanno partecipato alla ricerca del National Child Study of Children's Health (Porche *et al.*, 2016). Entrambi i lavori concludono che, per poter intervenire anche in termini preventivi sui futuri adul-

ti con vulnerabilità trauma correlate, le scuole dovrebbero prendere atto di questo dato (in aumento) e confrontarsi con le conseguenze sul piano educativo rispetto a un'esposizione così elevata e sulla possibilità molto concreta di riconoscere anche segnali «non-tipici» che, quindi, si manifestano in modalità non immediatamente riconducibili alle «tipiche» reazioni post-traumatiche.

Le scuole sono un importante contesto per poter riconoscere e segnalare i bambini e gli adolescenti più fragili – sempre in termini evolutivi postraumatici – ai servizi competenti. Culturalmente ci sono però pochi strumenti e strategie di screening a disposizione dei professionisti di questo contesto per riconoscere questi disagi e segnalare eventuali sindromi post-traumatiche: spesso viene lamentata la mancanza di indicazioni per una strategia di invio efficace in casi di traumatizzazione e sintomatologie ad essi riconducibili (per esempio alcolismo, dipendenze, DA, DCA ecc.). Questo tema di riconoscimento del trauma psicologico pone le scuole di fronte a un dilemma: come è possibile bilanciare la missione primaria di formare i minori con il fatto che molti allievi hanno bisogno di aiuto rispetto alle loro reazioni post-traumatiche ai fini di ingaggiarsi in modo attivo nel processo di apprendimento (e di crescita anche di resilienza).

Pensando al contesto educativo e alla possibilità di coinvolgimento dei minori – in vari ruoli – in episodi di violenza, ricordiamo che anche queste dinamiche traumatogene sono associate a una diminuzione delle capacità di lettura (Delaney-Black *et al.*, 2002), a un peggioramento della performance scolastica, della capacità di socializzazione, oltre che un incremento delle assenze dalle lezioni (Hurt *et al.*, 2001). Pensando al contesto familiare disagiato, le famiglie a basso reddito sembrano essere maggiormente vulnerabili agli effetti avversi del trauma psicologico, perché i loro minori sono spesso sotto scacco, crescendo in un contesto potenzialmente maltrattante o violento che può essere appesantito dal fallimento scolastico (Thernstrom & Thernstrom, 2003) e dalla difficoltà di accesso al supporto psicologico (Kataoka, Zhang & Wells, 2002).

La sfida delle scuole che riconoscono il ruolo del trauma va oltre l'individuazione dei bambini vittime di trauma e la loro eventuale segnalazione ai servizi: mantenere anche a livello organizzativo un ruolo passivo non permette di mettere in campo le azioni necessarie per far sì che ogni studente possa esprimere il suo pieno potenziale (Perry, 2004). Dalla letteratura sappiamo che i bambini e gli adolescenti che non hanno avuto l'opportunità di completare in modo adeguato i processi di attaccamento hanno capacità ridotte di gestione dello stress e di regolazione emotiva, funzioni e difese sostenute da uno sviluppo articolato e disarmonico delle zone della corteccia pre-frontale (manager esecutivo del sistema neurologico).

Gli studenti con una corteccia pre-frontale mal regolata presentano spesso comportamenti distruttivi alle elementari in risposta all'angoscia di separazione che in questi casi non può attingere ad un'adeguata struttura di auto-regolazione in linea con l'età di sviluppo del soggetto. Spesso questi sono comportamenti interpretati come ostili a livello personale o della classe e purtroppo non sempre ci sono strumenti che ne permetta-

no una lettura più autentica riconoscendo l'eventuale matrice post-traumatica, e questa «mancata conoscenza» elicitando rapide azioni disciplinari. Ma tali reazioni del contesto vengono interpretate dal bambino traumatizzato come un ennesimo rifiuto e mettono in moto pattern di insicurezza emotiva e comportamenti che continueranno a interferire anche con il processo di apprendimento (Badenoch, 2008; Cozolino, 2006, 2014).

Le esperienze precoci di paura e terrore non trovano spazio in una narrazione e tali ricordi impliciti – immagazzinati nell'amigdala e incastonati nelle zone profonde del sistema limbico – causano la percezione di sentire di essere senza speranza in un vortice di estrema sensibilizzazione al pericolo (Oehlberg, 2006). Questi schemi di reazione si attivano su *shift* automatici al di là della corteccia e si basano su risposte di sopravvivenza (Levine & Kline, 2007). Il processo di apprendimento è reso più faticoso e difficile proprio perché spesso questi bambini non riescono a comunicare la loro paura con le parole e la agiscono con il comportamento, causando un'interpretazione errata da parte degli adulti e di specialisti (per esempio errate diagnosi primarie di ADHD, DSA ecc.).

Insomma, il rischio è di confondere la causa con l'effetto e travisarne il quadro generale, mediando involontariamente una risposta non congruente né opportuna. Ma questi bambini non potranno attingere alle proprie risorse riparative per consentire una riparazione funzionale/anatomica spontanea della loro corteccia se continuano a rimanere attivi nel loro sistema limbico (emotivo) per effetto di azioni disciplinari incongrue. La conseguenza più diretta sarà la difficoltà di apprendimento per compromissione della capacità di simbolizzazione nella disregolazione emotiva (o mancato sviluppo della capacità di regolazione), che a sua volta imbrigherà quella cognitiva (Forbes *et al.*, 2007).

Gli studenti con sintomi post-traumatici sono più sensibili al contesto e/o all'adulto di riferimento e in particolare riconoscono velocemente quei segnali che precludono a esperienze traumatiche già vissute: per esempio riconoscono quegli insegnanti che stanno per perdere il controllo attraverso l'inconsapevole monitoraggio della frequenza del loro respiro o del tono di voce o di alcune espressioni facciali. Questo si attiva difensivamente perché quei segnali, ai quali sono stati precocemente e/o violentemente esposti, sono diventati *trigger* per i loro ricordi traumatici non elaborati. E se la reazione di allarme di uno studente attiva altre memorie traumatiche non elaborate di altri bambini (o adolescenti) si può creare un'atmosfera di classe in cui c'è poco spazio per l'apprendimento nell'atmosfera di reattività diffusa e apparentemente incomprensibile per la sua maggiore complessità (Oehlberg, 2006; Dallmann-Jones, 2006; Woolbridge *et al.*, 2016). Questa reazione a catena rappresenta una possibilità polarizzata verso l'azione. Pensando all'altro polo dello spettro dei possibili comportamenti, studenti che hanno sintomi di anestesia emotiva o dissociazione e che appaiono molto passivi non creano problemi al clima generale della classe, ma non sono ingaggiati nel processo di apprendimento perché troppo occupati a gestire gli stati interni di confusione e affettività negativa opprimente.

Attualmente, gli insegnanti, psicologi scolastici, dirigenti rice-

vono poca formazione sugli aspetti di TIC che abbiamo descritto per il contesto scolastico e, quindi, sulle modalità con cui potrebbero aiutare gli studenti – che hanno vissuto traumi – a trarre maggiore beneficio dalla complessità dell'esperienza scolastica. Non è necessaria una conoscenza specialistica: la sola informazione sui legami tra alterazioni del funzionamento del sistema nervoso centrale, trauma e conseguenze osservabili di per sé fornisce una migliore capacità di intervento e orientamento didattico, oltre che di corrispondenza empatica. Questa potenziale implementazione avrebbe implicazioni fondamentali sulle politiche educative, permettendo di scegliere strategie e protocolli che non aggravino il senso di rifiuto di questi studenti: la punizione lascerebbe il posto all'integrazione nella comunità educativa e nel gruppo dei pari, con conseguente miglioramento delle condizioni di lavoro di tutte le parti attive (per esempio prevenzione del *burnout* degli insegnanti).

Secondo questo modello, i dirigenti avvieranno una formazione che permetterà la sinergia necessaria: gli insegnanti saranno formati alla proposizione di attività centrate sulla sensorialità per trasformare i ricordi non elaborati in una possibilità espressiva, e gli psicologi scolastici – per esempio – incoraggiati ad usare strumenti di screening e psicodiagnostici ai fini non di una semplice e sterile identificazione dei sintomi, ma per individuare le risorse e creare moduli di intervento con gli insegnanti.

La TIC nel contesto sanitario

La prospettiva delle determinanti sociali spinge verso la creazione di modelli di salute pubblica che promuovano la salute in tutte le politiche socio-sanitarie. Per quanto detto sopra, dunque, i principi di *trauma informed care* rappresentano una cornice significativa nella guida delle scelte di *advocacy* e di programmazione del sistema sanitario. La TIC è fondamentale in un sistema sanitario che ponga al centro la prevenzione e il benessere del minore.

Il sistema sanitario pediatrico, inoltre, è articolato in diversi servizi e prevede quindi varie possibilità di intervento, dove convergono diversi approcci disciplinari e dove, spesso, il contatto con il singolo paziente rappresenta un potenziale di continuità relazionale (bambino e famiglia) che è alla base della proposta/accettazione di un supporto specialistico alle esperienze traumatiche.

L'esperienza con la cura fisica è a volte difficile, dolorosa e spaventosa per il bambino. Le reazioni post-traumatiche nei bambini e adolescenti rispetto a una serie di esperienze mediche potenzialmente traumatogene – quali per esempio ferite, cancro, diabete, procedure mediche dolorose – hanno avviato la riflessione sull'interconnessione degli aspetti medici con le reazioni post-traumatiche (Saxe, Vanderbilt, & Zuckerman, 2003; Stuber *et al.*, 2006). Si tratta di un ramo della letteratura scientifica piuttosto giovane e l'attenzione era ristretta alla sola rilevazione di casi di abuso/maltrattamento e relative segnalazioni: la presenza di potenziali traumatogeni nel sistema sanitario va oltre all'esperienza di maltrattamento/violenza ed è ravvisabile in tanti aspetti del contatto del minore con una

situazione medica, di ricovero in ospedale o altre strutture.

Il contesto sanitario, per esempio, è il primo ad accogliere bambini e adolescenti in una fase acuta in seguito a eventi potenzialmente traumatici quali incidenti stradali, disastri naturali o altro ancora, che può aggiungersi alle classiche forme di maltrattamento e abuso. Data la necessità di valutazione e trattamento medico di urgenza per questi pazienti, diventa importante in questa fase e in questo sistema – preventivamente e per una migliore diagnosi e cura – identificare quei bambini vulnerabili agli effetti del trauma già in fase acuta che, quindi, potrebbero essere a rischio di disturbo post-traumatico nel lungo periodo (Horowitz, Kassam-Adams, & Bergstein, 2001; Ruzek & Cordova, 2003; Kassam-Adams & Winston, 2004). Individuare le vulnerabilità e integrare più efficacemente il trattamento medico con un sostegno/trattamento psicologico ove necessario.

Sono questi i luoghi, inoltre, dove è importante avere una visione *trauma-informed* per poter leggere molte espressioni psicopatologiche attraverso una visione *trauma-informed*. Alcune malattie – per esempio muscoloscheletriche, circolatorie, endocrine ecc. – viste con la lente del trauma permettono la creazione di modelli diagnostici, esplicativi e di intervento più integrati (Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005; Imbierowicz & Egle, 2003; Seng *et al.*, 2005). L'impatto dello stress traumatico sulla salute fisica e la possibilità di occuparsi dell'interpretazione trauma-sindromica del disagio osservato/lamentato dal paziente permetterebbe di alleggerire (in termini di presenze) e al contempo di aumentare (in termini di efficacia) il carico del sistema sanitario, permettendo anche una riflessione economica sulle ricadute vantaggiose e di risparmio sulla spesa pubblica. Trasformare un'occasione di intervento implementata in una opportunità di prevenzione, abbassando i costi sanitari. Ci sono infatti già consolidate strategie di prevenzione basate sull'identificazione/segnalazione di situazioni di maltrattamento e abuso, ma queste possibilità e competenze potrebbero essere ampliate alle diverse forme di trauma a cui i bambini possono essere esposti.

Comporre griglie interpretative e costruire modelli di prevenzione e intervento più adeguati sono investimenti importanti multifattoriali e complessi le cui ricadute potranno essere visibili soprattutto a lungo termine. La risposta dei servizi di salute pubblica a queste problematiche necessita infatti la pianificazione di interventi di prevenzione e modelli di trattamento che possano prendere in carico il minore e la famiglia: senza interventi integrati ed efficaci le conseguenze nel lungo periodo di traumi non riconosciuti o non curati diventeranno un grave problema non solo individuale, ma di compromissione generale dell'efficacia di trattamento dei servizi a livello nazionale, configurando scenari mediati da una grave negligenza individuale e politica.

Esistono diverse modalità attraverso cui la TIC può fondersi bene con la cultura e gli obiettivi di un servizio sanitario che ha a cuore la salute nella sua complessità. Alcuni concetti proposti in aiuto all'obiettivo di cura, quali quello di «cura centrata sulla famiglia» e di «possibilità di avere la presenza del genitore durante una procedura di emergenza o altri momenti critici»

ci del bambino» hanno permesso importanti ed efficaci innovazioni nella pratica pediatrica (Lewis, Holditch-Davis, & Brussen, 1997; Sacchetti *et al.*, 1996; Woodward & Fleegler, 2001; Horowitz, Kassam-Adams & Bergstein, 2001). Così possiamo comprendere meglio le potenzialità di molte proposte di *Trauma Informed Care*, applicati in contesti anche non medici, ideate e costruite in linea con questi modelli pediatrici di migliore efficacia (AAP, 2003; Hanson *et al.*, 1995).

Il vantaggio naturale delle strutture sanitarie è dato dall'implicita posizione ideale di raccordo e intervento, quindi nel poter adottare interventi *trauma-informed* per migliorare la qualità del servizio dato a ciascun paziente, monitorando le integrazioni e valutando il vantaggio di pratiche promettenti. Infatti le azioni di screening e di intervento sullo stress traumatico dovrebbero essere previsti in iniziative già esistenti e finalizzate appunto a un continuo miglioramento e controllo di qualità del servizio offerto alla comunità. Le valutazioni di *policy* rappresenterebbero quindi un passaggio critico per poter comprendere ciò che funziona – in termini di fruizione di servizi – all'interno del sistema sanitario (Zakrzewski, Steven & Ricketts, 2009): studi di monitoraggio e di valutazione di sistema sono dunque necessari per scoprire gli elementi di *best practice*. Nello specifico, diventa cruciale valutare la qualità di intervento attraverso il monitoraggio dell'implementazione e le sue conseguenze – per esempio sulla qualità dell'eventuale adesione dei pazienti alla proposta – distinguendo i fattori di *processo* e di *successo* (Law, Shek & Ma, 2011).

CONCLUSIONI

L'obiettivo di questo articolo era quello di offrire un fotogramma di riflessione dell'importanza di ragionare sull'applicabilità dei principi *Trauma Informed* in contesti educativi e di cura a cui accedono bambini e adolescenti. Dalla letteratura sappiamo che la formazione tecnica (ed emotiva) dello staff e l'aumento di consapevolezza circa la pervasività del trauma permettono di rispondere in modo più adeguato a un'urgenza di salute pubblica solo se le scelte organizzative sono orientate a un'integrazione/applicazione più concreta ed efficace dei principi manageriali della *Trauma Informed Care*.

Il significativo scarto che esiste tra gli psicotraumatologi che operano a livello individuale e gli altri professionisti e manager del servizio pubblico è mantenuto dalla mancanza di visione integrata e condivisa sul ruolo del trauma psicologico nelle conseguenze osservabili in diversi contesti, quelli in cui il bambino vive. Auspichiamo, quindi, che questa proposta possa rappresentare un passaggio obbligato nella riflessione ormai necessaria per l'implementazione di servizi: la capacità di integrazione unita a una possibilità di collaborazione intercontestuale rappresentano sicuramente una delle più rivoluzionarie potenzialità sinergiche sui meccanismi di prevenzione e promozione della salute del bambino, anche a lungo termine.

Bibliografia

AAP - American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care & Institute for Family-Centered Care, *Policy statement: family-centered care and the pediatrician's role*, «Pediatrics», 112, 2003, pp. 691-696.

Anda R.F., Felitti V. J., Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C.H., Perry

B.D., Dube Sh.R. & Giles W. H., *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*, «European archives of psychiatry and clinical neuroscience», 256(3), 2006, pp. 174-186.

APA - American Psychiatric Association (2013), *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano, Cortina, 2014.

Ardino V., *Trauma-informed care: is cultural competence a viable solution for efficient policy strategies?*, «Clinical Neuropsychiatry», 11(1), 2014, pp. 45-51.

Healthcare utilization and trauma-informed care: a discussion paper. Maltrattamento e abuso all'infanzia, in press.

Arvidson J., Kinniburgh K., Howard K., Spinazzola J., Strothers H., Evans M., Andres B., Cohen C. & Blaustein M.E., *Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model*, «Journal of Child & Adolescent Trauma», 4(1), 2011, pp. 34-51.

Badenoch B., *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), London, WW Norton & Company, 2008.

Berliner L., Fitzgerald M.M., Dorsey S., Chaffin M., Ondersma S.J. & Wilson C., *Report of the APSAC task force on evidence-based service planning guidelines for child welfare*, «Child maltreatment», 20(1), 2015, pp. 6-16.

Bloom S.L., Bennington-Davis M., Farragher B., McCorkle D., Nice-Martin K. & Wellbank K., *Multiple opportunities for creating sanctuary*, «Psychiatric Quarterly», 74(2), 2003, pp. 173-190.

Law B.M., Shek D.T. & Ma C.M., *Exploration of the factorial structure of the revised personal functions of the volunteerism scale for Chinese adolescents*, «Social indicators research», 100(3), 2011, pp. 517-537.

Brown A.D., McCauley K., Navalta C.P. & Saxe G.N., *Trauma Systems Therapy in residential settings: Improving emotion regulation and the social environment of traumatized children and youth in congregate care* «Journal of family violence», 28(7), 2013, pp. 693-703.

Chadwick Center for Children and Families, *Closing the quality chasm in child abusetreatment: identifying and disseminating best practises*, 2004, <http://www.chadwickcenter.org/kauffman.htm>

Chaffin M. & Friedrich B., *Evidence-based treatments in child abuse and neglect*, «Children and Youth Services Review», 26, 2004, pp. 1097-1113.

Child Welfare Information Gateway, *Child Maltreatment 2015: Summary of key findings*, Washington (DC), U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, 2017.

Cole E., *Immigrant and refugee children: Challenges and opportunities for education and mental health services*, «Canadian Journal of School Psychology», 14(1), 1998, pp. 36-50.

Cole E. & Crichton N., *The culture of a trauma team in relation to human factors*, «Journal of clinical nursing», 15(10), 2006, pp. 1257-1266.

Cook A., Blaustein M., Spinazzola J. & van der Kolk B.A., *Complex Trauma in Children and Adolescents: White Paper from the National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Task Force* (PDF), «National Child Traumatic Stress Network», vol. 14, 2003, retrieved 2013-2011.

Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M. & Van der Kolk B.A., *Complex trauma*, «Psychiatric annals», 35(5), 2005, pp. 390-398.

Cozolino L., *The social brain*, «Psychotherapy in Australia», 12(2), 2006, pp. 12.

The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), London, WW Norton & Company, 2014.

D'Andrea W., Ford J., Stolbach B., Spinazzola J. & van der Kolk B.A., *Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis*, «American Journal of Orthopsychiatry», 82(2), 2012, pp. 187-200.

Dallmann-Jones A.S., *Shadow Children: Understanding Education's, # 1 Problem*. RDL Publications, Inc, 2006.

Delaney-Black V., Covington C., Ondersma S.J., Nordstrom-Klee B., Templin T., Ager J. *et al.*, *Violence exposure, trauma and IQ and/or reading deficits among urban children*, «Archives of Pediatric and Adolescent Medicine», 156, 2002, pp. 280-285.

Donisch K., Bray C. & Gewirtz A., *Child welfare, juvenile justice, mental*

- health, and education providers' conceptualizations of trauma-informed practice, «Child maltreatment», 21(2), 2016, pp. 125-134.
- Fallot R.D. & Harris M., *Trauma-informed approaches to systems of care*, «Trauma Psychology Newsletter», 3(1), 2008, pp. 6-7.
- Finkelhor D., Shattuck A., Turner H. & Hamby S., *A revised inventory of adverse childhood experiences*, «Child abuse & neglect», 48, 2015, pp. 13-21.
- Forbes D., Creamer M., Phelps A., Bryant R., McFarlane A., Devilly G.J., Matthews L., Raphael B., Doran C., Merlin T. & Newton S., *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», 41(8), 2007, pp. 637-648.
- Ford J.D., Chapman J.F., Hawke J. & Albert D., *Trauma among youth in the juvenile justice system: Critical issues and new directions*, «National Center for Mental Health and Juvenile Justice», 2007, 1-8.
- Galea S., Brewin C.R., Gruber M., Jones R.T., King D.W., King L.A., McNally R.J., Ursano R.J., Petukhova M. & Kessler R.C., *Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina*, «Archives of General Psychiatry», 64, 2007, pp. 1427-1434.
- Hamoudi A., Murray D.W., Sorensen L. & Fontaine A., *Self-regulation and toxic stress: A review of ecological, biological, and developmental studies of self-regulation and stress*, OPRE Report # 2015-30, Washington (DC), Office of Planning, Research, Evaluation, and Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, 2015.
- Hanson C.L., De Guire M.J., Schinkel A.M. & Kolterman O.G., *Empirical validation for a family-centered model of care*, «Diabetes Care», 18(10), 1995, pp. 1347-1356.
- Harris M., *Trauma, recovery and empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*, New York, Free Press, 1998.
- Harris M., Fallot R.D. (Eds.), *Using trauma theory to design service systems*, «New Directions for Mental Health Services», 89, 2001.
- Hjørland B., *Evidence-based practice: An analysis based on the philosophy of science*, «Journal of the Association for Information Science and Technology», 62(7), 2011, pp. 301-1310.
- Hopper E.K., Bassuk E. & Olivet J., *Shelter from the storm: trauma-informed care in homelessness services setting*, «The Open Health Services and Policy Journal», 2, 2010, pp. 131-151.
- Horowitz L., Kassam-Adams N. & Bergstein J., *Mental health aspects of emergency medical services for children: summary of a consensus conference*, «Journal of Pediatric Psychology», 26(8), 2001, pp. 491-502.
- Hurt H., Malmud E., Brodsky N.L. & Giannetta J., *Exposure to violence: psychological and academic correlates in child witnesses*, «Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine», 155, 2001, pp. 1351-1356.
- Imbierowicz K. & Egle U.T., *Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder*, «European Journal of Pain», 7(2), 2003, pp. 113-119.
- Kassam-Adams N., & Winston F.K., *Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», 43(4), 2004, pp. 403-411.
- Kataoka S.H., Zhang L. & Wells K.B., *Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status*, «American Journal of Psychiatry», 159, 2002, pp. 1548-1555.
- Keyes K.M., McLaughlin K.A., Demmer R.T., Cerdá M., Koenen K.C., Uddin M., Galea S., *Potentially traumatic events and the risk of six physical health conditions in a population-based sample*, «Depression and Anxiety», 30, 2013, pp. 451-460.
- Kletzka N.T. & Siegfried C., *Helping children in the child welfare systems heal from trauma: A systems integration approach*, «Juvenile and Family Court Journal», 59(4), 2008, pp. 7-20.
- Ko S.J., Ford J.D., Kassam-Adams N., Berkowitz S.J., Wilson C., Wong M., Brymer M.J. & Layne C.M., *Creating trauma-informed systems: child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice*, «Professional Psychology: Research and Practice», 39(4), 2008, pp. 396.
- Levenson J.S., Willis G.M., & Prescott D.S., *Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care*, «Sexual Abuse», 28(4), 2016, pp. 340-359.
- Levine P.A., & Kline M., *Trauma through a child's eyes*, Berkeley, Berkeley Press (CA), 2007.
- McLaughlin K.A., Koenen K.C., Hill E.D., Petukhova M., Sampson N.A., Zaslavsky A.M. & Kessler R.C., *Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a national sample of adolescents*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», 52(8), 2013, pp. 815-830.
- McLaughlin K.A., Sheridan M.A., Tibu F., Fox N.A., Zeanah C.H. & Nelson C.A., *Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children*, «Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America», 112(18), 2015, pp. 5637-5642.
- Nock M.K., Deming C.A., Fullerton C.S., Gilman S.E., Goldenberg M., Kessler R.C., McCarroll J.E., McLaughlin K.A., Peterson C., Schoenbaum M., Stanley B. & Ursano R.J., *Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors*, «Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes», 76(2), 2013, pp. 97-125.
- Nock M.K., Green J.G., Hwang I., McLaughlin K.A., Sampson N.A., Zaslavsky A.M. & Kessler R.C., *Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement*, «JAMA Psychiatry», 70(3), 2013, pp. 300-310.
- Oehlberg B.E., *Reaching and teaching stressed and anxious learners in grades 4-8: Strategies for relieving distress and trauma in schools and classrooms*, Corwin Press, 2006.
- Overstreet S. & Chafouleas S.M., *Trauma-informed schools: Introduction to the special issue*, «School Mental Health», 8(1), 2016, pp. 1-6.
- Perfect M.M., Turley M.R., Carlson J.S., Yohanna J. & Saint Gilles M.P., *School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015*, «School Mental Health», 8(1), 2016, pp. 7-43.
- Perry B., *Understanding traumatized and maltreated children: The core concepts—Living and working with traumatized children*, «The Child Trauma Academy», 2004.
- Porche M.V., Costello D.M. & Rosen-Reynoso M., *Adverse family experiences, child mental health, and educational outcomes for a national sample of students*, «School Mental Health», 8(1), 2016, pp. 44-60.
- Rivard J.C., Bloom S.L., McCorkle D. & Abramovitz R., *Preliminary results of a study examining the implementation and effects of a trauma recovery framework for youths in residential treatment*, «Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations», 26(1), 2005, pp. 83-96.
- Rolfesnes E.S. & Idsoe T., *Back to school II: A response to Cohen, Jaycox, Amaya-Jackson, and Stein*, «Journal of traumatic stress», 24(6), 2011, pp. 762-762.
- Ruzek J. & Cordova M., «The role of hospitals in delivering early intervention service following traumatic events», in R. Omer & U. Schnyder (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: innovations in the care of survivors*, Oxford, Oxford University Press, 2003.
- Ryan B., Bashant C. & Brooks D., *Protecting and supporting children in the child welfare system and the juvenile court*, «Juvenile and Family Court Journal», 57(1), 2006, pp. 61-69.
- Sacchetti A., Lichtenstein R., Carraccio C. & Harris R., *Family member presence during pediatric emergency department procedures*, «Pediatric Emergency Care», 12, 1996, pp. 268-271.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2013 national survey on drug use and health (NSDUH): Mental health detailed tables*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, 2014.
- Saxe G., Vanderbilt D. & Zuckerman B., *Traumatic stress in injured and ill children*, «PTSD Research Quarterly», 14(2), 2003, pp. 1-7.
- Schneiderman N., Ironson G. & Siegel S.D., *Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants*, «Annu. Rev. Clin. Psychol.», 1, 2005, pp. 607-628.
- Scott K., Koenen K.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Benjet C., Bruffaerts R., Caldas-de-Almeida J.M., de Girolamo G., Florescu S., Iwata N., Levinson D., Lim C.C., Murphy S., Ormel J., Posada-Villa J. & Kessler R.C., *Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study*, «PLOS ONE», 8, 2013, pp. 11.

- Seng J.S., Graham-Bermann S.A., Clark M.K., McCarthy A.M. & Ronis D.L., *Posttraumatic stress sordide and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service use data*, «Pediatrics», 116, 2005, pp. 767-776.
- Spitzer C., Barnow S., Volzke H., John U., Freyberger H.J., Grabe H.J., *Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population*, «Psychosomatic Medicine», 71, 2009, pp. 1012-1017.
- Stuber M., Schneider S., Kassam-Adams N., Kazak A. & Saxe G., *The medical traumatic stress toolkit*, CNS Spectrums, 11, 2006, pp. 137-142.
- Taylor N. & Siegfried C., *Helping children in the child welfare system heal from trauma: a systems integration approach*, 2005, http://www.nctsn-net.org/nctsn_assets/pdfs
- Taylor N., Steinberg A. & Igelman R., *In pursuit of a more trauma-informed child welfare system*, «APSAAC Advisor», 18(2), 2006, pp. 4-9.
- Thernstrom A. & Thernstrom S., *No excuses: closing the social gap in learning*, New York City, Simon & Schuster, 2003.
- Turner H.A., Shattuck A., Finkelhor D. & Hamby S., *Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress*, «Journal of interpersonal violence», 32(5), 2017, pp. 755-780.
- Wekerle C., Wolfe D.A., Hawkins D.L., Pittman A.L., Glickman A. & Lovald B.E., *Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: Considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma mediational model*, «Development and psychopathology», 13(4), 2001, pp. 847-871.
- Wolfe D.A., Wekerle C., Scott K., Straatman A.L., Grasley C. & Reitzel-Jaffe D., *Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation*, «Journal of consulting and clinical psychology», 71(2), 2003, pp. 279.
- Woodbridge M.W., Sumi W.C., Thornton S.P., Fabrikant N., Rouspil K.M., Langley A.K. & Kataoka S.H., *Screening for trauma in early adolescence: Findings from a diverse school district*, «School Mental Health», 8(1), 2016, pp. 89-105.
- Woodward G. & Fleegler E., *Should parents accompany pediatric inter-facility ground ambulance transports? Results of a National survey of pediatric transport team managers*, «Pediatric Emergency Care», 17(1), 2001, pp. 22-27.
- Zakrzewski S., Steven C. & Ricketts C., *Evaluating computerbased assessment in a risk-based model*, «Assessment & Evaluation in Higher Education», 34, 2009, pp. 439-454.



JUDITH LEWIS HERMAN

GUARIRE DAL TRAUMA

Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo

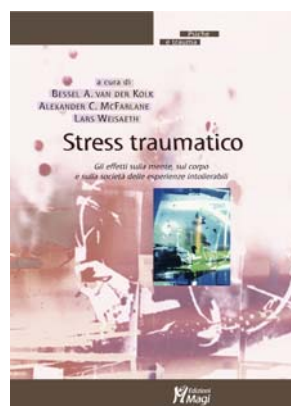
COLLANA: **Psiche e Trauma**

PREZZO: € 28,00

PAGINE: 360

FORMATO: 15,5 x 21

ISBN: 9788874871483



BESSEL A. VAN DER KOLK
ALEXANDER C. MCFARLANE
LARS WEISAETH (A CURA DI)

STRESS TRAUMATICO

Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili

COLLANA: **Psiche e Trauma**

PREZZO: € 40,00

PAGINE: 596

FORMATO: 16,5 x 24

ISBN: 9788874871049

Il sopravvissuto al trauma chiede, a chi si prende cura di lui, di ricomporre i frammenti, di ricostruire una storia, di dare un senso ai suoi sintomi di oggi alla luce degli eventi di ieri. Guarire dal trauma è frutto di ricerca e lavoro clinico con vittime della violenza sessuale e domestica, con veterani di guerra e vittime del terrorismo politico. È un libro sulla possibilità di ristabilire i legami e, quindi, un libro sulla guarigione: tra il mondo pubblico e quello privato, tra l'individuo e la comunità, tra gli uomini e le donne. È un libro su ciò che hanno in comune le sopravvissute a stupri e i veterani di guerra, le donne maltrattate e violentate e i prigionieri politici, i sopravvissuti ai campi di concentramento... L'autrice, nella prima parte del volume, delinea le modalità dell'adattamento umano agli eventi traumatici e fornisce una nuova terminologia diagnostica al disturbo psichico dei sopravvissuti ad abusi ripetuti e prolungati. Le fasi fondamentali della guarigione includono la costituzione di un saldo senso di sicurezza, la ricostruzione della storia del trauma e la ricostituzione dei legami con la comunità. La seconda parte è dedicata al processo di guarigione offrendo una nuova cornice concettuale alla psicoterapia dei traumatizzati. L'intero corpus teorico è intervallato, fruendone proficuamente, dalle testimonianze dei sopravvissuti, cuore e linfa di questo libro.

Il riconoscimento del Disturbo Post-traumatico da Stress (DPTS) quale entità diagnostica nella terminologia psichiatrica, avvenuto nel 1980, ha favorito lo sviluppo di ricerche sulle modalità con cui le persone reagiscono alle esperienze oppressive. Il volume presenta le attuali conoscenze sugli aspetti conosciuti di tali modalità e compendia le scoperte cliniche accumulate nel corso degli anni. Integra la trattazione la rassegna critica dei contributi relativi alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress. Lo studio dello stress traumatico pone l'esigenza di un approccio al problema che sappia coniugare l'obiettività della scienza con la consapevolezza dei contesti socio-politici in cui ha luogo il trauma. Gli autori integrano gli apporti derivanti dalle diverse discipline ponendo costantemente in luce la reciproca interdipendenza degli aspetti biologici, psicologici e sociali dell'esperienza traumatica. In una chiave di lettura che mette al centro la psicopatologia dello sviluppo, valutano il modo in cui queste variabili intervengano nella risposta al trauma e, nel caso di attaccamenti traumatici, come i traumi tendano a diventare ferite psicologiche permanenti. L'evoluzione storica del concetto del trauma, le reazioni e gli adattamenti al trauma, il meccanismo della memoria, le questioni di natura evolutiva, sociale e culturale sono parti principali di questo volume all'interno del quale è confluito l'attuale sapere - accademico e clinico - sugli effetti che hanno le esperienze intollerabili sulla mente, sul corpo e sulla società.

Il «luogo» di incontro tra la famiglia e la scuola

ANTONINA PUSATERI

pedagogista, insegnante di scuola primaria, specializzata per le attività di sostegno

Le ore che un insegnante dedica al ricevimento dei genitori hanno il carattere di attività funzionale all'insegnamento con l'informazione sui risultati degli scrutini trimestrali, quadrimestrali e finali.

Il ricevimento dei genitori è, per eccellenza, il «luogo» di incontro tra le famiglie e la scuola. È il momento in cui i docenti, da una parte, e i genitori, dall'altra vanno l'uno incontro all'altro per informarsi, reciprocamente vorrei sottolineare, sul benessere dello studente/figlio, sia a scuola sia a casa.

E ho scritto benessere e non semplicemente rendimento scolastico, poiché credo che le due condizioni viaggino di pari passo e siano imprescindibili l'una dall'altra. Un ragazzo, un bambino che ha una famiglia «sana» alle spalle, una vita serena e soddisfacente, dei progetti, dei propositi, quindi che gode di benessere psicofisico, è certamente un individuo che avrà anche un apprezzabile risultato scolastico con buoni rendimenti e buoni livelli di apprendimento. E sarà di certo un individuo gratificato da ciò e, quindi, motivato a fare e a impegnarsi. E, quello che in questo caso conta, è stabilire quanto la motivazione sia intrinseca all'individuo, come una sorta di *commitment personale*, come una spinta non influenzata da fattori esterni, ma dalla pura curiosità, dal piacere. Io sono fermamente convinta che la cosiddetta esperienza di flusso, di alta concentrazione in una situazione con forte coinvolgimento della persona tutta che, per il fatto di essere motivata ha accesso a tutte le sue potenzialità, ha una concentrazione totale e prova un forte senso di autoefficacia per intero, l'individuo la sperimenta soltanto in quei momenti e luoghi della vita in cui sta bene, è a suo agio, si sente apprezzato e trova gratificazione.

Il ricevimento dei genitori, a scuola, è luogo preposto all'ascolto e all'informazione per la crescita e l'educazione di un bambino e/o ragazzo e, in quanto tale, non può essere svilito da atteggiamenti di continue lamentele da parte degli insegnanti per il cattivo rendimento dei discenti. E questo assunto è vero in quanto, a mio dire, fa capo a due ordini di motivi. Il primo è che da insegnante/educatrice, mi sento di affermare che un docente si debba sentire sempre responsabile se un alunno non rende a scuola come dovrebbe, non è al pari della classe, o peggio, mette in atto comportamenti problematici e addirittura di disturbo delle lezioni e quindi delle attività di insegnamento, influenzando così, negativamente, il suo processo di apprendimento. Un insegnante responsabile e obiettivo si domanda il perché se un suo discente vive una tale situazione e cerca di capire quali sono gli elementi che impediscono a quello studente di comprendere che è suo compito, suo dovere impegnarsi e apprendere, piuttosto che sprecare un tempo che deve sentire come importante e fondamentale perché è il tempo in cui getta le basi, le fondamenta della sua formazione futura e che potrebbe pregiudicare, in negativo, la sua crescita personale e professionale.

Inoltre, un insegnante che è anche e soprattutto un educatore, desidera vedere più in là e indagare a fondo rispetto a ciò che crede si possa nascondere dietro il comportamento manifesto. Desidera conoscere quali difficoltà impediscono all'alunno di vivere serenamente e in maniera proficua il tempo dell'apprendimento.

L'altro motivo per il quale bisogna avere un'alta considerazione del momento di incontro con le famiglie e adoperarsi al fine di rendere tale incontro un'occasione speciale è che spesso i genitori che vedono e sentono l'insegnante del proprio figlio parlare di questi in veste negativa, si trasformano e, inevitabilmente, assumono le sembianze di quello che simpaticamente voglio definire il «sindacalista» del proprio figlio. Quindi cominciano a giustificarlo, danno la colpa al professore di una presunta incapacità di comprensione della complessa personalità del ragazzo fino ad arrivare, addirittura, a sostenere, che ormai è il professore ad avere dei pregiudizi sul loro figlio, pregiudizi che impediscono di essere obiettivi sulle reali performance scolastiche dello studente in oggetto. Questi atteggiamenti pongono in antitesi le posizioni degli uni



e degli altri e difficilmente si riuscirà a trovare un punto di accordo tanto che, spesso, la conseguenza più immediata, è un incrinarsi irreparabile dei rapporti tra le due agenzie educative. Come per uno strano riflesso, infatti, anche nel docente si accende una luce negativa. Di fronte a un siffatto stato di cose, dopo aver incassato la totale sfiducia dei genitori del suo allievo, l'insegnante prenderà ad addossare con maggiore convinzione, al solo studente (e al conseguente disinteresse della sua famiglia), le ragioni del suo insuccesso. I genitori, dal canto loro, tenderanno ad allontanarsi dalla *vision* della scuola, tenderanno a minimizzare i comportamenti problematici del figlio, il suo scarso rendimento e, addirittura, attribuiranno proprio all'incapacità del docente le ragioni dell'insuccesso scolastico del figlio. L'allontanamento di certo non gioverà allo studente né tantomeno al suo rendimento e al suo apprendimento. L'allontanamento tra le due agenzie educative per eccellenza, quindi, la scuola e la famiglia, finirà per danneggiare il soggetto dell'educazione: il bambino/ragazzo. Mi preme qui sottolineare che il cattivo insegnante è colui che non si preoccupa di entusiasmare gli studenti, catalizzare la loro attenzione, scoprire le loro passioni e le loro attitudini, stabilire buoni rapporti con le famiglie, confortarle e, infine, aiutare i colleghi. Il cattivo insegnante non ha nessuno di questi oneri, non sente sulle proprie spalle nessuna di queste responsabilità.

Ma se i docenti avessero ben chiara la differenza tra insegnare ed educare, non avrebbero difficoltà a comprendere che l'apprendimento passa dal benessere psicofisico del bambino/ragazzo. Questa presa di coscienza, questa convinzione, mi porta ad affermare con estrema certezza che il ricevimento dei genitori sia il luogo deputato alla realizzazione di quel «patto formativo» tra la famiglia e la scuola in cui le due agenzie educative per eccellenza si incontrano per cercare insieme strategie e misure atte a venire incontro ai bisogni di chi apprende e al superamento degli ostacoli all'apprendimento stesso.

Il patto formativo si basa su un positivo dialogo tra tutti i soggetti coinvolti per una responsabile crescita qualitativa tesa a garantire il successo educativo-formativo e a prevenire i disagi e gli insuccessi.

Se, da una parte, le famiglie hanno il dovere di trasmettere ai propri figli l'idea che la scuola è di fondamentale importanza per la loro crescita responsabile, di adottare uno stile di vita rispettoso delle regole di civile convivenza, di dignità e integrità delle persone, dall'altra la scuola, ossia gli insegnanti, ha il compito di creare un clima educativo sereno e collaborativo, per favorire la crescita responsabile degli studenti, educando al rispetto delle differenze e delle inclinazioni individuali.

E quale migliore luogo, quale migliore occasione di ritrovarsi, di confrontarsi e di trovare insieme la giusta strada, per le due parti coinvolte, se non quella del momento in cui i docenti incontrano i genitori per offrire, di comune accordo e secondo una visione condivisa, ai giovani, una guida sicura, un sostegno indiscutibile di crescita e di benessere psicofisico.



Anno XII – n. 1 – maggio 2017

Giustizia

AeP (già *Adolescenza e Psicoanalisi*)

Rivista fondata da Arnaldo Novelletto

Comitato Direttivo

Tito Baldini, Daniele Biondo, Paola Carbone,
Cinzia Lucantoni, Giovanna Montinari

Direttore Responsabile

Alessandro Riva

Indice e abstracts dei numeri di AeP sul sito

www.aep.associazionearpad.it

Abbonamento annuale (2 numeri): € 30,00

(Enti € 50,00 - Estero € 60,00)

**Edizioni
Magi**

Edizioni Magi
via G. Marchi, 4 - 00161 Roma
Tel. 06.45.499.631
redazione@magiedizioni.com
www.magiedizioni.com

Quel *learning by doing*

RENATA BISERNI

psicoterapeuta individuale e di gruppo, docente presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonia (IdO) – Roma

Lo scritto costituisce la prefazione al volume Sulle tracce di un cappello. Drammatizzazione nella Scuola dell'infanzia, di Giampaolo Mazzara (Edizioni Magi, 2017).

**I bambini s'incontrano
sulla riva di mondi sconfinati.
Su di loro l'infinito cielo
è silenzioso, l'acqua s'increspa.
Con grida e danze s'incontrano i bambini
sulla spiaggia di mondi sconfinati.**

**Fanno castelli di sabbia
e giocano con vuote conchiglie.
Con foglie secche intessono barchette
e sorridendo le fanno galleggiare
sull'immensa distesa del mare.
I bambini giocano sulla riva dei mondi.**
Rabindranath Tagore

«Il maestro Paolo è un attore! Ma proprio un attore vero...», garantisce entusiasta ai genitori uno dei piccoli protagonisti della storia raccontata in queste pagine. Si sa, gli attori esercitano un grande fascino! Molti da grandi *volevano fare gli attori*, attratti forse dalla possibilità di essere non uno solo, ma tanti, o dall'illusione di poter giocare per sempre a *facciamo finta che io ero...*

Il maestro Paolo in questione non fa l'attore, di professione fa lo psicoterapeuta. Ma a ben guardare, come sosteneva Cesare Musatti, fra i due ruoli non c'è un grande scarto. Ogni terapeuta è anche attore nel momento in cui, all'interno del *setting*, incarna tutti i personaggi che il paziente proietta su di lui; e l'attore sul palcoscenico è anche terapeuta (Freud ha scritto illuminanti pagine sulla funzione del teatro), visto che la necessità preposta alla nascita della drammatizzazione è stata la cura dell'anima.

Questo testo di Giampaolo Mazzara (il nostro maestro Paolo), a differenza di altri dello stesso autore, non fa riferimento a un contesto di cura bensì di laboratorio/animazione nella scuola dell'infanzia. Tuttavia il materiale, originale, di primissima mano, proposto in questa che lui definisce «testimonianza operativa, narrazione di un incontro» (ma che è anche un vero e proprio manuale di giochi, una miniera d'oro!), può essere, a parer mio, facilmente esportato e utilizzato in altri ambiti e con finalità diverse. Non ultima quella terapeutica.

La dimensione immaginale che, come sottolinea Magda Di Renzo, deve avere un ruolo centrale nella relazione (a scopi terapeutici o anche solo formativi) con il bambino, è uno degli assunti di base sottesi a tutto il lavoro. L'impegno costante dell'autore è di mantenersi sempre sul confine della competenza del fanciullo, rapportandosi ad esso per quello che è e non per quello che si vorrebbe che fosse. In quest'ottica l'adulto si pone come colui che aiuta, che accompagna, che non propone narcisisticamente i propri giochi e le proprie istanze o fa riferimento a teorie rigidamente strutturate. Al contrario, si limita di volta in volta a proporre alcuni stimoli ben calibrati e diversificati e, nel rispetto del tempo interno del bambino, valorizza ciò che quest'ultimo recepisce e porta avanti di sua iniziativa. «[...] Lavorando nella direzione dello sviluppo dettata dalla natura [...] piuttosto che dar retta a morte prescrizioni» (le parole sono di Jung).

Appassionato sostenitore di quel *learning by doing* – l'apprendimento attraverso il fare – teorizzato in varie epoche e in ambiti diversi (da Fichte a Dewey, da Moreno a Munari), Mazzara nei suoi laboratori, indipendentemente dall'età degli utenti, parte sempre dal fare. È nel fare che il piano cognitivo e quello emozionale hanno la possibilità di emergere e manifestarsi in contemporanea, favorendo lo sviluppo armonico della personalità.

Nel contesto di questo lavoro, partendo dalla sua personale *recherche*, che puntualmente suscita quella del lettore – i giochi di cortile e di strada, le prime drammatizzazioni spontanee, la scoperta del teatro – Mazzara, avvalendosi (anche) delle sue competenze (qui non dichiarate) di psicodrammatista (è nella tecnica di Moreno che i modi della psicoterapia e quelli del teatro si incontrano e si fondono), ci conduce in un luogo dove i piccoli della scuola dell'infanzia hanno a disposizione, oltre che uno spazio nella mente del maestro, anche un vasto repertorio di oggetti di derivazione teatrale (costumi, ventagli, maschere, parrucche, cappelli, tanti cappelli!). Utilizzando tutto questo «trovarobato» sperimentano l'ebbrezza di interpretare personaggi, come dei veri attori. Come dei veri attori imparano a utilizzare il corpo per dar vita a soavi principesse, feroci banditi, ma anche a lupi, tori... a tutto un bestiario ricco e variegato nel quale i bambini giocando proiettano e rivelano il proprio mondo interno. Verso i quattro o cinque anni (forse anche prima) il bambino è perfettamente in grado di assumere ruoli anche se non ne ha piena consapevolezza e sarà in grado di descrivere l'esperienza solo dopo i sei anni. «Interpretando

dei ruoli – scrive l'Autore – i bambini si rendono conto di come il mondo li vede, delle diverse prospettive, diminuendo il loro egocentrismo». Possono assumere ruoli e addirittura scambiarli con quelli degli altri e in ogni sessione di gioco qui descritta sono incoraggiati a farlo. Possono anche creare la propria maschera (in questo caso l'elemento proiettivo è molto forte) e addirittura costruire il teatrino nel quale rappresentarla. Ma c'è di più! I piccoli sono stimolati, sempre attraverso il gioco, a contribuire alla scrittura della storia che verrà drammatizzata. Trasferendo nel racconto frammenti della loro vita, desideri, aspirazioni, ma anche ansie e paure, imparano a riconoscerle. Tutto questo utilizzato in un ambito di cura può avere valore diagnostico, oltre che terapeutico.

È evidente come l'esperienza di drammatizzazione descritta in questo libro si discosti dalla consuetudine del «teatrino», del saggio finale che impone ai bambini faticose e ripetitive prove e che fa perdere di vista la dimensione del gioco. Qui l'attività ludica ha valore di per sé; non dovendo dare dimostrazioni, nessun bambino, neanche il più timido, si sentirà umiliato, non all'altezza del compito.

Il laboratorio di Mazzara si struttura sul registro di una spontaneità che non consiste, come il termine farebbe supporre, nel lasciar fare al bambino ciò che vuole ma, come abbiamo già detto, nel guidarlo con pazienza, rispetto e attenzione in un territorio dove creatività e fantasia s'incontrano. In quest'ottica la spontaneità è vista come qualcosa che viene dall'interno e che spinge gli individui, siano essi adulti o bambini, a mettersi in rapporto con il mondo in maniera adeguata. Nel laboratorio del maestro Paolo la spontaneità catalizza e promuove la creatività. La fantasia la alimenta.

Ho iniziato la presentazione di questo libro che parla di bambini, di giochi, di fantasia e di creatività, con alcuni versi, sapendo di fare cosa gradita all'Autore che in altri contesti, con ragazzi più grandi, conduce preziosi laboratori di scrittura poetica.

Qui la poesia è del grande poeta indiano Rabindranath Tagore, perché nelle sue liriche egli ha spesso rivolto il suo sguardo all'infanzia. Con l'acume e la leggerezza che solo i poeti possiedono. Desidero concludere, per lo stesso motivo, con altri suoi versi.

Ecco allora la madre che attraverso l'amore per la sua creatura comprende appieno la bellezza del mondo:

Quando canto per farti danzare,
bambino mio, comprendo perché
nelle foglie c'è musica, e le onde
mandano il coro delle loro voci
fino al cuore della terra che ascolta
– quando canto per farti danzare.

Ecco il poeta che si confronta con il mistero dell'anima infantile:

Nessuno sa dove nacque il sorriso
che ondeggia sulle labbra dei bambini
che dormono?

O che ammonisce quelle madri superficiali che, rivestendo i figli con orpelli e vesti sfarzose, recano loro danno:

Madre, che vale
tutta questa eleganza
se ci tiene lontani dalla salutare
polvere di questa terra,
se ci priva del diritto di entrare
nella grande festa del mondo?

In questi versi e in molti altri, il poeta vede i bambini nella loro essenza. Sa che essi abitano mondi misteriosi, lontani da quelli degli adulti e che non hanno bisogno di grandi cose per divertirsi, bastano una conchiglia vuota, un sassolino, una foglia. Li vede assorti nei loro giochi, vicini alla natura:

Il mare gioca coi bambini
e la spiaggia dolcemente risuona.

Questo libro racconta di giochi, di teatro, fantasia e creatività. E di adulti che vedono i bambini e li accompagnano.



Questo spazio raccoglie le riflessioni dell'équipe 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.

Uno, nessuno e centomila

La storia di M. e le sue molteplici identità su web

VALENTINA BOTGLIERI

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

Oggi pensavo di non aver assunto correttamente la pillola così per sicurezza ne ho presa un'altra; tuttavia ho avuto l'impressione di sputarla nella bottiglia. Allora ho deciso di prendere un bicchiere d'acqua e ho buttato una pillola e una placebo per capire se potessero sciogliersi in acqua.

M. è una ragazza che con regolare e incalzante frequenza scrive al servizio di consulenza online «Chiedilo agli Esperti» del sito di informazione Diregiovani.it.

Non sappiamo quanti anni abbia esattamente; posta spesso età diverse, tra i 17 e i 22 anni. Emerge sin da subito la sua importante difficoltà a gestire la pillola contraccettiva, non riesce mai a ricordare se l'ha assunta effettivamente all'ora stabilita e quindi presa dal panico prende un quantitativo aggiuntivo di pillole in modo da non comprometterne l'efficacia. La giovane donna racconta di aver ingerito anche 10 pillole al giorno pur di sedare la sua ansia. Con il tempo la paura si rafforza sempre di più e la pillola diventa un vero e proprio «luogo» dove depositare timori, paure, rigidità, fantasie, paranoie e necessità di controllo. Questi vissuti si esprimono con le richieste più variegiate, a partire dai dubbi su quanto il contraccettivo orale possa mantenere la sua efficacia se esposto a qualsiasi agente atmosferico, o ancora se la pillola possa lesionarsi facilmente e disperdere di conseguenza il suo contenuto senza particolari evidenze. Più volte nelle risposte viene restituito che la pillola ha un rivestimento chiamato film che avvolge e protegge il principio attivo del farmaco, impedendo quindi che il contenuto della pillola si disperda nell'ambiente.

La difficoltà di M. potrebbe proprio essere quella di non riuscire a sentire un contenimento, un limite che la sostenga e la

protegga. Il terrore che la pillola non sia efficace sembra essere funzionale a mantenere un clima di tensione perenne che spesso va oltre l'oggettività della realtà. La giovane donna non apre ad alcuna possibilità verso un contraccettivo diverso, ha bisogno di assumere la pillola, probabilmente perché è un contraccettivo che può controllare solo lei.

È chiaro che in un servizio di supporto e consulenza online non viene fatta alcuna terapia, ma l'intento è quello di rendere disponibile uno spazio di accoglienza che aiuti gli utenti a confrontarsi non solo con la parola sessualità e le sue manifestazioni, ma anche con tutte quelle componenti emotive che spesso vengono slegate e rimosse; oggi è come se fosse lecito parlare di sesso, ma non ci sia un linguaggio degli affetti che consenta di esprimersi al riguardo. È per definizione uno spazio che continuamente deve stare e destreggiarsi nel limite.

Oggi, nella nostra società, che significato ha la parola limite? È un confine? È una punizione? È una distanza? È una tutela? È un'assenza? È solo un concetto metrico? O ha un contenuto psicologico?

Anzieu (1992) definisce l'Io-pelle, proprio partendo dalla funzione del contenimento e della differenziazione della pelle. Dalla funzione biologica della pelle, che trattiene e contiene, separa e comunica, l'Io apprende la doppia capacità di stabilire delle barriere e filtrare gli scambi.

L'Io-pelle ha principalmente tre funzioni:

- è il sacco che contiene il buono che le cure materne vi hanno depositato;
 - è la barriera che delimita gli spazi e che impedisce l'entrata del materiale esterno non gradito, come per esempio l'aggressività altrui;
 - è un luogo e un mezzo primario di scambio con gli altri.
- Così come la membrana delle cellule organiche protegge la

loro individualità, distinguendo i corpi estranei, allo stesso modo l'Io-pelle assicura un'individuazione del Sé che gli dà il sentimento di essere unico. Quando c'è una continua frustrazione e non si possono sviluppare sani confini, prende forma una corazza, ovvero un processo di confinamento tra Sé e l'altro da Sé. Questo non consente l'individuazione. Se non c'è un confine protettivo, ci si nasconde (Reich, 1973). Se invece c'è un adulto ad assumere una forma cava per accogliere, contenere, limitare allora si può imparare a proteggersi. Il limite rappresenta un prendersi cura.

La ragazza teme, invece, che anche un soffio di vento possa scalfire l'involucro della pillola e far disperdere il principio attivo e, chissà, con esso potrebbero perdersi anche parti di Sé. Rispettare il limite non vuol dire forzare confini, anzi. Vuol dire non confondersi, permettendo un successivo processo di differenziazione. È la possibilità di un punto di incontro, di un dialogo.

Gli slogan più comuni, in diversi contesti, spesso sono: «superiamo i limiti, abbattiamo le frontiere», dove il limite viene identificato con la necessità di scegliere in maniera esclusiva da che parte stare. *E l'integrazione che significato ha oggi?*

Da un punto di vista psicodinamico, senza il valore del limite non è possibile accedere a un'ipoteticità del pensiero e senza pensiero l'uomo non può percepirsi come un contenitore di possibilità. Prendere decisioni, avere consapevolezza delle proprie azioni, scegliere sono atti difficili e faticosi, ma non possono essere equiparati solo alla rinuncia, alla sensazione di vulnerabilità che impedisce di mantenere il controllo.

Il rischio è quello di essere incastrati in un perenne e ciclico senso di attesa e immobilità. L'uroboro primordiale rappresenta un serpente che si morde la coda. Divorandosi e nello stesso tempo rigenerandosi continuamente, forma un ciclo continuo di nascita, morte e rinascita. In quanto simbolo iniziale, esprime lo stato di totale indifferenziazione in cui ogni cosa sfocia in qualsiasi altra, perché tutto è in relazione con tutto e dipende da tutto, e il tempo scorre eterno e circolare. Diventa quindi simbolo dell'inestricabile caos, dell'inconscio e della completezza della psiche, che viene vissuta dall'io come esperienza del limite.

Man mano che nell'immaginario archetipico l'uroboro si sviluppa, confluisce in maniera fluida nell'archetipo del femminile e si trasforma nella Grande Madre, rappresentante simbolico dell'inconscio originario che genera la coscienza come una madre genera il figlio. L'aspetto urobotico della Grande Madre possiede il carattere fondamentale del contenitore e trova nel vaso la sua forma più concreta e nel cerchio la forma più pura. Un archetipo che nutre, che accoglie, protegge, che è capace di generare proprio come una gravidanza, ma che allo stesso tempo può portare morte, smembramento, decomposizione.

Scegliere vuol dire differenziarsi, vuol dire creare uno spazio, un vuoto, vuol dire fidarsi e affidarsi. La scelta di M. invece sembra essere dettata dal bisogno impellente di non modificare nulla, di restare ferma su un vissuto ormai rigido e ripetitivo, che non permette di spostare l'attenzione sulla funzione sentimento. Anzi, proprio nel momento in cui abbiamo

provato ad accedere alla sfera emotiva, il bisogno della ragazza è stato quello di creare altri profili con nomi diversi e ricominciare a raccontare la sua storia da capo.

Dall'unicità si ritorna alla frammentazione. M. riesce a creare almeno 5 profili diversi con nickname differenti.

Questo continuo cambiare nome porta un'iniziale grande confusione, ci si perde nel capire le differenze dalle altre comuni richieste dei ragazzi sul contraccettivo orale, nel mettere insieme i dettagli simili, comparare gli stili, assumersi la responsabilità delle connessioni fatte. Di solito, se ci sono ragazzi che scrivono nel tempo, si decide che vengano seguiti da una sola persona dell'équipe di specialisti che forniscono le consulenze online, per garantire una maggiore continuità. Invece la storia di M. ha attivato anche nel gruppo di lavoro un campo di confusione su ogni domanda, nonostante ci fossero dettagli chiave per discriminare i profili.

«La paranoia è infinitamente più difficile da stanare di altri disturbi della mente perché sa dissimularsi sia all'interno della personalità del paranoico sia fra i soggetti circostanti» (Zoja, 2011).

Il concetto di campo in psicologia parte da un presupposto sviluppato in fisica da Einstein, secondo cui il campo non è una regione delimitata dello spazio, bensì un insieme di valori che una determinata grandezza fisica può assumere in una determinata sezione dello spazio-tempo. Jung (1948) userà il concetto di sincronicità per caratterizzare i fenomeni relativi al campo. La sincronicità considera la coincidenza degli eventi in spazio e tempo come significativa di qualcosa di più di un mero caso, ovvero di una peculiare interdipendenza di eventi oggettivi tra di loro, come pure tra essi e le condizioni soggettive dell'osservatore.

Come la causalità spiega la sequenza degli eventi, la sincronicità spiega la loro coincidenza. Le idee, gli affetti, le azioni che si presentano in un gruppo possono essere considerati come espressione di un significato complessivo.

La confusione, le domande continue di M., che sembrava non leggere più in nessun modo il contenuto delle risposte, hanno reso evidente la necessità di fermarsi e creare uno spazio di significato.

Hillman (1974) definisce la paranoia come «un disturbo del significato», una distorsione della realtà che ci fa vivere male con noi stessi ma soprattutto con gli altri.

Dove ci sta portando questa paranoia? Quale è realmente la richiesta che fa M.? Cosa spinge anche noi a interrogarci sul limite dell'intervento che è possibile fare attraverso il supporto online?

La paranoia spesso è avvicinata all'ansia, ma si differenzia perché se la prima può essere rivolta a una qualsiasi situazione, la paranoia tende ad accentrare l'attenzione sull'impossibilità di affidarsi all'altro perché l'altro potrebbe essere un pericolo. Nel momento in cui una singola persona sente di non avere più potere sulla propria vita, avverte di non riuscire a incidere su di essa, di essere soltanto in balia di quanto accade, è il momento in cui la paranoia può trovare terreno fertile per fare la sua comparsa. E probabilmente nel momento in cui un individuo disperde se stesso in tante identità potrebbe con

più facilità arginare le aspettative, ma soprattutto tollerare, digerire, gestire l'ansia e in particolar modo la paura.

Zoja nel suo saggio sulla paranoia (2011) afferma che in una prospettiva più sociale è tipico del paranoico elaborare una teoria del complotto con la quale compensare due sue debolezze di fondo: la solitudine e l'insicurezza. In primo luogo, la solitudine – che è al tempo stesso causa e conseguenza della sospettosità – viene spezzata dalla fantasia di essere al centro dell'interesse di tutti. In secondo luogo, il senso di pochezza personale, a lungo negato, trova una soluzione apparentemente definitiva nella fantasia contraria di grandezza: poiché il paranoico ritiene che gli altri si coalizzino per impedire che i suoi meriti siano riconosciuti. Anche nella storia di M., dietro a una paura apparentemente sempre più sterile e ripetitiva, si nasconde probabilmente una solitudine profonda. La paura parte dal contagio dello sperma, dall'inefficacia della pillola, ma probabilmente si lega in maniera più autentica alla paura di pensare di non avere più un futuro, la paura di sentirsi soli nell'affrontare grandi e piccoli obiettivi della vita, la paura nel pensare di non essere all'altezza delle aspettative, la paura nel confrontarsi con il sentimento dell'impotenza, ancora la paura di affidarci all'altro e di poter sentire invece solo un vuoto e un rifiuto. È una paura così forte che paralizza, che fa venire vuoti di memoria, è una paura che ha bisogno di controllare tutto, e più si ha bisogno di controllare ogni passaggio più c'è qualcosa che sfugge. Questo fa sì che la paura si alimenti sempre più fino al punto in cui si potrebbe anche perdere il contatto con l'oggettività degli accadimenti.

«Ciascuno di noi si crede “uno” ma non è vero: è “tanti”, signore, “tanti”, secondo tutte le possibilità d'essere che sono in noi: “uno” con questo, “uno” con quello – diversissimi!» (Pirandello, 1921).

Pirandello riteneva fondamentale partire dalla molteplicità della persona, dalle sue sfumature, da quelle maschere spesso frantumate da eventi che costringono a fare i conti con se stessi, col dolore e col bisogno di esistere al di là della maschera.

Potremmo dunque affermare che l'autenticità si trova nella molteplicità?

L'uomo, per potersi «trovare», è chiamato a «perdersi» nella molteplicità delle potenzialità che sono racchiuse in lui. È solo confrontandosi con tutte quelle parti, quei ruoli o aspettative che il mondo ci cuce addosso che diventa possibile incontrare la propria essenza. Lo stesso Jung (1993) afferma che l'individuazione è un'unificazione con se stessi e, nel contempo, con l'umanità, di cui l'uomo è parte.

Il pensiero può evolvere solo a condizione che l'apparato psichico elabori o «metabolizzi» le impressioni sensoriali delle esperienze emotive che si manifestano nell'individuo in ogni situazione (Bion, 1962). In uno spazio virtuale privo di corporeità il pensiero è stato quello di restituire a M. delle connessioni che cercassero di fare da collante a tutte le sfaccettature che aveva portato.

La psiche paranoica, come più volte sottolineato, è uno spazio fragile in cui il soggetto non riesce né a fidarsi di se stesso né a costituirsi come entità a sé.

Eppure il paranoico, come sostiene Zoja (2011), ha bisogno dell'altro senza saperlo ed è per questo che siamo convinti che seppure questa giovane donna rimanga nella sua apparente rigidità e monotonia, sia importante restituirle un contenitore stabile che le permetta di sentirsi accolta e vista.

L'appartenenza e l'identità non sono scolpite nella roccia, ma sono soggette a una continua revisione e questo permette di pensare e seminare germogli che poi un giorno, con il giusto tempo e la giusta forza, potranno trovare una nuova forma.

La storia di M. ci spinge a riflettere su come il web sia diventato uno dei «luoghi altri» utilizzati dai ragazzi per depositare e confrontarsi con l'emotività e le sue manifestazioni. Lo spazio virtuale può assumere una funzione di rispecchiamento e riconoscimento, può essere un luogo immaginario di incontro e aggregazione, ma può anche essere un limbo dove stazionare per non affrontare il reale. Questo porta a nascondersi dietro a un fake, a sostenere identità che combaciano perfettamente con le aspettative altrui, ma che sono prive di spontaneità. Il web è veloce, è iconico, duttile, suggestivo, ma è anche uno spazio con confini estesi, quasi illimitati. Questo probabilmente ha facilitato M. nell'assumere un'identità diffusa e polimorfa, forte anche della capacità del web di non delineare con chiarezza l'interlocutore e favorendo quindi una più favorevole gestione di timori, della vergogna, del pudore, dell'ansia del giudizio e in particolare dello sguardo altrui. Ma allo stesso tempo il web viaggia su una fibra molto sottile, immaginativamente prende la forma di un contagio progressivo che favorisce e sostiene maggiormente atteggiamenti di acting out piuttosto che atteggiamenti riflessivi. È per questo che il lavoro psicologico deve essere sempre più legato all'esplorazione del confine, deve porre al centro delle sue riflessioni la marginalità, come marginalità sociale e relazionale. Deve accogliere le nuove modalità comunicative per una nuova costruzione di senso. L'inconscio collettivo sta sicuramente attraversando un momento di grande transizione con spinte primordiali ancora amorfe, contraddittorie e poco delineate.

Se da un lato il mondo viene dipinto come un agglomerato sempre più iperconnesso, dall'altro lato è evidente che la cultura viva una sotterranea e continua parcellizzazione e disgregazione del Sé.

In una società moderna, ormai settata su una modalità liquida, dobbiamo riflettere su che ruolo possa avere l'adulto.

Bibliografia

- Anzieu D., *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, Milano, Cortina, 1992.
 Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando, 1972.
 Hillman J. (1974), *La vana fuga dagli dei*, Milano, Adelphi, 1991.
 Jung C.G., «Prassi della psicoterapia», in *Opere*, vol. XVI, Torino, Boringhieri, 1993, p. 118.
 Preface to the English Edition of “*I Ching: or the book of Changes*”, New York, Pantheon Books, 1948.
 Pirandello L. (1921), *Sei personaggi in cerca di autore*, Torino, Einaudi, 2005.
 Reich W., *Analisi del carattere*, Milano, Sugarco, 1973.
 Zoja L., *Paranoia. La follia che fa la storia*, Torino, Bollati Boringhieri 2011.

Una pillola per ogni male...

ELENA NOCCIOLI

psicologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva, IdO (Istituto di Ortofonia) – Roma

L'unica cosa che possa preservare il bambino da danni innaturali è lo sforzo dei genitori di non schivare le difficoltà della vita con manovre di simulazione o con l'abilità di rimanere in stato d'incoscienza, ma invece accettarle come dei compiti, col massimo possibile di onestà davanti a sé stessi, tentando accuratamente di far chiaro proprio negli angoli bui... (Jung, 1954).

L'Istituto di Ortofonia è presente da diversi anni nelle scuole con il progetto *Giovani Domani*, svolgendo attività di prevenzione e di sostegno attraverso sportelli di ascolto rivolti ai ragazzi, agli insegnanti e ai genitori, ma anche attraverso interventi nelle classi durante i quali si lavora sui temi che di volta in volta emergono nel corso dei colloqui o dalle segnalazioni degli insegnanti.

Le successive riflessioni nascono proprio dall'esperienza in alcune delle scuole in cui è presente l'équipe dell'IdO e in cui sono stati attivati una serie di incontri nelle classi. Gli incontri avevano come tema le condotte a rischio in adolescenza e l'abuso di psicofarmaci e avevano come obiettivo quello di favorire nei giovani la presa di coscienza delle proprie risorse e di stimolare una riflessione sulle loro capacità, ma anche sui loro limiti.

Recenti ricerche affermano che le prescrizioni di psicofarmaci per tutta la popolazione sono in aumento. Per lo più ne fanno uso adolescenti e anziani. Da un report dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche «IRCSS Mario Negri» di Milano si evince che in Italia sono tra i ventimila e i trentamila i minorenni a cui vengono somministrati psicofarmaci e antidepressivi (Mauceri, 2016). Esiste inoltre una buona fetta di minori che assume farmaci psicoattivi senza alcuna prescrizione da parte di uno specialista. L'Espad Italia rivela che un ragazzo su dieci consuma tali sostanze consultando il web, le acquista presso le «farmacie online» per non dover ricorrere al medico, oppure accedendo ai farmaci utilizzati dai familiari e sempre più presenti nell'armadietto dei medicinali di casa (AdoleScienza, 2017). Sembra che queste sostanze siano sempre più facilmente disponibili.

«Ho preso un farmaco, era di nonno, l'ho fatto per non pensare», riferisce un'allieva di una scuola media durante il colloquio allo sportello di ascolto.

«Un alunno della mia classe ha fatto uso di psicofarmaci. Li

ha presi a casa o forse da qualcun altro, probabilmente un compagno di scuola. Ora è in carico presso neuropsichiatria, sotto psicofarmaci, non è in grado di fare un ragionamento, prima svolgeva senza problemi esercizi di matematica, ora si blocca di fronte a una semplice addizione», afferma un'altra insegnante della scuola media parlando di un'alunna.

Nel lavoro di terapeuti capita di avere a che fare con adulti, pazienti o genitori che riferiscono di aver preso, su consiglio del medico di base, qualcosa per stare meglio e per poter affrontare un periodo difficile. Per alcune persone può essere troppo faticoso affrontare realtà dolorose, entrando in contatto con ciò che esse generano: rabbia, frustrazione, paura, stress.

Ma è sempre necessario dover far fronte alla fatica e al disagio con l'ausilio di una pillola?

Ci si pone questa domanda già riflettendo su come alcuni adulti si rapportano all'assunzione di farmaci: a volte per affrontare momenti critici, come elaborazioni di lutti, difficoltà nella crescita dei figli con particolari tipologie di problemi, disagi emotivi di varia natura. Alcune persone ripongono maggiore fiducia nel farmaco piuttosto che sulle proprie possibilità interne.

Senza la presunzione di assumere ruoli di cui non si ha competenza, né tanto meno volendo giudicare le scelte di altri, si potrebbe affermare che le persone a volte non hanno piena consapevolezza delle proprie risorse e non credono di poter superare le difficoltà facendo ricorso alle proprie capacità di resilienza.

Non si vuole entrare nel merito di situazioni in cui effettivamente il ricorso al farmaco è fondamentale e la gestione parallela, farmacologica e psicoterapeutica, diventa l'unica strada percorribile. Ci soffermiamo piuttosto su quei casi in cui il farmaco è una delle strade e in questi casi sarebbe opportuno che l'adulto si soffermasse a riflettere sulle conseguenze di un atteggiamento che ricerca la cura più veloce al problema. Questo argomento abbraccia aspetti educativi, psicologici e morali e pone il seguente interrogativo: cosa si sta trasmettendo? Quale modello si sta fornendo per le generazioni più giovani?

Ci si batte contro l'abuso di droghe secondo un'accezione negativa del termine, senza rendersi conto del messaggio contraddittorio che spesso si dà, automatizzando il ricorso ad un agente esterno (sia esso un farmaco, un integratore, una bevanda psicoattiva ecc.) e, quindi, comunicando che non si può fare

abbastanza affidamento sulle proprie capacità interne. È un tema importante, vista la fragilità dell'età in cui è maggiore il rischio di comportamenti di abuso: l'adolescenza.

I compiti evolutivi dell'adolescente riguardano l'indipendenza, la formazione e la necessità di fare i conti con la vulnerabilità del vivere. L'agire aiuta ad allontanarsi dalla necessità di elaborazione e non dover pensare diventa una soluzione possibile (come ha provato a fare l'alunna della scuola media precedentemente citata) (Veggetti Finzi, 2009). L'uso di queste sostanze può rendere l'adolescente insensibile alla vita e anestetizzato di fronte alle difficoltà che gli si parano davanti nel corso della crescita (Contorni, Panetti, 2010). L'adulto, incapace di far fronte alla propria frustrazione, può fornire un modello errato a questi adolescenti, inserendosi nella loro fragilità e comunicando, involontariamente, che qualsiasi problema personale si può affrontare attraverso l'uso di sostanze «magiche». Ci sono situazioni che, seppur difficili, si potrebbero affrontare invece facendo ricorso alle proprie capacità, alle proprie risorse personali, lavorando di conseguenza sulla possibilità di accrescere la propria autostima.

Queste riflessioni aprono nuove domande: dare la responsabilità del nostro benessere e delle nostre capacità (scolastiche, di memoria, sportive, di coping...) a qualcosa che non appartiene a noi, non porta forse a rendere ancora più fragile l'individuo, che se già fragile vede confermata la propria incapacità di farcela? Sia esso un adulto sia esso un giovane, con un grosso danno per l'autostima.

«Ma al riparo da ogni rischio non si diventa grandi. Senza mai scalare una roccia, saltare un fosso, salire su un albero, guardare un torrente, cimentarsi in una situazione pericolosa non si conoscono le proprie potenzialità fisiche né le proprie risorse emotive», afferma Silvia Veggetti Finzi (2009), parlando della necessità di lasciare che i ragazzi sperimentino successi e fallimenti, gioie e frustrazioni. Ci si collega a questo concetto perché essere consapevoli delle proprie capacità aiuta a non cedere a una strada apparentemente facile come è quella dell'assenza di pensiero o dell'inibizione di alcune reazioni emotive. Capire come poter gestire i pensieri, le emozioni e le paure che a volte, o forse spesso, ci inondano nel quotidiano di una società sempre più faticosa, sarebbe sicuramente più proficuo in termini di capacità di resilienza. Non sperimentare mai le proprie capacità di fronte agli ostacoli che normalmente la vita ci pone, e in particolare alle sfide adolescenziali ma anche a quelle infantili, rischia di rendere oltremodo insicuro l'individuo e, forse, l'uso di un ansiolitico, di un antidepressivo o di altre sostanze, rischia di porre la persona come passiva nell'affrontare la vita e le proprie difficoltà.

In qualità di psicologi e psicoterapeuti lavoriamo sulle risorse dell'individuo, sulla possibilità che ognuno, indipendentemente dall'età, possa rendersi consapevole delle proprie possibilità nonché dei limiti e possa far fronte alle difficoltà facendo affidamento su se stesso, fermo restando che in alcune situazioni è fondamentale ricorrere a un supporto che sia farmacologico, ma anche psicoterapeutico.

Ciò che ci proponiamo di fare nelle scuole è di sostenere i giovani nelle loro solitudini, nelle loro fatiche, nei loro stati emotivi, nonché sostenere i genitori e gli insegnanti nel loro approccio alle difficoltà che l'educazione pone. Questo lavoro diviene azione preventiva e fondamentale per garantire, o quantomeno provare a riportare sul giusto binario, le situazioni che pongono maggiori interrogativi e che destano maggiori preoccupazioni. La scuola come lente di ingrandimento ci consente di osservare le difficoltà, i disagi e i rischi cui è possibile incorrere se non ci si sofferma sulle conseguenze di un modello sbagliato. Tutte le figure che direttamente o indirettamente agiscono sui giovani dovrebbero riflettere su quali sono le responsabilità di una scelta poco pensata o fatta con superficialità.

Probabilmente siamo tutti incastrati nella difficoltà della solitudine: adolescenti che non trovano conforto nelle loro difficoltà; genitori che vanno contenuti, essi stessi incapaci di reggere le frustrazioni; insegnanti che faticano a mantenere il loro ruolo di educatori a causa di una società dove tutti delegano e si fa fatica ad assumersi le responsabilità.

Personalmente ho preso a cuore l'argomento toccando con mano il disagio e osservando quanto sia effettivamente facile, ad ogni livello, adottare un comportamento medicalizzato alla sofferenza, sia fisica sia psichica. Anche nella vita di tutti i giorni, parlo anche da genitore oltre che da professionista, ci troviamo a ricercare la «cura» ottimale per qualsiasi problema: penso a una piccola ferita oppure a un «no», quindi a un lieve dolore o alla frustrazione di un figlio, all'impotenza del genitore che, frustrato egli stesso nel non riuscire a porre rimedio, si pone alla ricerca del sollievo immediato «esterno». Forse a volte un adeguato supporto emotivo e il giusto contenimento potrebbero essere «la cura» più idonea per insegnare al bambino e al ragazzo come far fronte alle proprie paure, al proprio dolore, alle proprie frustrazioni e a come rialzarsi in seguito a una caduta senza ricorrere necessariamente a una qualche pillola.

Sitografia

Alessandro Mauceri C. (2016), <http://www.dazebaonews.it/primopiano/editoriali/item/40542-e-allarme-psicofarmaci-antidepressivi-per-bambini-e-adolescenti.html>

AdoleScienza(2017), <http://www.adolescienza.it/alcol-e-droghe/psicofarmaci-sempre-piu-assunti-da-bambini-e-adolescenti-quali-sono-le-conseguenze/>

Bibliografia

Contorni I., Panetti V., «Essere per divenire», in M. Di Renzo, F. Bianchi di Castelbianco (a cura di), *Mille e un modo di diventare adulti*, Roma, Edizioni Magi, 2010.

Francesconi M., Zanetti M.A. (a cura di), *Adolescenti: cultura del rischio ed etica dei limiti*, Milano, FrancoAngeli, 2009.

Jung C.G. (1954), «Lo sviluppo della personalità», in *Opere*, vol. XVII, Torino, Bollati Boringheri, 1972.

Veggetti Finzi S., «Le origini psicologiche del rischio», in M. Francesconi, M.A. Zanetti (a cura di), *Adolescenti: cultura del rischio ed etica dei limiti*, cit.

ARTICOLI RIVISTA «BABELE»

NORME REDAZIONALI

Gli articoli debbono avere un'estensione compresa tra 15.000 e 35.000 battute spazi compresi. Ogni articolo deve essere corredato di nome e cognome dell'autore e della sua qualifica, redatta in modo molto sintetico, l'indicazione della città dove l'autore vive compresa.

CITAZIONI

Le citazioni di lunghezza minore di tre righe vanno incorporate nel testo e inserite tra virgolette.

Le citazioni di lunghezza superiore alle tre righe vanno composte in corpo minore, senza utilizzare le virgolette, e vanno separate con uno spazio dal testo che le precede e le segue.

Alla fine di ogni citazione è indispensabile indicare il riferimento bibliografico (vedi sotto *Rimandi bibliografici all'interno del testo*).

NOTE

È prevista la presenza di sole note esplicative.

I riferimenti bibliografici vanno inseriti all'interno del testo (vedi sotto *Rimandi bibliografici all'interno del testo*). Agli eventuali riferimenti bibliografici all'interno delle note esplicative vanno applicate le norme dei *Rimandi bibliografici all'interno del testo*.

RIMANDI BIBLIOGRAFICI ALL'INTERNO DEL TESTO

Il rimando bibliografico all'interno del testo è composto dal cognome dell'autore e dalla data originale della pubblicazione inseriti tra parentesi, per esempio: (Bohm, 1980).

Un'eventuale indicazione dei numeri di pagina nelle opere degli autori italiani va riportata nel seguente modo: (Aite, 2002, p. 32), mentre nelle edizioni italiane delle opere tradotte: (Eliade, 1956, ed. it. pp. 66-98).

Nel caso in cui di un autore si citano due o più titoli pubblicati nello stesso anno, questi vanno distinti da una lettera minuscola e progressiva, che verrà riportata sia nel riferimento bibliografico tra parentesi (Hillman, 1982a, ed. it. p. 44) sia nella bibliografia finale:

HILLMAN J. (1982a), *Animali del sogno*, Milano, Cortina, 1991.

HILLMAN J. (1982b),...

BIBLIOGRAFIA

Alla fine del testo è indispensabile predisporre un elenco di tutte le opere citate.

Compilazione

Per la compilazione della bibliografia procedere secondo il seguente ordine:

- cognome dell'autore in maiuscolo seguito dall'iniziale del nome di battesimo puntato;
- **data dell'edizione originale** (se antecedente a quella citata) tra parentesi;
- titolo completo dell'opera in *corsivo* (i capitoli in opere collettanee in tondo tra virgolette, vedi sotto l'esempio GULLOTTA C. e VON FRANZ M.-L.);
- città di edizione (nella lingua d'origine) e casa editrice;
- data di pubblicazione;
- eventuali numeri di pagina.

Esempi

AITE P., *Paesaggi della psiche*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002.

BOHM D., *Wholeness and the Implicate Order*, London, Routledge & Kegan, 1980.

ELIADE M. (1956), *Il sacro e il profano*, Torino, Boringhieri, 1976.

GULLOTTA C., «Il corpo come simbolo bloccato», in C. Widmann (a cura di), *Simbolo o sintomo*, Roma, Edizioni Magi, 2012.

VON FRANZ M.-L. (1967), «Il processo di individuazione», in AA.VV., *L'uomo e i suoi simboli*, Milano, Cortina, 1983.

Articoli nelle riviste

PIGNATELLI M., *Le ardue vie dell'anima*, «Rivista di Psicologia Analitica», 21, 73, 2006, pp. 47-55.

Più opere dello stesso autore vanno ordinate cronologicamente.

È importante utilizzare la punteggiatura così come indicato negli esempi.

È di estrema importanza che ogni voce bibliografica sia completa in tutte le sue parti.

La bibliografia, infine, va ordinata alfabeticamente.

FIGURE, DISEGNI E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere numerate e accompagnate da didascalie.

Ogni illustrazione, che non sia creazione dell'autore, deve riportare:

- le indicazioni complete di titolo, autore, anno di realizzazione;
- l'indicazione della fonte (libro, museo, collezione privata e così via).

Le eventuali immagini vanno fornite nei file a parte e debbono avere una buona risoluzione.

Il testo deve contenere chiare indicazioni sui punti d'inserimento del materiale iconografico.

I.I.W. ISTITUTO ITALIANO WARTEGG

Roma



Fondatore e Presidente: Prof. Alessandro Crisi

ATTIVITÀ FORMATIVE

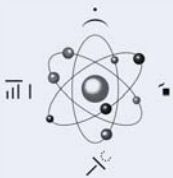
I nostri corsi intendono fornire una preparazione altamente specializzata nell'uso clinico dei maggiori test psicologici. Il nostro modello formativo, consapevole delle difficoltà che i neofiti incontrano soprattutto nella stesura della relazione psicodiagnostica conclusiva, dedica grande spazio alle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

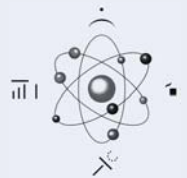
Per scaricare i programmi dei nostri corsi: <http://www.wartegg.com/eventi.php>



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.