



*Appunti...*  
del Centro  
Terapia  
Cognitiva

10

SCUOLA DI FORMAZIONE  
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA



Ottobre 2012

*Ottobre*

2012

10

*Appunti...*  
del Centro  
Terapia  
Cognitiva

**COMITATO DI REDAZIONE:**

Enrico Bassani, Marco Bani, Daniela Bidinotto,  
Daniele Crosta, Paolo Livio, Marco Malnati,  
Filippo Manno, Giovanni Battista Monti,  
Fabio Moser, Marco Mossi, Manuela Ribaudò,  
Lina Scalia, Chiara Vadalà.

**COMITATO SCIENTIFICO:**

Rita B. Ardito, Bruno G. Bara, Maurizio Dodet,  
Fabio A. P. Furlani, Emanuela Iacchia,  
Furio Lambruschi, Gianni Liotti, Grazia Manerchia,  
Valter Mascetti, Adriana Pelliccia, Rita Pezzati,  
Mario A. Reda, Giorgio F. Rezzonico, Saverio Ruberti,  
Savina Stoppa Beretta, Maria Grazia Strepparava.

**DIRETTORE:**

Marzia Mattei



# INDICE

<b>EDITORIALE</b> Marzia Mattei, Rita Pezzati	pag. 5
<b>IL SAPERE E LA VITA. UN PARALLELO TRA VITTORIO GUIDANO E CARLO SINI</b> Enrico Bassani	pag. 7
<b>LA MATERNITÀ COME MOMENTO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA NARRATIVA PERSONALE</b> Fabio Moser	pag. 17
<b>COSTRUIRE Percorsi DI ORIENTAMENTO IN ADOLESCENZA</b> Federica Garavaglia, Valeria Garavaglia	pag. 27
<b>LO PSICOLOGO A SCUOLA: LO SPORTELLO SCOLASTICO D'ASCOLTO</b> Daniela Bidinotto	pag. 47
<b>IMAGERY E PAURA DI CADERE NEGLI ANZIANI</b> Fulvio Bianchi, Francesca Gallina	pag. 51
<b>DALL'ATTACCAMENTO ALLA RICERCA DI SENSO: L'ESPERIENZA DELLA DOLL THERAPY NELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA</b> Valentina Molteni, Rita Pezzati e Rita B. Ardito	pag. 63
<b>PSICOTERAPIA DI GRUPPO IN PAZIENTI ANZIANI DEPRESSI</b> Pietra Romano	pag. 71
<b>PSICOTERAPIA DI GRUPPO CON ANZIANI DEPRESSI ISTITUZIONALIZZATI. CAMBIARE SI PUÒ? UN APPROCCIO COGNITIVO-RELAZIONALE</b> Lorena Curia, Andrea R. Moioli, Giada S. Rezzonico, Alessandra Massironi	pag. 79
<b>CASO CLINICO: MARGHERITA, UN SALTO DALLA FINESTRA PER CRESCERE</b> Dalla tesi di specializzazione di Chiara Vadalà	pag. 95



# EDITORIALE

Marzia Mattei, Rita Pezzati

Questo numero raccoglie interventi che riguardano l'arco della vita nella sua interezza, riprendendo la filosofia della Scuola di Como che si è storicamente impegnata a esplorare e approfondire i vari periodi del ciclo di vita. Come di consueto la rivista riporta numerosi articoli di studenti specializzandi o già specializzati, oltre a contributi di vari docenti. Questo numero 10 inizia con una riflessione teorica sul costruttivismo di Vittorio Guidano in parallelo alle riflessioni filosofiche di Sini, proposta da Enrico Bassani.

Seguono due articoli che in modo differente si occupano di interventi nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria nell'adolescenza.

Fabio Moser scrive un articolo che va ad esplorare come un evento emotivamente significativo e perturbante anche nella concretezza della vita, quale la maternità, attivi l'esigenza di una riorganizzazione della narrativa personale.

Un ampio spazio di quattro articoli è stato dedicato ad interventi di ricerca, prevenzione e psicoterapia con gli anziani.

Da sempre la rivista si riserva di concludere con una spazio dedicato alla pubblicazione di un caso clinico dell'esame di specialità valutato eccellente dalla Commissione.

Cogliamo l'occasione per ringraziare tutti coloro, studenti, cotrainer e docenti, che in questi dieci numeri della rivista, hanno dato i loro stimolanti contributi. Un grazie particolare a chi, districandosi miracolosamente tra mille impegni, ha trovato il tempo anche per noi: Bruno G. Bara, Maurizio Dodet, Gianni Liotti, Mario A. Reda, Giorgio F. Rezzonico, Saverio Ruberti.



# IL SAPERE E LA VITA. UN PARALLELO TRA VITTORIO GUIDANO E CARLO SINI

Enrico Bassani \*

## PREMESSA

Il contributo che presento è l'esito di una serie di approfondimenti compiuti con il filosofo Carlo Sini, nei confronti del quale sono totalmente debitore e del quale mi sento – impropriamente - allievo, attorno alle tematiche della filosofia, l'epistemologia e la psicologia. Su questo percorso, ormai quindicinale, si è innestata recentemente la figura di Vittorio Guidano, che ho "incontrato" grazie agli studi compiuti nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale di Como. Mi è sembrato di vedere, tra questi due giganti operanti in ambiti differenti eppure così vicini, dei punti di contatto molto profondi che ho cercato di chiarire e di chiarirmi in queste pagine.

## ESSERE IMMEDIATO E IMMAGINE COSCIENTE: CONVIVENZA TRA ESTRANEI

Dice l'ultimo Guidano: "Il rapporto fra l'immagine cosciente che abbiamo di noi stessi e il nostro essere immediato è come una convivenza con un estraneo... "L'esserci" (il "dasein" di Heidegger) è una realtà "ontologica" che non può essere gestita dal linguaggio. Quest'ultimo, infatti, è uno strumento "ontico" che trasforma le cose in oggetti. Questo errore è stato commesso da tutti, a partire da Cartesio: tutta la scienza "oggettifica". Quindi, si comprende perché quello che noi siamo come parte cosciente per la nostra immediatezza è un estraneo".

## L'ESSERCI E L'ESSERCI STATO

Da una parte "l'esserci", ossia la vita, l'immediatezza, l'esperire originario, prima e al di là della parola e oltre qualsiasi dualismo soggetto/oggetto, mente/corpo, materia/anima. Dall'altra "l'es-

*\* Filosofo,  
psicologo e  
specializzando  
presso il Centro  
Terapia Cognitiva  
di Como, corso  
Q/R, Presidente  
dell'Associazione  
Frammenti di  
Filosofia, socio  
corrispondente  
SITCC.*



serci stato”, il racconto, il detto, la ricostruzione (letteralmente il costruire daccapo). Il tradurre nelle parole, e quindi il tradire, istituendo oggetti linguistici che pretendono di dire “la cosa”, “l’essenza”, “il principio”, “l’oggetto”. Ridurre e racchiudere l’esperienza del qui ed ora (che non ha parola perché non ha distanza) in simboli che “rimandano a”. Questa è la pratica linguistica: evocazione dell’assenza e manipolazione di simboli. Evento che proviene da una storia sterminata alle spalle dell’uomo, che lo precorre e contemporaneamente lo percorre nel suo stesso dire odierno, la cui unica specificità, rispetto agli altri “detti”, è solo di essere l’ultimo in ordine cronologico.

## LA TIGRE AZZANNA LA PREDÀ

Proviamo a chiarirci le idee sulla differenza tra la realtà ontologica dell’“esserci” e quella ontica del linguaggio con un esempio. La tigre azzanna la preda. La verità di quell’evento è sempre duplice. Esiste la verità dell’essere accaduto qualcosa – ontologica nei termini di Heidegger - (una verità che non si racconta ma semplicemente è) e la verità del dire che cosa è accaduto – ontica. La tigre fa, ma non sa che fa e non se lo racconta. Per dirla con Carlo Sini: “La tigre non deve tornare a se stessa perché non ha un “se stesso” a cui tornare”. Già Hegel osservava che “solo l’uomo muore, l’animale finisce”. E’ solo nella distanza, nel sapere, che si dà la morte, e quindi anche la vita. E’ nel linguaggio e nella scrittura che si costruisce “la vita raccontata”, che è la vita propriamente umana. Ossia la vita che si sa, che sa di sé, e non quella che semplicemente è. La vita senza parola si vive e basta. E’ evento naturale, è silenzio (e nel dire ciò che dico devo essere consapevole di aver già varcato la soglia, ossia di essere già nel “detto” e non più nell’evento, persino quando parlo di silenzio – appunto perché parlo).

L’“esserci” di heideggeriana memoria nella misura in cui non ha parola (perché non ha distanza) non ha neppure oggetti. La tigre e la preda esistono solo nel “detto” di un osservatore esterno che ricostruisce l’evento a partire da una serie di pratiche sottaciute (e dimenticate) che letteralmente “sostanziano” quella scena e danno nome a cose, oggetti. La conoscenza (e quindi anche la verità e, in ultima istanza - come vedremo - la realtà) è sempre “retrocessione del testimone”, ricostruzione a partire da...

L’idea che vi sia qualcosa là fuori a prescindere da tutto ciò che lo sostanzia – ossia che lo “dice” - è il più grande fraintendimento, o abbaglio, che l’Occidente abbia frequentato nella sua storia –

argomenta sempre Sini. “L’errore commesso da tutti, a partire da Cartesio: tutta la scienza oggettifica”, ci ricorda Guidano. Perché il linguaggio, per sua natura, è uno strumento ontico, che trasforma le cose (o gli eventi – per non essere fraintesi) in oggetti.

## **LE PAROLE E LE COSE**

“Non ci sono le parole di qua e là fuori le cose – citando ancora una volta Carlo Sini – Noi prendiamo contatto col mondo attraverso la parola. Non esistono cose in sé, ma cose che sono nate nell’esperienza dell’uomo, nel lavoro dell’uomo, nella sua comunità e che si sono costituite in capacità di azione, di parola, di senso”. La “tigre” esiste solo in rapporto a una serie di pratiche che – letteralmente – le danno corpo. La pratica del linguaggio e della scrittura, anzitutto. Ma prima ancora la pratica della comunità di ominidi che si deve difendere e che deve predare. E che quindi, nella notte dei tempi, evoca quella figura spaventosa in grado di uccidere i piccoli e portare via possibili fonti di cibo. Quella scena primordiale è poi diventata segno, nelle incisioni rupestri, e poi, di bocca in bocca, di segno in segno, ha incarnato le mille identità della storia dell’uomo (e quindi della tigre) e delle pratiche attraverso cui la tigre si è data nell’esperienza umana. Fino all’“identità linneana” che una certa modalità di praticare il sapere nata in Europa attorno al diciassettesimo secolo le ha restituito. O, se vogliamo, fino all’identità che le restituisce l’esperienza del bambino occidentale che la guarda da dietro le sbarre dello zoo. Identità ben diversa da quella incarnata dalla tigre che minacciava i villaggi degli ominidi della preistoria. Non dobbiamo dimenticare, in questo nostro dire, che noi stessi, a nostra volta, stiamo parlando della “nostra” tigre, ossia dell’ennesimo prodotto di pratiche, di saperi, di modalità implicite ed esplicite e perfino di intenzioni e disposizioni del tutto personali e contingenti che in questo momento ci portano ad evocarla come emblema del prospettivismo di qualsiasi sapere.

## **QUALSIASI VERITA' E' DETTA DA QUALCUNO IN UNA DETERMINATA EPOCA**

In senso più generale possiamo quindi dire che la pratica linguistica - che nella sua essenza frequenta la distanza che poi paradossalmente cerca di colmare con i propri oggetti – si dà in diverse dimensioni, e costruisce contemporaneamente oggetti diversi, in rapporto all’orizzonte in cui si colloca, alle pratiche che la defini-

scono e al tipo di domande che dispiega. “Qualsiasi verità è detta da qualcuno in una determinata epoca”, amava ricordare Foucault. E qualsiasi realtà (umana) è animata da oggetti costruiti dalle pratiche che definiscono l’operare di una collettività. Il mondo della fisica delle particelle fatto di neutrini, bosoni e quark è altra cosa rispetto al mondo incontrato dall’uomo della strada della belle époque, così come il Dio con cui entra in relazione il fedele del terzo millennio è altra cosa rispetto a quello cercato dal monaco medievale. Ma allora che cosa è “mondo” in verità? E che cosa è “Dio” in verità? Si tratta di “oggetti culturali” prodotti da costruzioni linguistiche che a loro volta sono l’esito di pratiche di vita attraverso cui l’uomo incontra il mondo. Non nel senso originario dell’“esserci” (per rimanere nella terminologia heideggeriana evocata da Guidano) - perché quell’esserci non ha distanza e quindi non ha parola e in questo senso è più vicino al mondo etologico -, ma nella modalità propriamente umana dell’“esserci stato”, ossia del raccontarselo, del continuo scrivere e riscrivere l’auto-biografia di sé e della comunità cui appartiene.

## LA “MIA” INFANZIA

Proviamo ora a fare un altro esempio più vicino al mondo psicologico, cioè a parlare dell’infanzia. Poniamo di voler “catturare” l’essenza della mia infanzia. Ciò che quel periodo particolarmente importante della mia vita è stato per me “in verità”. La prima osservazione che possiamo fare è che la storia della mia infanzia è – appunto – una storia, una narrazione. E precisamente la narrazione che faccio di me in un particolare momento della mia vita. Ciò che ricordo, come lo ricordo, come lo interpreto. E’ la lettura che do di me in ogni momento della mia vita. Tant’è che è esperienza preziosa di noi psicoterapeuti in formazione scrivere la nostra autobiografia all’inizio e alla fine del percorso. In rapporto a come saremo cambiati noi e il nostro modo di incontrare il mondo offriremo una narrazione differente della nostra infanzia e della nostra autobiografia in generale. Così come la storia che avrei raccontato di me a 8 anni, a 16 e a 30 sarebbe totalmente diversa da quella che scriverei oggi. Non perché oggi “ne sappia di più”, ma semplicemente perché incarno un’altra prospettiva.

Nello scrivere la mia infanzia oggi, come in qualsiasi altro momento, sarei poi condizionato dalle colorazioni emotive che sto vivendo in questo particolare periodo, da ciò che mi è capitato stamane e dalle contingenze specifiche che condizionano il mio umore mo-

mentaneo. Ma sarei orientato anche dal particolare periodo di vita che sto affrontando e tutti i vissuti che sperimento in questa fase.

Poi, ad un livello sempre più distale, la mia infanzia (ossia la ricostruzione della mia infanzia - che sono la stessa cosa) è in parte esito delle pratiche, gli strumenti, le tecniche che adotto per scandagliarla. Raccontare di me a un amico è altra cosa che farlo in una seduta di psicoterapia. Non tanto perché “mi vengono in mente cose diverse”, ma perché la modalità del racconto sarà diversa. Sul lettino dello psicanalista, nel modo di porre le domande, prima ancora che nel contenuto, nel leggere e rileggere gli eventi da una particolare angolazione, c'è molto più “saputo” di quello che posso riconoscere ad occhio nudo. Quel setting dispone le condizioni della mia ricerca nel passato, ossia la modalità in cui incontrerò la mia storia, e, in definitiva, anche i suoi contenuti.

Infine la mia infanzia sarà una sorta di racconto in italiano (il che non è così pacifico e innocente perché se il lettino di uno psicanalista ha tanto “saputo” che lo precede, possiamo immaginare un'intera lingua), sarà intriso dei termini della mia epoca e racconterà la mia storia attraverso quelle parole che sono state pronunciate da milioni di bocche prima della mia e che avranno racchiuso infiniti saperi - visti, rivisti, plasmati, modificati, fino a oggi.

Ogni essere umano è iscritto nelle pratiche di vita che la collettività cui appartiene frequenta, è iscritto nei modi della sua vita e questi sono le condizioni della domanda e i presupposti della risposta. Quella sarà la sua storia e, in definitiva, la sua identità. Cercando un “io” (la mia storia), avrò incontrato un “noi” (l'orizzonte di senso della collettività cui appartengo). Ossia avrò trovato una cultura, un insieme di credenze e persino di emozioni. Sì perché anche quelle sono “storiche”, come ha approfondito la ricerca di Rom Harré. L'accidia esisteva solo nel Medioevo e “attanagliava il cuore del monaco nella calura del mezzogiorno” così come la “vergüenza ajena” esiste sono nella cultura ispanica di una certa epoca e la “amae” la può provare solo un giapponese. O ancora, l'isteria è la patologia della rimozione sessuale delle donne della borghesia medio-alta della teoria freudiana (perché è lì che esiste e da nessun'altra parte) così come la depressione è il male del nostro secolo (mai esistito prima e che prima o poi lascerà il posto ad un'altra “lettura” o “scrittura” di certe condizioni emotive).

Attenzione però. Dire che la mia infanzia è la continua costruzione e ricostruzione del racconto che ne do non significa negare che sia accaduta una costellazione di eventi che, nel loro complesso, costituiscono l'evento della mia infanzia (o meglio, di ciò che io oggi

chiamo così). Qualcosa è accaduto. Ma la modalità attraverso cui quell'evento si può dare nella mia "esperienza ricordata" (dell'"esercizi stato" e non dell'"esserci" originario che – come dicevamo – non si può "dire") è solo quella del passaggio attraverso le pratiche della collettività cui appartengo e apparteniamo. "La verità è una soglia, un transito" – ricorda sempre Sini. E' l'hic et nunc dell'infinita storia che ci appartiene e alla quale apparteniamo. La mia infanzia non è una "cosa". In questo senso parlare di traccia mnestica originaria da recuperare o cui accedere, configurazione neurofisiologica di connessioni sinaptiche o, in termini più mentalistici, collezione di vissuti che costituiscono la mia identità non fa differenza. Tutte queste espressioni presuppongono la conoscenza come adeguamento a una "cosa", ossia presuppongono che esista una "cosa" alla quale accedere. Ma la mia infanzia è il transito del qui ed ora nella mia storia, è il continuo tornare e ritornare a me, è una soglia da frequentare in dissolvenza, non un contenuto da possedere.

## **ESISTERE SIGNIFICA CONOSCERE**

La modalità propria dell'esistenza umana, quindi, è quella particolare pratica di vita che si traduce in parola, racconto. Guidano l'aveva già detto a suo modo quando scriveva: "Il comprendere è a tal punto inseparabile dall'esperire umano che esistere significa, alla lettera, conoscere. Pertanto, lungi dal rappresentare una realtà già data in base alla logica della corrispondenza, conoscere è la continua costruzione di un mondo in grado di rendere coerente il fluire dell'esperienza immediata nel soggetto ordinante".

Nel passaggio che ha dato il via a questa nostra riflessione mi sembra però che, rispetto a quest'ultima citazione, ci sia un elemento in più, uno "scarto" da una dimensione più strettamente psicologica a una epistemologica in senso più organico. Ossia, non solo l'"organizzazione di significato personale" orienta inesorabilmente il modo in cui il soggetto si costruisce il mondo, ma la costruzione del mondo tout-court non può prescindere dall'"organizzazione di significato sociale" che qualsiasi collettività si dà. Anzitutto in quanto collettività, e in second'ordine in quanto collettività di una determinata epoca. Sono due, quindi, gli ordini di ragioni. Il primo è intrinseco alla modalità umana di essere-nel-mondo: l'uomo è un essere sociale ed è un "essere di carta" (Carlo Sini), interno alla pratica di scrittura e di linguaggio. E il linguaggio, per sua natura – come abbiamo cercato di argomentare sulla linea indicata da

Guidano e tracciata da Sini – è un processo ontico, che trasforma gli eventi in oggetti. Questo è il mondo umano. Il mondo dell’“esserci stato”, non dell’“esserci” – come l’abbiamo chiamato - Del raccontarsi che cosa è accaduto. E quindi un mondo fatto di oggetti, di cose, proprio nella misura in cui si dà nel linguaggio, nella distanza, e non nell’evento originario.

Ma questo mondo inscritto nel linguaggio è anche interno alle pratiche della sua epoca, della sua attualità – e qui arriviamo al secondo ordine di ragioni per cui non si può prescindere da un’“organizzazione di significato sociale” per comprendere chi siamo e che cosa stiamo facendo – Guidano è inesorabile: il nostro orizzonte, da Cartesio in poi, è quello della “oggettificazione”.

“Oggettificazione” non semplicemente secondo l’accezione che abbiamo utilizzato finora per cui il linguaggio “crea” un mondo di oggetti in rapporto alla dinamica della distanza e della duplicazione della realtà che abbiamo indicato sopra, ma nel senso che la modalità propria del modo di conoscere della nostra epoca è quella della riduzione. E’ l’indagine sul corpo-macchina universale da cui è stata espulsa la verità biografica della vita di ognuno. L’incontro col mondo e la relazione si è eclissata dietro gli oggetti di quell’incontro, reificati a “cose” dall’esistenza autonoma. La conoscenza (e la vita) così qualificata è cercare la verità universale delle “cose”; è misurare, individuare l’essenza degli oggetti producendo una verità riproducibile, rivedibile e falsificabile nei suoi effetti operazionali, e via dicendo, secondo i dettami dell’epistemologia sperimentale di stampo positivista che ha trovato in Popper il suo vate.

E’ questo che stiamo facendo, consapevolmente o meno, soprattutto all’interno di alcune discipline e nell’ambito di alcune “pratiche di conoscenze”. Ed è questo che inevitabilmente troviamo come verità del nostro sapere: catene polinucleotidiche che codificherebbero la vita, connessioni sinaptiche che sarebbero responsabili del nostro pensare e agire, tempi e modi di un evento originario collocabile in un momento zero da cui tutto avrebbe avuto origine.

Se mi chiedo quanto è lungo un sentiero troverò un numero. Non si dà altra possibilità. A ben guardare qualsiasi domanda io mi faccia darà come esito qualcosa che è già contenuto nelle condizioni della domanda stessa. Quindi è la domanda che mi dice che cosa sto facendo (e la pratica psicoterapeutica costruttivista, in questo senso, è una palestra grandiosa). La risposta ne è un epifenomeno. E qualunque essa sia non sarà mai comunque l’evento, il sentiero, ma uno sguardo sul sentiero, o, se vogliamo, una metafora.

Ma – sentenza Guidano nell’ultima parte del frammento – questa riduzione è responsabile del fatto che ciò che noi siamo come parte cosciente per la nostra immediatezza è un estraneo. (E in effetti sfido chiunque di noi a non provare una certa estraneità nel vedere una visualizzazione di neuro-imaging relativa a una condizione di eccitazione sessuale e riconoscerci l’amore che proviamo per nostra moglie). La metafora cartesiana per cui indaghiamo l’uomo “come se” fosse una statua di terra ha perso lo statuto di metafora per diventare verità. E da lì costruire nuove verità, plasmare domande, individuare paradossi. Dimenticandone uno, però, il primo: si tratta di una delle infinite metafore attraverso cui l’uomo ha incontrato il mondo e l’ha riscritto. E’ la nostra auto-biografia, l’auto-biografia della nostra epoca. Travestita da verità universale e dimentica della sua genealogia, della sua storia. Da qui origina l’estraniamento.

## **VERSO UNA NUOVA EPISTEMOLOGIA**

Ed è qui che si apre lo spazio per una nuova epistemologia, che mi sembra coerente con il percorso fin qui compiuto nel nostro argomentare e coerente con il percorso intellettuale di Vittorio Guidano. Un’epistemologia che affonda le proprie radici in una tradizione filosofica molto forte che, nella modernità, parte da Husserl e arriva a Carlo Sini passando, con accenti diversi, per Heidegger, Nietzsche, Foucault, Derrida e altri giganti del pensiero contemporaneo. Tradizione che non ha nulla a che vedere con l’idealismo, con il pensiero debole o il paradosso per cui “tutto è relativo tranne il mio dire che tutto è relativo” – che sarebbe un controsenso.

Tutto è prospettico – potremmo dire - nel senso che la condizione precede l’origine. E l’origine non può essere che un significato inscritto nella figura delle sue pratiche. Proviamo a chiarire questo concetto con un altro esempio. Se mi chiedo quando è nato l’universo (ossia mi faccio una domanda sull’origine, anzi sull’origine delle origini) nel mio domandare sono già iscritto in una serie di pratiche, procedure, “saputi” da cui quella domanda scaturisce. E non può che scaturire quella domanda o quel tipo di domanda. La cui “figura” è la pratica scientifica, che frequenta un certo tipo di presupposti, è codificata in una serie di procedure, usa determinati strumenti. Senza quella figura non sarebbe possibile quel tipo di domanda, né la ricerca di quell’origine. La pratica scientifica è la condizione in rapporto alla quale la nostra collettività può pensare l’origine. Tant’è che quella domanda, in quei termini, può essere

fatta solo nella nostra epoca e non nel Medioevo, e solo in Occidente e non tra i samurai giapponesi. Osserva lo storico Paul Veyne: “E’ la fisica a fare il fisico. Così come, senza un discorso, non ci sarebbero per noi oggetti conosciuti, non esisterebbe soggetto umano senza una soggettivazione. (...) Il soggetto, la ragione e perfino la verità hanno una storia, non sono il dispiegamento di un’origine”. Come diceva Foucault, possiamo solo metterci a pensare la nostra storia, ossia “liberare il pensiero da quello che esso pensa silenziosamente e permettergli di pensare in modo diverso, invece di legittimare ciò che si sa già”. Detto in altro modo, la verità cammina all’indietro, non ci dice qual è l’origine, ma qual è l’origine a partire da noi. “L’io autentico non si trova né si scopre, ma si costruisce, è un compito” (Carlo Sini). Il compito di noi essere umani, chiamati a diventare continuamente ciò che siamo – evocando Nietzsche - ossia a scrivere e riscrivere la nostra storia, individuale e collettiva, con i suoi oggetti, verità, prospettive, disposizioni.

Un costruzionismo, in definitiva, che si riappropri del senso come dimensione originaria e abbandoni l’idea di discendere verità da una pratica specifica, qualunque essa sia. Il che non vuol dire gettare al macero i saperi specialistici e le conquiste compiute nei singoli settori, ma collocarle nel giusto orizzonte, parametrarle alle pratiche di cui sono l’esito (inevitabile) e riflettere sulla genealogia dello sguardo che incarnano per non aderirvi superstiziosamente.

Vuol dire anche farsi domande nuove, sulla traccia indicata da Foucault, che proprio della psichiatria e della follia ha fatto il suo terreno di ricerca. Come quando, nel corso al Collège de France del 1973/74, a un certo punto del discorso “incontra” il concetto di istinto, e non si chiede se sia vero o falso, ma da dove nasca, quali istanze culturali e sociali ne hanno permesso l’emersione, a che “esigenza” risponde.

Tutto questo (nella consapevolezza che si tratta solo di spunti attorno a cui strutturare una base ben più solida e argomentata) mi sembra contribuisca a dare una diversa consistenza filosofica ed epistemologica ad uno sguardo costruzionista anche interno alla psicologia. Uno sguardo che ha un grande impatto anche clinico rispetto alla postura che il terapeuta può assumere con chi gli chiede aiuto. Ma qui si apre un altro capitolo molto vasto che lasciamo ad un ulteriore possibile approfondimento.



## BIBLIOGRAFIA

- Foucault Michel - *Il potere psichiatrico*. Corso al Collège de France (1973-1974) – Feltrinelli, Milano 2004
- Foucault Michel – *Gli anormali*. Corso al Collège de France (1974-1975) – Feltrinelli, Milano 2000
- Guidano V. F. – *Il sé nel suo divenire* – Bollati Boringhieri, Torino 1992
- Guidano V. F. – *Le dimensioni del Sé* – Alpes, Roma 2010
- Harré Rom – *La costruzione sociale delle emozioni* – Giuffrè, Milano 1992
- Sini Carlo – *La mente e il corpo. Filosofia e psicologia* – Jaca Book, Milano 2004
- Sini Carlo – *L'analogia della parola. Filosofia e metafisica* – Jaca Book, Milano 2004
- Sini Carlo – *L'origine del significato Filosofia ed etologia* – Jaca Book, Milano 2004
- Sini Carlo – *Gli abiti, le pratiche, i saperi* – Jaca Book, Milano 1996
- Sini Carlo – *Eracle al bivio. Semiotica e filosofia* – Bollati Boringhieri, Torino 2007
- Veyne Paul – *Foucault. Il pensiero e l'uomo* – Garzanti, Milano, 2010

# LA MATERNITÀ COME MOMENTO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA NARRATIVA PERSONALE

Fabio Moser \*

*What possessed us? We were so happy! Why then, did we take the stake of all we had and place it all on this outrageous gamble of having a child?*

*Since I last wrote, I've been rooting around in my mental attic for my original reservations about motherhood. I do recall a tumult of fears, though all the wrong ones. Had I catalogued the downside of parenthood. I do recall a tumult of fears, though all the wrong ones.*

*Had I catalogued the downsides of parenthood "son might turn out killer" would never have turned up on the list. Rather, it might have looked something like this: 1. Hassle 2. Less time just the two of us (Try no time just the two of us) 3. Other people (PTA meetings. Ballet teachers. The kid's insufferable parents) 4. Turning into a cow ( I was slight, and preferred to stay that way. My sister in law had developed bulging varicose veins in her legs during pregnancy that never retreated, and the prospect of calves branched in blue tree roots mortified me more than I could say. I am vain, or once was, and one of my vanities was to feign that I was not.) 5. unnatural altruism: being forced to make decision in accordance with what best for someone else (I'm a pig) 6. Curtailment of my traveling (note curtailment. Not conclusion.) 7. dementing boredom (I found small children brutally dull. I did, even at the outset, admit this to myself) 8. Worthless social life (I had never had a decent conversation with a friend's five year old in the room) 9. Social demotion (I was a*

\* Psicologo,  
psicoterapeuta,  
Didatta SITCC,  
Docente della  
scuola di  
Psicoterapia di  
Como. Libero  
professionista  
presso lo Studio  
Associato  
Metafore di  
Trento.

*respected entrepreneur. Once I had a toddler in tow, every man I knew every woman, too, which is depressing, would take me less seriously) 10. Paying the piper. (Parenthood repays a debt. But who wants to pay a debt she can escape? Apparently, the childless get away with something sneaky. Besides, what good is repaying a debt to the wrong party? Only the most warped mother could feel rewarded for her trouble by the fact that at last her daughter's life is hideous, too)*

(da "We need To Talk About Kevin di Lionel Shriver)

## 1. INTRODUZIONE

Questo breve contributo che andremo a condividere su Appunti vuole essere una riflessione sulle declinazioni narrative del sé (o dei sé) e dell'identità personale. Il momento clinico che andremo a cercare di leggere in questo senso riguarda la riorganizzazione dell'identità personale della mamma nel momento successivo la nascita del bambino. Le osservazioni che andremo a proporre nascono da una serie di esperienze cliniche che ci siamo trovati ad affrontare nell'ultimo anno e che ci hanno incuriosito sia per la numerosità che per la complessità delle situazioni presentatesi.

Il tema che andremo ad affrontare è molto vasto e complesso e non abbiamo l'ambizione di esplorarlo con completezza, cercheremo quindi di mettere a fuoco solo alcune riflessioni cliniche tenendo come punto di riferimento i processi di riorganizzazione della narrativa personale.

Porremo la nostra attenzione al momento di transito nell'esperienza concreta della genitorialità, faremo riferimento solo alle madri nonostante i padri potrebbero essere un argomento altrettanto interessante, come evento altamente perturbante e necessariamente occasione di riorganizzazione dell'equilibrio identitario personale. Abbiamo ben presente quanto la perturbazione possa andare in direzione di una riorganizzazione ricca e felice e non intendiamo in nessun modo trascurarne o sottovalutarne le potenzialità positive, ma, partendo dall'osservazione di situazioni cliniche di sofferenza, metteremo a fuoco soprattutto alcuni elementi di rischio e problematicità. Allo stesso modo prenderemo in considerazione la narrativa personale partendo dal momento del ritorno a casa e della riorganizzazione esistenziale della madre lasciando sotteso ed inesplorato tutto il resto.

## 2. IL RISCHIO DI UNA NARRATIVA CHIUSA

*La nascita di un figlio è un evento complesso che coincide con rapide modificazioni biologiche, sociali e psicologiche e corrisponde ad una crisi individuale che richiede notevoli capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle capacità interpersonali e di coppia. Non sorprende pertanto che tale situazione di cambiamento possa determinare numerose manifestazioni psicopatologiche (...)*

*La nozione di depressione puerperale ha suscitato un interesse crescente in anni recenti, ma i problemi che pone sono numerosi. Essa deriva da una serie di osservazioni che hanno evidenziato la comparsa di depressione in un rilevante numero di donne nel corso del primo anno dopo il parto e un'alta frequenza di episodi depressivi in questo periodo, ma l'aggettivo puerperale definisce il collegamento tra la depressione e il parto solo in termini di tempo e giustifica, con la sua apparente chiarezza, i problemi clinici che riguardano questa forma.*

*(P. Benvenuti 1999)*

Una prima caratteristica che ci sembra interessante mettere a fuoco riguarda l'impatto che può avere una diagnosi in termini di depressione puerperale sulla sofferenza e le difficoltà che la madre si trova ad affrontare nel periodo successivo al parto. Nella nostra esperienza è emerso come, al di là dell'attenzione e considerazione con cui medici o specialisti avevano offerto la diagnosi, il risultato è spesso di una percezione di esternalità del problema, con una ricostruzione narrativa personale legata a temi di inevitabilità biologica, di fragilità del sistema di funzionamento biologico personale (o delle mamme in generale). Questo tipo di vissuto diagnostico anche dove non espresso dal medico (e dove comunque non pertinente) sembra inoltre rimanere come presenza di sottofondo nell'ambiente familiare con una sorte di implicito ricondurre le difficoltà (e le eventuali proteste) della madre a qualche inevitabile mutamento ormonale. Se è pur vero che in alcuni casi questo tipo di proposta diagnostica può risultare, in termini di ricostruzione narrativa, utile nella misura in cui può produrre degli effetti involontariamente decolpevolizzanti e mantenere l'alleanza della coppia (la difficoltà ed il nemico è esterno) autorizzando la madre all'assistenza ed al riposo, nella nostra esperienza ci sembra le controindicazioni fossero decisamente superiori.

Il vivere e raccontarsi il proprio vissuto di sofferenza come qualcosa di non riconducibile a sé e alla propria esperienza personale attiva e legittima nel mondo, ma qualcosa di altro, di medico, di esterno ed inevitabile, lasciandolo al dominio della biologia medica, indicibile ed incomprensibile introduceva elementi di frustrazione e rinuncia alla ricerca di rielaborazione narrativa.

Nelle situazioni che ci siamo trovati ad affrontare un primo passaggio è stato quello (classico nella terapia costruttivista) di cercare di superare questa sensazione di esternalità e di chiusura e riaprire la possibilità di ricondurre a sé il significato dell'esperienza vissuta dandole senso rispetto alla propria storia personale e alla propria specifica modalità di affrontare l'esperienza, passando in questo modo da una narrazione chiusa ad una narrazione aperta e restituita alla autorialità del paziente.

### 3. CONTESTI CULTURALI ED ASPETTATIVE

*“Abbiamo considerato finora due funzioni della cultura, quella di mediare tra le persone e il loro ambiente e quella di dare un senso alla realtà. Essa adempie anche ad una terza funzione, quella di motivare le persone indicando loro gli obiettivi a cui tendere. La cultura svolge questo compito non con un insieme di prescrizioni, ma proponendo criteri e modelli che le persone possono usare per comprendere le situazioni che hanno davanti e per immaginare il loro futuro.”*

*(Mantovani 1998)*

*While we are created by social life, we also create social life. This view conflates with the narrative story metaphor, for while we live our stories, our stories live us; we create our story and are created by them. Indeed , “stories make meaning” (Bruner) However, we do not, and cannot, create our stories by ourselves, as they can emerge only within a preexisting contest of meaning. The contest of meaning is always social, as meaning cannot exist independent of social life.*

*(C. Brown, T. Augusta Scott 2007)*

Un secondo ambito che ci sembra meritare una riflessione riguarda come la narrativa personale del paziente si incontri con la più generale narrativa culturale, cosa i nostri modelli sociali propongono in termini di immagini ed aspettative rispetto a come dovrebbe es-

sere un “buona madre”. Se sicuramente le storie personali e familiari condizionano e determinano questo ambito narrativo esiste anche un ambito di appartenenza sociale presente con ricadute molto intense sul vissuto dei pazienti. In questo contesto vorremmo evitare di addentrarci in riflessioni sul complesso tema dell’azione dei linguaggi e delle narrative culturali sociali nella co-costruzione delle narrative identitarie personali, preferendo fare riferimento ad aspetti molto concreti ed operativi che le mamme si trovano ad affrontare alla nascita del bambino in termini di proposta psico/medica: allattamento e primo incontro con il bambino. Negli ultimi tempi (perlomeno per come è stato percepito dalle nostre pazienti) è attiva tra medici ed ostetriche una politica molto spinta sull’incoraggiare i genitori a ricorrere all’allattamento al seno. Gli operatori sanitari sono estremamente energici nel suggerire ed incentivare questa prassi nelle neo mamme (in qualche caso l’allattamento al seno era stato indicato sul libretto sanitario del bambino vicino ai farmaci). A fronte di una sicura opportunità dietetica ed immunologica, ci siamo trovati a rilevare da parte delle mamme vissuti molto dolorosi e di inadeguatezza quando non riuscivano ad attivare questa pratica. Quello che sembra poter passare implicitamente è un messaggio che indica nella capacità della madre e nella sua disponibile dedizione nell’offrire il suo nutrimento al bambino una prima grande prova della sua adeguatezza genitoriale ed il suo fallimento la prova di una inadeguatezza al compito. Sia dove percepita come propria incapacità o inadeguatezza fisica sia dove percepita come rifiuto del bambino al seno, la situazione rischia di innescare momenti di importante fatica elaborativa dando seguito alla costruzione di faticose narrative nella percezione di sé. In una situazione ci siamo trovati con una mamma che, pur in grado di allattare e con il bambino voracemente rispondente, si trovava a vivere il momento dell’allattamento come qualcosa di estremamente sgradevole ed invasivo e queste emozioni diventavano inesprimibili e difficilmente elaborabili anche perché percepite dalla madre stessa come egoistiche e sbagliate e pesantemente contestate e stigmatizzate dall’ambiente. Allo stesso modo ci siamo trovati a lavorare su vissuti e narrazioni di grande angoscia personale a fronte della pratica, anche in questo caso con alle spalle sicuramente solidi studi di efficacia, di portare il bambino alla madre subito dopo il parto mettendolo direttamente a contatto con la sua pelle quando questa esperienza, (spesso dopo travagli lunghi e dolorosi) veniva percepita come estremamente spiacevole e non desiderata. Anche in questo caso si creava una situazione di per-

cepita inadeguatezza e profonda erroneità delle emozioni provate rispetto a quelle che ci si aspetta debbano essere provate (con fantasie legate alla mancanza di istinto materno e di rifiuto del bambino). Quello che vorremmo mettere a fuoco, come comune nelle due situazioni, è la centralità del significato e del vissuto personale nella percezione emotiva e cognitiva dell'esperienza. La presenza di protocolli ed aspettative sui comportamenti della madre, per quanto fondati e generalmente utili, ma che non tengono conto della specifica esperienza della persona, rischiano, soprattutto in momenti di maggior fatica, sensibilità e permeabilità narrativa, di creare situazioni di sofferenza trascinandosi dietro immaginari di sé poco efficaci.

#### **4. UNA VITA RICCA E COMPLESSA**

*Il buon funzionamento psichico è dunque legato da una parte alla possibilità di attivare Sé situati funzionalmente adeguati alla particolare situazione in cui il sistema si trova, e dall'altro alla capacità di porsi nello stato di riflettere sull'accaduto, progressivamente costruendo un valido Sé riflesso che permetta di dare un senso alla molteplicità dell'esperienza. (...)*

*L'obbiettivo della psicoterapia sarà dunque duplice, in entrambe le direzioni. Sul piano dei Sé situati, si tratta di permettere al paziente di strutturarne di nuovi adeguati all'ambiente con cui interagisce, e non omogenei tra loro, ma molti e diversificati(...). Sul piano del Sé riflesso va affinata la competenza processuale che consiste nella capacità di cogliere il nesso di spiegare i sé stessi a sé stesso.*

*(B.G. Bara 1996)*

*The first theme concern plurality and the idea of multiple selves. It refers to the recognition that we live in a world of multiplicity and changeability and of infinite constructions and reconstruction. (J.C. Muran 2002)*

Quello su cui vorremmo porre di porre attenzione a questo punto è legato alla molteplicità di ruoli e narrazioni di sé che la persona si trova a vivere contemporaneamente nella propria vita. Una caratteristica comune alle nostre pazienti è quella di essere arrivate alla maternità (nella maggior parte dei casi dopo i 30 anni) in una situazione personale molto ricca e complessa.

La percezione di molte parti di sé, di molti bisogni, di molti crinali di realizzazione personale, di molteplici occasioni di declinazione di sé in occasioni diverse, viene in qualche modo messa in difficoltà dalla presenza di una nuova esperienza legata al ruolo materno che prende grande spazio e mette all'angolo gli altri sé. Nei racconti delle nostre pazienti questo cambiamento viene raccontato alle volte come battaglia ed aspettativa su di sé di riuscire a mantenere tutti i ruoli attivi ed immutati, con vissuti di inadeguatezza e colpa al non riuscirci, altre volte come perdita di vere e proprie aree di identità personale, qualcosa che prima c'era ed ora non riesce più ad esistere, lasciando un senso di rabbia e frustrazione, alle volte un forte vissuto depressivo e di perdita con emozioni non sempre facilmente accessibili dove percepite come non congrue, figlie di autoreferenzialità ed egoismo.

In un sistema culturale dove il femminile si trova a realizzarsi in una molteplicità di vie e di narrazioni di sé il ruolo genitoriale entra a farsi spazio costringendo il sistema ad una sostanziale riorganizzazione generale tra senso delle parti e senso generale dell'esperienza di sé. Ci sono importanti parti di sé con una specifica dimensione narrativa ad esse correlate che rischiano di essere smarrite e di cui cerchiamo di seguire le tracce.

Ci sembra che anche in questo caso la centralità dell'intervento clinico ritorni sulla possibilità di dare percezione e voce alle emozioni e all'esperienza del vissuto personale, alle varie declinazioni dei sé e delle narrative ad essi collegate, riconducendole alla possibilità di consapevolezza e narrazione.

## 5. RICONOSCERE LE EMOZIONI ED I PENSIERI E LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

*Dobbiamo sempre vedere quanto i racconti dei pazienti riescano a spiegare quello che il paziente fa. Questo per noi è significativo. Quello che rimane fuori dalla spiegazione è per noi l'elemento critico, è quello che dobbiamo inserire nella nuova descrizione. Teoricamente, in ogni terapia il problema originario è sempre quello: che c'è una discrepanza fra il livello tacito (livello dell'azione) e il livello dei resoconti (quello che la persona riesce a spiegarsi di quello che fa)*

*(V.Guidano 2007)*

*Attraverso la riconfigurazione dell'esperienza in un racconto, il senso di permanenza può essere integrato con la mutevolezza*



*del proprio accadere. La coesione degli eventi in una totalità intellegibile è forse la funzione più importante del racconto di sé; in essa si opera la sintesi delle due dimensioni temporali dell'esperienza. L'integrazione si produce attraverso la struttura propria di una storia, che combina in una totalità significativa la discontinuità dell'accadere. Da questo punto di vista ogni storia mantiene la sua coerenza e la sua identità fino a quando è in grado di integrare gli imprevisti della vita in un senso di unitarietà.*

*(G. Arcero 2002)*

Come si è potuto osservare nei paragrafi precedenti, ma vogliamo qui renderlo maggiormente evidente, un punto clinicamente significativo nel lavoro con le nostre pazienti è stato quello di rendere accessibili ed espliciti pensieri ed emozioni. L'intensità del desiderio e della responsabilità legata al desiderio di essere un buon genitore aumenta la difficoltà di accedere ad emozioni e pensieri che, per qualsivoglia ragione, vengono percepiti come non in linea con il proprio immaginario e con le aspettative su cosa una brava mamma debba essere e provare. Naturalmente le linee secondo cui questa difficoltà andrà a declinarsi saranno strettamente interconnesse con l'organizzazione di significato personale di ogni singolo paziente che tenderà a scompensare e sensibilizzarsi secondo le linee dei propri significati personali. Va comunque tenuto presente quanto questo tipo di esperienza possa diventare amplificatore delle emozioni legata al nucleo di significato personale: vissuti legati a temi di inadeguatezza, di costrittività, di responsabilità, di dipendenza, di fragilità identitaria vengono facilmente sollecitati ed amplificati nell'esperienza della genitorialità. In alcuni casi si esprimono in termini di una franca sintomatologia: gli scompensi di tipo ossessivo sui temi di responsabilità, quelli depressivi su temi di inadeguatezza e perdita sono i più frequenti nella nostra casistica, ma anche in più sfumati sensi di disagio ed insoddisfazione esistenziale con irrequietezze ed infelicità non riconducibili ad una esplicita sintomatologia, in alcuni casi la difficoltà permane nel tempo sotto traccia e riemerge a distanza di tempo nel corso del lavoro terapeutico.

## **6. CONCLUSIONE**

*Story are sureley not innocent: they always have a message, most often so well concealed that even the teller knows not what*

*as he may be grinding. For example stories typically begin by taking for granted (and asking the hearer or reader to take for granted) the ordinariness or normality of a given state of things in the world.*

*(J. Bruner)*

Ci rendiamo conto che l'argomento permetterebbe e sicuramente richiederebbe un approfondimento e lo sviluppo di vari ambiti e riflessioni. Nostro scopo nel presentare questo contributo mirava semplicemente a proporre la centralità dei percorsi della narrativa personale e del senso di sé. Ci è sembrata una buona occasione per mettere a fuoco alcune modalità dell'utilizzo del lavoro sulle narrative personali cercando di seguire l'intreccio che si va a creare tra nuclei di significato personale, momenti di trasformazione esistenziale ed appartenenze culturali.

## BIBLIOGRAFIA

- Arcero G. (2002) *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Bollati Boringhieri, Torino
- Bara B. (1996) a cura di, *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino
- Bara B.G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento* Bollati Boringhieri, Torino
- Benvenuti P., (1999) *Psicopatologia legata alle funzioni riproduttive* in Trattato italiano di psichiatria vol 2° a cura di Pancheri P., Cassano G.B. Masson, Milano
- Brown C., Augusta Scott T.,(2007) *Narrative Therapy*. Sage Publications, London
- Bruner J. (2002) *Making Stories* Harvard University Press, Cambridge
- Guidano V.F. (1988): *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Guidano V.F. (2007) *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*, Franco Angeli, Milano
- Guidano V.F. (2007) *La psicoterapia tra arte e scienza*, Franco Angeli, Milano
- Hermans H.J.M., Hermans-Jansen E.(1995) *Self Narratives*, The Guilford Press, New York
- Mantovani G., (1998) *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze
- Moser E., Pezzati R., Luban-Plozza B. (2002). *Un'età da abitare: identità e narrazione nell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino
- Moser E., Genovese A. (a cura di) (2005). *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu& Genovese, Trento
- Muran C.J. (edited by) (2002). *Dialogues on Difference*, American Psychological Association, Washington, DC
- Shriver L. (2003) *We need To Talk About Kevin* Perseus Books Group New York

# COSTRUIRE PERCORSI DI ORIENTAMENTO IN ADOLESCENZA

Federica Garavaglia \*, Valeria Garavaglia \*\*

## 1. CHE COS'È L'ORIENTAMENTO

L'orientamento scolastico e professionale si caratterizza come azione di supporto nei confronti di soggetti che, in un certo periodo della loro vita, devono affrontare una situazione di scelta, sia essa scolastica o lavorativa. Questo supporto non consiste nel “dare un consiglio”, né tanto meno nel sostituirsi al soggetto che deve effettuare la decisione, quanto nel fornire all'individuo quegli strumenti e quelle competenze che gli permettano di conoscere meglio se stesso, i propri punti di forza e di debolezza, in modo da poter affrontare autonomamente e con consapevolezza il processo decisionale. L'obiettivo fondamentale è quello di fornire agli utenti degli strumenti per effettuare una scelta, tenendo conto delle proprie caratteristiche di personalità, competenze e capacità, dei propri interessi e valori, così come dei riscontri dell'ambiente. Un'ulteriore finalità è quella di favorire l'interiorizzazione di questo atteggiamento di continua indagine di sé e delle proprie caratteristiche, utilizzandolo come punto di partenza per un miglioramento continuo.

Queste affermazioni sulla natura e sull'obiettivo dell'orientamento scolastico e professionale non sono state sempre valide. È possibile rintracciare momenti differenti nell'evoluzione della psicologia dell'orientamento. In una prima fase, detta *diagnostico – attitudinale*, che si afferma agli inizi del Novecento e che ha le sue radici nello sviluppo tecnologico industriale di quell'epoca, sorge il bisogno di avere “l'uomo giusto al posto giusto” e per questo, attraverso gli studi di psicofisiologia, si cerca di misurare le attitudini<sup>1</sup> di ogni individuo per metterle in relazione con la professione a lui più

*\* Psicologa,  
specializzanda  
presso il Centro di  
Terapia Cognitiva  
di Como, corso N,  
Socio  
corrispondente  
SITCC.*

*\*\* Psicologa,  
specializzanda  
presso il Centro di  
Terapia Cognitiva  
di Como, corso P,  
Socio  
corrispondente  
SITCC.*

adatta. L'orientatore è, in questo caso, uno specialista che applica dei test attitudinali. Tuttavia, tale accezione è messa in crisi quando ci si accorge che, oltre alle attitudini, possono essere importanti, nella scelta lavorativa, anche gli interessi. Ha quindi avvio una seconda fase, detta *caratterologica – affettiva*, che si afferma negli anni Trenta e Quaranta. In questo periodo l'orientamento comincia a considerare non solo ciò che un individuo “sa fare” (attitudini), ma anche quello che “gli piace fare” (interessi), il possesso di una personalità che “gli permetta di fare” (tratti di personalità) e di motivazioni che “lo spingono a fare” (valori, ideali) (Mancinelli, 2002). Anche in questo caso, però, risultano di fondamentale importanza i test e l'orientatore si propone sempre come tecnico, mentre il soggetto è ancora passivo. Negli anni Cinquanta prende avvio una terza fase, detta *clinico – dinamica*, in cui assumono importanza il vissuto del soggetto, il suo passato e le sue motivazioni: gli strumenti più adatti a tale indagine sembrano essere il colloquio e i test proiettivi. Ora, a discapito delle variabili ambientali, contano prevalentemente le inclinazioni personali e l'obiettivo diventa trovare il modo di realizzarle in ambito lavorativo. L'orientatore non è più un tecnico che applica reattivi mentali, ma uno psicologo clinico che si pone in ascolto dei bisogni più profondi del soggetto, il quale, tuttavia, mantiene ancora una posizione passiva. Questo approccio, pur apportando notevoli innovazioni, può essere criticato per la scarsa attenzione che dedica ad alcuni fattori che si riveleranno in seguito importanti nell'influenzare le scelte del soggetto, come ad esempio le condizioni economiche e culturali. Una quarta fase, quella *maturativo – personale*, vede finalmente configurarsi, a partire dalla fine degli anni Cinquanta del Novecento, una definizione di orientamento in cui il soggetto è al centro del processo e in cui la scelta professionale non è “la valutazione di un momento”, ma un percorso che parte dall'infanzia e accompagna lo sviluppo della persona, non rappresentando mai qualcosa di definitivo. L'individuo diventa il protagonista del processo, mentre l'orientatore svolge una funzione di facilitazione e sostegno alla presa di decisione, con l'obiettivo di favorire nel soggetto un “atteggiamento di auto-orientamento” (Mancinelli, 2002). Condizione essenziale affinché sia possibile un orientamen-

---

<sup>1</sup> Le attitudini in questo caso sono intese come disposizioni naturali ed ereditarie, ad esempio di tipo verbale, motorio, numerico..., presenti in misura diversa in ogni individuo e misurabili attraverso l'utilizzo di specifici test.

to di questo tipo è l'adozione di un modello di tipo *globalistico* – *interdisciplinare*, sia in riferimento al concetto di orientamento, sia in relazione al soggetto. Ciò significa avere una visione integrata dell'orientamento, in grado di cogliere l'apporto necessario sia della psicologia, sia della sociologia, sia dell'economia, in quanto ognuno di questi campi fornisce delle conoscenze e degli strumenti imprescindibili. Inoltre, un percorso di orientamento deve tener conto della persona nella sua interezza, senza limitarsi solo alle attitudini, agli interessi, ai bisogni, ai valori dell'individuo, ma anche riferendosi all'ambiente che lo circonda, inteso sia come contesto relazionale, sia come insieme di particolari opportunità formativo - lavorative. Chi si occupa di orientamento si pone quindi nell'ottica di strutturare interventi e progettare azioni che abbiano lo scopo di sollecitare nelle persone l'apprendimento di *competenze trasversali*<sup>2</sup>, quali le capacità di informarsi e decidere consapevolmente, diventando così protagonisti in grado di gestire, in futuro, le proprie attività di scelta in tutti gli ambiti di vita. È inoltre importante, come suggerisce anche Savickas (2007), sollecitare le persone a riflettere sui significati che esse stesse attribuiscono a sé e al mondo mentre costruiscono la propria identità professionale, nella consapevolezza che “le identità professionali vanno sempre più considerate come dei pattern mutevoli influenzati dalle storie e dai contesti di vita” (Nota, Soresi, 2010, p. 8). Ogni tipologia di utente, poi, ha necessità e bisogni specifici, che è bene conoscere al fine di strutturare un'azione di intervento mirata e proficua. Occorre quindi procedere con un'attenta analisi del contesto e delle caratteristiche del target, senza dimenticare una scrupolosa analisi

---

<sup>2</sup> L'ISFOL (ente pubblico di ricerca scientifica nel campo della formazione e delle politiche sociali e del lavoro) propone dal 1998 una suddivisione delle competenze in tre macro categorie: *competenze di base*, *competenze trasversali* e *competenze tecnico-professionali*. Sia le competenze di base che quelle trasversali sono “trasferibili” e “utilizzabili” in diversi contesti lavorativi, mentre le competenze tecnico-professionali sono specificamente applicabili ad una precisa operatività. In particolare, le *competenze di base* sono quelle ritenute fondamentali per l'occupabilità delle persone e per garantire il diritto alla formazione come diritto di cittadinanza; costituiscono il “sapere minimo”, sostanzialmente indipendente dai processi operativi concreti nei quali il soggetto è impegnato nell'esercizio del suo lavoro. Le *competenze trasversali* non sono connesse ad una determinata attività o posizione lavorativa, ma entrano in gioco in tutte le situazioni di vita. Infine, le *competenze tecnico-professionali* sono costituite dalle conoscenze e dalle tecniche operative specifiche di una certa attività professionale, che il soggetto deve presidiare per agire con “abilità”.

della domanda che motiva la richiesta. In particolare, è possibile individuare alcune fasi che compongono il processo di progettazione di un'azione orientativa:

- *analisi delle finalità dell'intervento in riferimento ai bisogni orientativi dell'utenza;*
- *analisi del contesto in cui si andrà ad operare;*
- *definizione degli obiettivi;*
- *contenuti del progetto e azioni necessarie;*
- *pianificazione dell'intervento;*
- *monitoraggio e valutazione del progetto attuato.*

### **1.1 I bisogni orientativi dell'utenza adolescente**

I mutamenti adolescenziali sono fisiologici, ma essendo imprevedibili, instabili e contraddittori, inevitabilmente risultano destabilizzanti (Bara, Manerchia, Mattei, 2006). “Un cambiamento importante implica un periodo di crisi, in cui si mettono in discussione i significati precedentemente utilizzati, mentre il proprio assetto emotivo è in stato di forte instabilità” (Bara, Mattei, 2004, p. 630). Il cambiamento in adolescenza riguarda sia il corpo, sia la mente, poiché insieme alle modificazioni fisiche della pubertà cambiano i desideri, le emozioni e i pensieri. Nello specifico, da un punto di vista cognitivo, vi è lo sviluppo del pensiero riflessivo e delle capacità metacognitive, che permettono di porsi delle domande su di sé e su di sé con gli altri. Inoltre, è proprio in adolescenza che i ragazzi iniziano ad essere maggiormente recettivi e predisposti ad un approccio di ricerca attiva di informazioni e di confronto con la realtà di riferimento, e si formano un sistema rappresentazionale più organizzato intorno al lavoro e alle professioni. La costruzione di quest'ultimo, quindi, è piuttosto tardiva: se, infatti, fin dall'infanzia inizia il lungo percorso di costruzione degli atteggiamenti di base verso il lavoro, è tuttavia nell'adolescenza che il tema delle rappresentazioni del mondo del lavoro e delle professioni si sviluppa. Sarchielli (1993; 1994) riconosce nell'adolescenza una tappa in cui il ragazzo comincia a utilizzare dimensioni sociali, aspetti organizzativi e relazionali, esigenze ed abilità necessarie per l'esecuzione del compito lavorativo. Anche Legrès e Pémartin (1985), individuando 5 stadi del processo evolutivo<sup>3</sup> dell'individuo, met-

---

<sup>3</sup> Questi 5 stadi sono: 1. *stadio del sincretismo dei progetti* (il bambino parla di un'attività professionale, ma si limita al suo contenuto apparente e la vive essen-

tono in luce come proprio in adolescenza (stadio dell'emergenza delle scelte e dei progetti professionali, dai 13-14 ai 17-18 anni) il ragazzo cominci a riflettere sulle professioni che potrebbero essere per lui più realizzabili, tenendo conto delle sue caratteristiche personali. Gli studenti di terza media, in particolare, rappresentano una categoria altamente problematica, poiché alle caratteristiche del periodo adolescenziale elencate in precedenza aggiungono il compito, assai ansiogeno, di decidere del proprio futuro scolastico e professionale, cercando di "abbozzare, sia pure a grandi linee, una possibile ipotesi di vita" (Guidano, 1988, p. 220). La scelta di una professione da intraprendere è infatti uno dei principali compiti evolutivi dell'adolescenza (Super, 1990). Emerge quindi la necessità di un processo di orientamento che, come sottolinea chiaramente Mancinelli (2002), si configura come attività di "educazione alla scelta e alla presa di decisione". Per affrontare decisioni impegnative, gli adolescenti dovrebbero apprendere a selezionare gli obiettivi da perseguire, individuare più opzioni risolutive, raccogliere informazioni, analizzare i pro e i contro di ogni opzione, gestire l'impulsività e le componenti emotive (Byrnes, 2002). Educare alla presa di decisione costituisce, inoltre, un intervento di prevenzione secondaria, in quanto varie ricerche hanno mostrato che scarse competenze decisionali si associano più frequentemente a elevati livelli di disagio psicologico e alla messa in atto di agiti a rischio (Mann e Friedman, 2002; Nota e Soresi, 2005). Sulla base delle indicazioni bibliografiche, le caratteristiche metodologiche che un intervento dovrebbe possedere per essere applicato con efficacia all'interno di un progetto rivolto ad adolescenti sono:

- *linearità e coerenza*: è importante far capire al soggetto il ponte che deve imprescindibilmente esserci tra la conoscenza di sé, dei propri interessi, attitudini e valori, e la ricerca di informazioni sulle professioni. Quest'ultima non deve essere condotta senza

---

zionalmente come un gioco); 2. *stadio della ricerca confusa e disorganizzata di informazioni dall'ambiente* (8-12 anni), in cui il bimbo fa riferimento alle professioni che casualmente ha conosciuto tramite i genitori, gli amici, le trasmissioni televisive, ma tali informazioni sono assimilate in modo frammentario, solo in funzione dei propri interessi e non delle reali possibilità); 3. *stadio della ricerca esclusiva di sé e della propria identità* (13 anni), in cui il preadolescente rivolge la propria attenzione prevalentemente verso se stesso, mentre è ancora insufficiente la conoscenza della realtà esterna; 4. *stadio dell'emergenza delle scelte e dei progetti professionali*; 5. *stadio della formazione di progetti personali* (dai 18 anni in poi), in cui il giovane mette in rapporto la scelta professionale con le esigenze familiari, sociali, finanziarie, affettive.



prima aver individuato dei punti di riferimento rispetto a sé ed alle proprie competenze e aspirazioni. I vari momenti di conoscenza, quindi, devono essere consequenziali e correlati, affinché il percorso vada a buon fine;

- *linguaggio adeguato*: esso dovrebbe puntare ad essere *semplice*, ma *non banale*, cioè concreto, immediato e privo di termini tecnici o di costrutti troppo elaborati, senza essere eccessivamente semplicistico. Uno degli obiettivi dell'intervento, infatti, è quello di stimolare nell'adolescente l'arricchimento lessicale e l'acquisizione di nuovi termini relativi alle professioni. Un altro suggerimento è di creare strumenti ad hoc per gli adolescenti prendendo spunto da lavori in cui sono i ragazzi stessi a descrivere le professioni;
- *utilizzo dell'immaginazione e delle metafore*: tenere conto di questo aspetto significa impostare un intervento in cui venga dato spazio non solo a informazioni e concetti, ma anche a prodotti immaginifici quali quelli frutto di rielaborazione iconica, come la costruzione di cartelloni, la realizzazione di disegni, le tecniche fotografiche. Questa modalità di operare consente di aprire più facilmente un canale emotivo, svincolato dai concetti di giusto e sbagliato, libero ed empatico, oltre che di mobilitare i processi mentali, creando un ponte tra pensiero esplicito ed implicito (Mattei, Mossi, Berisso, 2005).

## 2. L'ORIENTAMENTO COME COSTRUZIONE DI SIGNIFICATI

Si parla dunque di orientamento nei momenti di cambiamento e di scelta. Scegliere deriva dal latino "*exlego*" (*eleggere*) e richiama la competenza di estrarre (*eleggere*, appunto) dal mare delle possibilità ciò che è considerato migliore per sé. Implica, quindi, il conoscersi e il conoscere quello che il contesto offre come possibilità, essendo consapevoli che non vi è una scelta più opportuna in assoluto, ma solo quella che si incastra maggiormente con le proprie caratteristiche nel *qui ed ora*. Scegliere mette talvolta in crisi perché nel farlo è possibile che si ridefiniscano alcuni aspetti di sé, percependosi diversi da come si era abituati a vedersi sino a quel momento: la radice della parola italiana crisi deriva proprio dal verbo greco "*krino*", che significa sia giudicare, sia scegliere. Come ricorda anche Guidano (1992), l'intero sviluppo, nella vita adulta, procede attraverso crisi: periodi di relativa stabilità e mantenimento dello status quo si alternano a periodi in cui anche una

perturbazione minimale (ad esempio, una scelta da compiere) può innescare profonde riorganizzazioni dell'esperienza personale. Ciò ha avvio proprio nel periodo adolescenziale, quando il ragazzo inizia collocare la sua storia sulla linea del tempo, con una crescente capacità di distinguere passato e futuro. L'adolescente, inoltre, percepisce il passato "come se fosse appena iniziato" (Guidano, 1992, p. 84) e il futuro "illimitato e pieno di potenzialità" (ibidem). Ciò può essere al contempo attivante e fonte di ansia o stress, poiché ci si trova di fronte al nuovo, all'imprevisto, all'incertezza, al non sapere come potrebbe andare se si scegliesse, invece di una strada, la strada che si è deciso di escludere. "Come in un bosco, nel quale tra il fitto intreccio degli alberi sono possibili molteplici itinerari, ogni scelta costituisce al tempo stesso una novità ed una sfida da sperimentare sul campo della vita" (Nardi, 2007, pag. 33). Tenendo presenti tutti gli spunti teorici presentati e l'approccio cognitivo - costruttivista che ci guida, l'idea di orientamento alla quale ci rifacciamo è allora quella per cui orientare non significa dare un consiglio preciso o una risposta definitiva, ma stimolare il singolo a riflettere su di sé, cogliendo come ultima istanza anche quale senso abbia, per sé, lo scegliere un percorso formativo piuttosto che un altro. Ad esempio, la scelta di un Liceo può sottendere molteplici significati: non deludere le aspettative genitoriali o del contesto; mettersi alla prova in un percorso difficile; credere nelle proprie possibilità sognando un futuro percorso universitario; considerarlo un ambiente sicuro e protetto, ecc.

Questo non può essere fatto solo in un momento preciso e limitato nel tempo, ma richiede riflessione, tempo, stimoli offerti dal contesto. Il compito dell'orientatore non è quindi quello di "consigliere", ma di "guida" all'interno di un percorso in cui ogni ragazzo ha il ruolo di protagonista e artefice delle proprie decisioni, in una sorta di auto-orientamento e di "costruzione di significati".

### **3. L'ORIENTAMENTO SCOLASTICO ALLA FINE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO: IL PROGETTO "LA ROSA DEI VENTI"**

Sulla base delle considerazioni precedenti, abbiamo messo a punto nel tempo un percorso di orientamento scolastico che si trasforma di anno in anno, tenendo presenti gli spunti raccolti dagli alunni e dai docenti. Il progetto è nato in via sperimentale nell'anno scolastico 2006-2007, in 4 classi terze di un Istituto Comprensivo della provincia di Milano. E' stato poi proposto ed attuato, negli anni

successivi, in altri Istituti del territorio. Nella progettazione iniziale, siamo partite dall'interrogarci sul termine orientamento e sui suoi significati: esso deriva da oriente ed implica un rapporto con il sorgere del sole, la conoscenza, la diversità delle culture, il viaggio. Nella sua ricchezza semantica, dunque, contiene dei riferimenti sia allo spazio fisico (determinare la propria posizione o direzione rispetto ai punti cardinali), sia, in senso figurato, alla conoscenza di possibili itinerari di scelta nei diversi momenti di vita. Guidano (1988) propone la metafora del viaggio proprio per descrivere il ciclo di vita e parla di "itinerari di sviluppo" e di "mete possibili"; la qualità dei possibili temi di vita e il grado di chiarezza con cui queste mete vengono percepite dipendono dalla capacità di astrazione e di auto – riflessione raggiunta durante la riorganizzazione adolescenziale. Le persone possono manifestare bisogni orientativi in tutti i momenti di cambiamento, per capire *"da dove tira il proprio vento"* e per sapere verso quale direzione muoversi. Da qui nasce l'idea del titolo del nostro progetto, *"La rosa dei venti"*, che vuole essere uno strumento fornito agli alunni per non andare contro il vento delle proprie possibilità, interessi e caratteristiche, nella scelta della scuola superiore e nelle altre scelte della vita. In questo senso, il percorso mira ad incrementare delle competenze trasversali legate alla presa di decisione, che ciascuno può inserire nella propria *"cassetta degli attrezzi"*.

L'obiettivo principale è allora quello di promuovere nei ragazzi un atteggiamento costante di attenzione e curiosità circa le proprie potenzialità e motivazioni, senza tralasciare il confronto con i vincoli e i limiti imposti dalla realtà esterna. La metodologia è prevalentemente attiva (schede, discussioni, giochi), affinché gli alunni possano sentirsi protagonisti del lavoro che conducono su di sé. Vi è dunque alternanza tra momenti di confronto di gruppo e momenti di riflessione individuale, da condividere poi comunque con i compagni. Facciamo nostra la convinzione di molti autori che il gruppo, all'interno di un'azione orientativa, costituisca un'importante risorsa: esso si pone come *"uno spazio privilegiato di elaborazione cognitiva e confronto sociale, un luogo di dinamiche affettive e di condivisione della complessità del problema da affrontare, una situazione protetta per la sperimentazione di abilità"* (Pombeni, Chiesa, 2009, p. 100). L'intervento, infine, non può prescindere secondo noi dal contesto di riferimento, scolastico e familiare, in cui il ragazzo è inserito, dato che ogni individuo fa parte di una rete di relazioni che lo influenza e ne promuove lo sviluppo. Proprio per questo motivo, si coinvolgono nel percorso

genitori ed insegnanti, valorizzando e integrando i rispettivi punti di vista, in modo da fornire ai ragazzi ulteriori stimoli per riflettere su se stessi.

### 3.1 Planning delle attività

Il percorso si apre con un incontro di coordinamento con i docenti, che vengono sempre invitati a rimanere in classe durante il lavoro con i ragazzi, per portare la loro esperienza e costruire insieme a noi una didattica *“orientativamente orientata”*. Segue una serata dedicata ai genitori, durante la quale si racconta loro come verrà svolto il progetto e li si motiva ad accompagnare i loro figli nel processo di scelta, cercando di camminare in equilibrio tra il crinale del distacco emotivo e quello dell’invasione preoccupata e ponendosi come “base sicura” da cui partire per l’esplorazione di varie possibili alternative di scelta. In classe si incontrano i ragazzi in tre momenti. Nella *prima fase* li si motiva ad iniziare un itinerario di scoperta di alcune parti di sé e dell’ambiente. Per fare ciò, si utilizza la metafora del viaggio per mare e della rosa dei venti. A ciascun alunno viene consegnata una barchetta che può personalizzare come vuole, arricchendola con colori, pensieri, emozioni in relazione alla scelta che dopo pochi mesi dovrà compiere. Le barchette vengono poi incollate su un cartellone blu, che rappresenta il mare delle possibilità e costituisce il paesaggio per il viaggio che i ragazzi stanno compiendo, partendo dal porto sicuro della scuola media per approdare al porto ancora sconosciuto della scuola superiore. Tale metafora non emerge solo dalle nostre riflessioni, riportate nel paragrafo precedente, ma è stata adottata dopo vari brainstorming svolti nelle classi sulle aspettative circa il progetto e sul significato associato al termine orientamento. Abbiamo rilevato, infatti, che questo termine evoca in molti alunni sia un riferimento allo spazio fisico e ai punti cardinali (trovare una strada, usare mappe e navigatori satellitari, guardare le stelle,..), sia la credenza che ci sia qualcuno che dall’esterno dice dove andare. Per questo, pur riprendendo la metafora del trovare una strada e una direzione, ricordiamo sempre ai ragazzi che saranno loro stessi a decidere la rotta del viaggio. Inoltre, tale metafora rassicura i ragazzi, che si sentono responsabilizzati, ma non si percepiscono soli: anche a livello visivo, la loro barchetta è vicina a quelle dei compagni. E’ come se fosse in atto una regata non competitiva, in cui ciascuno si impegna da solo nella sua navigazione, ma può anche condividere con gli altri ansie, timori e dubbi. Inoltre, si esplicita che ognuno

può avvalersi dell'aiuto di un equipaggio (*équipe* - aggio) costituito da genitori, docenti, esperti, ecc, che non dovrebbe sostituirsi al timoniere, ma aiutarlo a cogliere “da dove soffia il vento” delle proprie capacità, interessi, aspirazioni, desideri, motivazioni. Alla fine del percorso viene consegnata agli alunni un'altra barchetta, da completare con i pensieri, le emozioni, le sensazioni che provano dopo aver compiuto una parte del viaggio verso la scuola superiore insieme a noi. La nuova barchetta va a completare il cartellone, occupandone la parte a destra, più vicina all'immaginaria costa della scuola superiore.

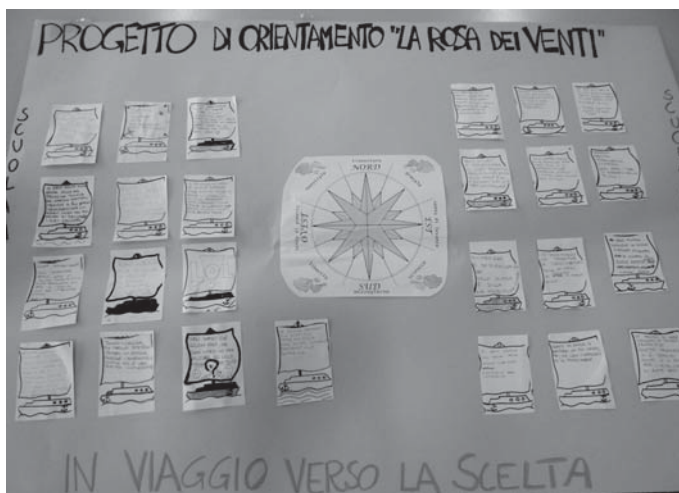
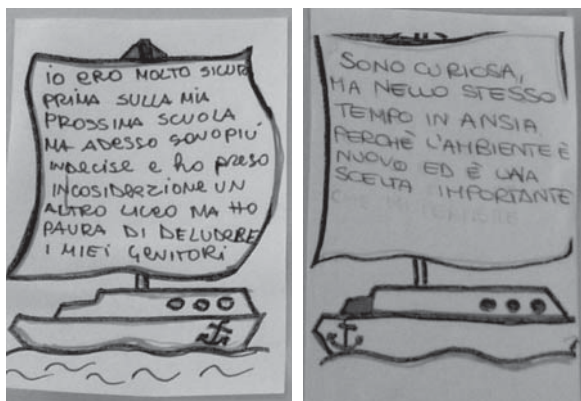
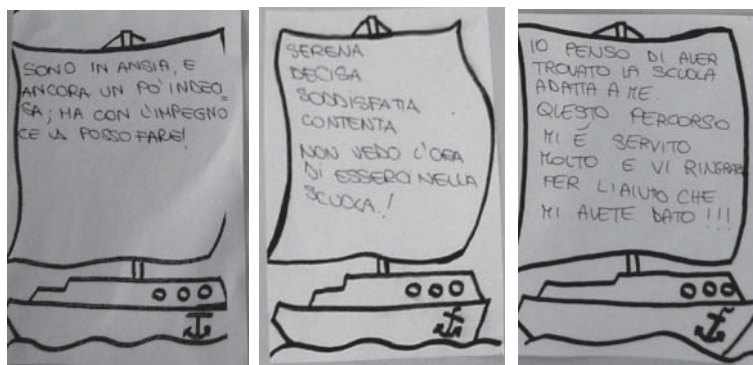


Immagine 1 - Cartellone “In viaggio verso la scelta”



Immagini 2 e 3 - Particolari delle barchette compilate all'inizio del progetto



Immagini 4, 5 e 6 - Particolari delle barchette compilate al termine del progetto

Si prosegue, poi, attraverso schede individuali di riflessione e successive condivisioni di gruppo, che stimolano i ragazzi a riflettere su attitudini e “intelligenze multiple”<sup>4</sup> (Gardner, 1994, 2005), con l’obiettivo di individuare le proprie peculiarità, valorizzando le differenze individuali. La teorizzazione di Gardner ci è sembrata particolarmente utile per aiutare gli allievi a non fermarsi alle intelligenze più direttamente e comunemente collegabili alle materie studiate a scuola (intelligenza linguistica, matematica, ecc), ma a considerare anche le intelligenze implicate in attività più pratiche, eppure importanti per intraprendere determinati percorsi formativo - professionali (es. l’intelligenza fisico - cinestetica, che ha a che fare con il controllo della motricità fine, può essere fondamentale in tutti i lavori manuali, ecc). Un ulteriore focus tematico riguarda gli interessi, che vengono esplorati attraverso la costruzione di un collage di immagini, parole e simboli: a partire da riviste lasciate a disposizione, si incentiva la curiosità verso ciò che piace e che non piace, senza giudizio. Ognuno ritaglia ciò che lo colpisce e che lo attrae e lo incolla su un foglio bianco, dando un titolo ad ogni immagine. Solo a posteriori si cerca di trovare un significato che leghi le immagini tra loro e si possa collegare alla scelta di una scuola e di una professione. Altre variabili “interne”, affrontate durante

<sup>4</sup> Secondo l’autore, gli esseri umani non sono dotati di un determinato grado di intelligenza generale, ma di almeno sette differenti tipologie di intelligenza: logico - matematica, linguistica, musicale, fisico - cinestetica, intrapersonale, interpersonale, spaziale.

la *seconda fase* del percorso, sono l'impegno e la motivazione: gli alunni vengono accompagnati nella riflessione circa il tipo di impegno che sono disposti a approfondire nello studio (impegno nello studio teorico, impegno applicativo, ...). Si chiarisce che non c'è una modalità preferibile in assoluto: ciascuno è chiamato a trovare la modalità migliore per sé. Rispetto alla motivazione, si instaura con i ragazzi una discussione circa le motivazioni intrinseche e le motivazioni estrinseche alla scelta, cercando di cogliere con loro quali "perché" possano sostenerli nello studio e perdurare più a lungo nel tempo. Si affrontano, quindi, le paure e le ansie che spesso li spingono ad iscriversi alla scuola superiore prediletta dagli amici o dai genitori, incentivandoli a compiere una scelta il più possibile personale e consapevole, frutto di una propria riflessione e non unicamente delle aspettative altrui e delle variabili socio-familiari. Si passa poi ad approfondire le variabili "esterne", incoraggiando una ricca raccolta di informazioni sugli indirizzi scolastici che via via i ragazzi selezionano, in base alla cornice fornita dalle attività sulla conoscenza di sé. La raccolta di informazioni prevede la consultazione di siti internet (es. [www.iter.mi.it](http://www.iter.mi.it)) e di brochure informative, la partecipazione a campus ed open day (organizzati dalle scuole) ed eventualmente anche un'intervista mirata a professionisti ed ex-alunni, al fine di acquisire un'idea chiara e realistica del tipo di percorso formativo sul quale ci si sta concentrando. Attraverso delle griglie di raccolta delle informazioni, proposte e negoziate con i ragazzi, li si aiuta ad organizzare i dati reperiti sulle scuole in modo organico e chiaro. Infine, nella *terza fase* si giunge ad un momento fondamentale del processo di scelta, che implica la capacità metacognitiva di integrare ciò che si è scoperto di sé (attitudini, interessi, impegno, ecc) con ciò che si è scoperto delle scuole di proprio interesse (materie, tipo di impegno richiesto, sbocchi professionali,..) per trovare, di ciascuna alternativa di scelta ipotizzata, vantaggi e svantaggi ed operare infine un confronto. Un percorso formativo o professionale, infatti, sarà tanto più vantaggioso quanto più in linea con il proprio modo di essere. E' necessario che tutte le variabili approfondite (interne, esterne, socio-familiari) vengano prese in considerazione e possano integrarsi, per confluire in una scelta non impulsiva. Si può poi decidere di dare pesi diversi a ciascuna di queste variabili, ma ciò dovrebbe essere frutto di una decisione consapevole e non di una dimenticanza: ad esempio, posso decidere di frequentare una scuola in cui si dia molto spazio alla matematica, pur non essendo portato ad essa, perché valuto consapevolmente che il mio interesse per gli

studi scientifici, la mia motivazione allo studio e il mio impegno, nonché la mia capacità di far fronte allo stress, possano supplire a questa difficoltà.

### 3.2 L'utilizzo dei test nel percorso di orientamento

Ci siamo interrogate a lungo su come e se fosse possibile inserire l'utilizzo di test oggettivi e standardizzati all'interno della nostra concezione di orientamento, che pone lo psicologo orientatore nel ruolo di "guida" alla scoperta di sé e non di valutatore esterno. La nostra risposta a tale problematica si è focalizzata sul significato attribuibile ai dati rilevati dai test oggettivi: questi ultimi vengono proposti e restituiti al soggetto non come responsi definitivi ed imm modificabili, ma come fotografie di sé nel momento presente, utili come spunto per una riflessione critica e per trovare nuove informazioni da mettere in gioco nel processo di scelta. In altre parole, non si tratta di applicare una batteria di test per predire il futuro scolastico o professionale del soggetto, ma di "aiutare l'individuo a conoscere se stesso nel presente, attraverso l'esplicitazione di potenzialità e risorse personali, il confronto tra immagine di sé e prestazioni ai test, il collegamento con le esperienze passate ecc." (Mancinelli, 1998, p. 61-62). Per quanto riguarda, in particolare, il progetto di orientamento "La rosa dei venti", viene proposto alle scuole di inserire nel planning delle attività un incontro opzionale (di solito attuato in seguito al primo incontro in classe), durante il quale viene somministrato ai ragazzi un test attitudinale di rilevazione delle abilità cognitive. Esso può essere utile per integrare le informazioni desunte dal rendimento scolastico, mettendo a fuoco, in un contesto slegato dalle consuete attività didattiche, le aree in cui l'allievo è portato. La partecipazione al test è subordinata alla compilazione, da parte dei genitori, di un modulo di consenso informato che autorizzi il figlio ad aderirvi. I risultati del test vengono poi restituiti in forma privata al singolo alunno, ai suoi genitori e agli insegnanti (previa autorizzazione della famiglia), andando così ad arricchire ulteriormente le informazioni che il ragazzo raccoglie per riflettere su di sé.

## 4. RISULTATI E VALUTAZIONE

Al termine del progetto, ai ragazzi di tutte le classi e ai docenti coinvolti nel percorso viene proposto di compilare un questionario anonimo di gradimento relativo alle attività svolte, al fine di raccogliere spunti di riflessione e rendere il progetto sempre più in linea



con le esigenze degli utenti. Il questionario prevede sia domande aperte, sia domande chiuse. L'elaborazione dei dati è dunque sia qualitativa, sia quantitativa. Riportiamo alcuni dati quantitativi relativi al gradimento degli alunni e dei docenti nel corso degli anni.

#### 4.1 Il gradimento degli alunni

Il progetto ha coinvolto complessivamente, dall'anno scolastico 2006-2007 all'anno scolastico 2010-2011, 49 classi di alunni del terzo anno della Scuola Secondaria di Primo Grado, per un totale di 1018 ragazzi, distribuiti in varie scuole della provincia di Milano (Tabella 1).

Anni Scolastici	Classi	Ragazzi
2010 - 2011	10	196
2009 - 2010	13	264
2008 - 2009	11	240
2007 - 2008	11	229
2006 - 2007	4	89
<b>totale</b>	<b>49</b>	<b>1018</b>

Tabella 1 - Classi e ragazzi coinvolti nel percorso

Ci sembra interessante riportare i dati inerenti due quesiti in particolare: l'impressione generale sul percorso svolto e la percezione dell'utilità dello stesso ai fini di una scelta consapevole. Il campione di ragazzi sui quali i dati sono stati raccolti è pari a 1018.

Come si evince dal Grafico 1, il 48% degli alunni (494) ha avuto negli anni una *buona* impressione del percorso ed un altro 48% ha avuto un'impressione *ottima* (488). Solamente il 3% (30 alunni) ne ha ricavato un'impressione *discreta* e l'1% (6 alunni) un'impressione *negativa*.

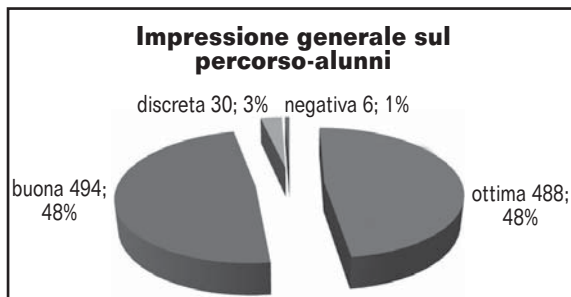


Grafico 1 - Impresione generale dei ragazzi sul percorso

Il Grafico 2 mette poi in evidenza come il 96% degli alunni (976 ragazzi) abbia ritenuto il percorso utile e il 2% abbastanza utile (25 ragazzi) ai fini di una scelta consapevole. Solo il 2% non l'ha ritenuto utile (17 ragazzi).



Grafico 2 - Percezione dell'utilità del progetto per i ragazzi

## 4.2 Il gradimento degli insegnanti

I docenti coinvolti nel progetto e che hanno risposto al questionario di gradimento sono stati complessivamente 118, distribuiti nei vari anni scolastici come specificato nella Tabella 2.

Anni Scolastici	Docenti
2010-2011	12
2009-2010	31
2008-2009	30
2007-2008	30
2006-2007	15
<b>totale</b>	<b>118</b>

Tabella 2 - Docenti coinvolti

Anche per quanto riguarda gli insegnanti, abbiamo scelto di riportare i dati relativi a due quesiti in particolare. In primo luogo, come si evince dal Grafico 3, l'impressione generale del percorso svolto in classe è stata *buona* per il 65% dei docenti (77 soggetti), *ottima* per il 29% dei docenti (34 soggetti). Solo 7 docenti (6%) ne hanno ricavato un'impressione *discreta*, mentre nessuno nel corso degli anni ha avuto un'impressione negativa.

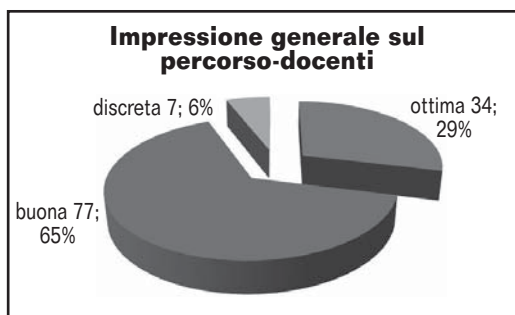


Grafico 3 - Impressione generale dei ragazzi sul percorso

E' stato poi chiesto ai docenti di esprimersi circa l'utilità che a loro avviso le tematiche trattate avevano avuto per i ragazzi in classe. Il 93% degli insegnanti, pari a 110 soggetti, ha ritenuto il lavoro svolto con gli alunni un valido supporto (*molto utile*) e il 7% (8 soggetti) l'ha considerato *abbastanza utile*. Nessun docente l'ha definito poco funzionale o per nulla utile.



Grafico 4 - Percezione dell'utilità del progetto per i docenti

### 4.3 Modifiche apportate nel corso dei diversi anni scolastici

I feedback ricevuti dai ragazzi e dagli insegnanti di anno in anno ci hanno permesso di riflettere sulle nostre modalità di conduzione degli incontri e sulle attività proposte. E' emersa in noi la consapevolezza rispetto agli iniziali tentativi di corrispondere a delle aspettative di controllo, adeguatezza e "perfezione", che si concretizzavano nel fornire ai ragazzi molteplici spunti in poco tempo. Le prime edizioni del progetto (anno 2006-2007 e 2007-2008) erano infatti caratterizzate da incontri molto densi di attività da noi proposte, a discapito di una più proficua co-costruzione dei contenuti

con i ragazzi. Via via ci siamo rese conto che ridurre il numero delle attività, ascoltando maggiormente le esigenze degli alunni e dando loro un più ampio spazio di elaborazione personale degli stimoli, portava non solo ad un loro più intenso coinvolgimento, ma anche ad una più piena e reciproca soddisfazione. Abbiamo capito che alleggerire il bagaglio del viaggio non significa ridurne o sminuirne il valore, ma al contrario lasciare spazio e libertà rispetto a ciò che ciascuno ritiene più utile portare con sé.

## **5. PROGETTUALITÀ FUTURA**

Il viaggio orientativo intrapreso in questi anni con i ragazzi in classe ci ha infuso entusiasmo ed ha stimolato in noi il desiderio di scoprire altri possibili itinerari, da esplorare con i ragazzi, gli insegnanti ed i genitori. Da qui nascono le ipotesi di lavoro che abbiamo in cantiere per i prossimi anni scolastici e che si pongono come integrazione di quanto già svolto.

### **5.1 Serate divulgative sull'orientamento scolastico**

Laddove non sia possibile per le istituzioni scolastiche finanziare per intero il progetto “La rosa dei venti”, ci sembra comunque significativo proporre ai Dirigenti la realizzazione di una serata orientativa dedicata ai genitori e agli insegnanti, al fine di sensibilizzare queste figure educative alla tematica orientativa e far loro conoscere le variabili psicologiche implicate nella scelta di un percorso formativo - professionale. Si forniranno anche degli spunti di riflessione sulle buone pratiche che è possibile tenere in famiglia e a scuola per favorire nei ragazzi un atteggiamento responsabile e consapevole di fronte al processo decisionale. Stiamo già lavorando affinché questa ipotesi di lavoro si concretizzi nell'anno scolastico 2011-2012.

### **5.2 Laboratori con i genitori**

E' già stato sottolineato il ruolo che la famiglia svolge nell'affiancare il ragazzo durante il processo di scelta. L'elaborazione di progetti professionali per il futuro si configura, infatti, come un compito evolutivo non solo dell'adolescente, ma di tutto il nucleo familiare. In particolare, da varie ricerche (Polacek, 1994) sono emersi come più influenti sulla scelta dei figli e sui loro valori il livello socio-economico, la professione dei genitori, il valore attribuito all'istruzione, lo stile educativo, il valore che la famiglia attribuisce al lavoro (strumentale o di realizzazione personale) e i

“criteri di accettabilità o inaccettabilità di determinate professioni, in relazione alle gerarchie valoriali che caratterizzano la sua cultura specifica” (Castelli, 2002). Sulla base di queste riflessioni, ci sembra interessante arricchire il progetto “La rosa dei venti” con l’attivazione di laboratori nei quali genitori e figli potrebbero costruire insieme un sapere condiviso legato alla scoperta delle professioni, alle rappresentazioni del mondo del lavoro e ai significati che ad esso vengono attribuiti nella loro famiglia, nel corso delle generazioni.

### **5.3 Orientare nello studio dello psicologo**

A livello privato, non avendo a disposizione la risorsa del gruppo di pari che permette la discussione e la condivisione, non è possibile riprodurre totalmente le attività che vengono proposte in una classe. Abbiamo voluto, tuttavia, cercare delle modalità che ci permettessero di mantenere il più possibile invariato l’obiettivo finale di auto - orientamento e di costruzione di significati su di sé, seppur utilizzando degli strumenti differenti, quali il colloquio individuale con genitori e ragazzi e la somministrazione di test psico - attitudinali. Il percorso da noi offerto ai ragazzi e alle loro famiglie, infatti, si caratterizza anche per l’attivazione personale che viene sollecitata negli utenti, proponendo compiti a casa legati alla raccolta di informazioni, al confronto in famiglia sulle scelte possibili del ragazzo, all’integrazione delle conoscenze raccolte su di sé e sull’ambiente circostante. In quest’ottica, i risultati dei test si inseriscono non come responsi assoluti e definitivi che l’esperto cala dall’alto, ma come ulteriori informazioni che è possibile reperire su di sé, in funzione degli obiettivi che ci si pone. Questo piano di lavoro è già sperimentato da noi a livello privato ed è in corso di perfezionamento. Ci si propone, in futuro, di monitorare i casi seguiti attraverso dei follow up sull’adattamento del ragazzo alla realtà scolastica scelta.

## BIBLIOGRAFIA

- Bara, B.G., Manerchia, G., Mattei, M. (2006). Adolescenza: fra crisi e cambiamento. In Bara, B.G. (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, vol. III. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B.G., Mattei, M. (2004). Homo sapiens, adolescente civilizzato. In Lambruschi, F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Byrnes, J.P. (2002). The development of decision making. *Journal of Adolescent Health*, 31, 208-215.
- Castelli, C. (a cura di) (2002). *L'orientamento in età evolutiva*. Milano: Franco Angeli.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del sé. Un approccio sistemico – processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitive*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post – razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Havighurst R. J. (1952). *Developmental tasks and education*. New York: Davis Mc Kay.
- ISFOL (1998). *Unità capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro*. Milano: Franco Angeli.
- Légres J., Pèmartin D. (1985). La psychopédagogie du projet professionnel. Description et évaluation d'intervention en quatrième et troisième. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 14, pp. 61-84.
- Mancinelli, M.R. (1998). *I test in orientamento. Metodo ed uso dei test psicologici in orientamento scolastico e professionale*. Milano: Vita e Pensiero.
- Mancinelli M.R. (2002). *L'orientamento dalla A alla Z*. Milano: Vita e Pensiero.
- Mann, L, Friedman, I.A. (2002). *Come prendono le decisioni gli adolescenti*. In Nota, L., Mann, L., Soresi, S., Friedman, I.A. (a cura di), *Scelte e decisioni scolastico - professionali. Processi e procedure di analisi e intervento*. Firenze: ITER - Organizzazioni Speciali.
- Mattei, M., Mossi, M., Berisso, G. (2005). Il linguaggio metaforico nella psicoterapia cognitiva. *Appunti del Centro Terapia Cognitiva*. Como.
- Nardi, B. (2007), *Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli.

- Nota, L., Soresi, S. (a cura di) (2010). *Sfide e nuovi orizzonti per l'orientamento I. Metodologie e buone pratiche*. Firenze: Giunti O.S.
- Gardner, H. (1994), *Intelligenze multiple*. Milano: Anabasi.
- Gardner, H. (2005). *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*. Trento: Erickson.
- Polacek, K. (1994), In che cosa consiste la maturità professionale. *Orientamenti pedagogici*, 2, 207-218.
- Pombeni, M.L., Chiesa, R. (2009). *Il gruppo nel processo di orientamento*. Roma: Carocci.
- Sarchielli, G. (1993). *L'incontro con il lavoro*. In Palmonari A. (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Sarchielli, G. (1994). *Come la psicologia affronta i problemi dell'ingresso lavorativo*. In Grimaldi, A., Taronna, P. (a cura di), *L'innovazione nei processi formativi: variabili cognitive strategiche*. Quaderni di Formazione ISFOL. Milano: Franco Angeli.
- Savickas, M.L. (2007). *La teoria della costruzione della vita professionale e implicazioni per la pratica*. In S. Soresi (a cura di), *Orientamento alle scelte*. Firenze: Giunti O.S.
- Super, D.E. (1990). A life-span, life space approach to career development. In Brown, D., Brooks, L. (a cura di), *Career choice and development: Applying contemporary theories to practice*. San Francisco: Jossey - Bass.

# LO PSICOLOGO A SCUOLA: LO SPORTELLLO SCOLASTICO D'ASCOLTO

Daniela Bidinotto \*

*\* Psicologo,  
psicoterapeuta,  
socio Ordinario  
SITCC*

Da diversi anni mi occupo di uno Sportello Scolastico di Ascolto presso una scuola secondaria di secondo grado.

Lo Sportello scolastico d'ascolto è un servizio di accoglienza delle problematiche adolescenziali, personali e scolastiche, che ha il grande vantaggio di trovarsi proprio laddove i ragazzi vivono buona parte della loro giornata e si recano quotidianamente. La location è un aspetto per nulla banale: trovarsi dentro la scuola, durante le ore in cui i ragazzi la vivono, permette allo psicologo di andare loro incontro, di trovarsi in un'aula della scuola, che di certo assume presto un'altra connotazione per chi inizia a frequentarla. Incontrarsi all'interno di un ambiente conosciuto, come quello scolastico, consente in qualche modo ai ragazzi di vivere con una certa continuità il fatto di uscire dalla classe per entrare nella stanza dello psicologo. Capita che ragazzi e ragazze ricalcitranti di fronte all'idea di recarsi nello studio di uno psicologo accettino, sentendosi maggiormente a proprio agio, di accedere allo Sportello scolastico. Trovano che faccia parte di ciò che la scuola offre, magari gli viene suggerito da uno degli insegnanti di cui si fidano, e dunque finiscono per vivere con più serenità e naturalezza il fatto di ricevere un aiuto specialistico. Più spesso è il passaparola tra studenti che li spinge a volere un colloquio, il fatto che altri loro compagni siano stati allo Sportello e si siano trovati bene, ne abbiano ricevuto un beneficio.

Altre volte i ragazzi si recano allo Sportello sfidando ed eludendo la contrarietà dei loro genitori, confortati dal fatto che questi ultimi non verranno a saperlo e che, allo stesso tempo, hanno firmato, nel contratto iniziale con la scuola, il consenso all'utilizzo dello Sportello scolastico da parte del loro figlio e per di più dando garanzia



di non interferire in nome del diritto alla riservatezza, caposaldo del lavoro psicologico.

Lo Sportello scolastico di ascolto mi permette, ogni anno, di vivere la meraviglia e il privilegio di poter avvicinare diversi adolescenti in difficoltà, più o meno gravi, e di scoprire come questi ragazzi siano pieni di risorse, talvolta ignorate dagli adulti di riferimento che li circondano, risorse pronte a fiorire e che si compiono nel momento in cui c'è un adulto che gli tende la mano. Molti di questi adolescenti non giungerebbero mai nel nostro studio, oltre che per i motivi sopra accennati, anche per altre ragioni: il pregiudizio che ancora fa dire "non sono mica pazzo che devo andare dallo psicologo!"; la questione economica che blocca alcune famiglie realmente in difficoltà; o ancora il fatto di ignorare l'efficacia dell'aiuto psicologico.

L'accesso allo Sportello scolastico è rigorosamente su base volontaria anche se, come si diceva sopra, può essere consigliato da insegnanti attenti allo stato di benessere psicologico dei propri studenti. Quest'ultimo aspetto da un lato riguarda la relazione tra insegnanti e studenti dall'altro la collaborazione tra docenti e psicologici e mette in luce come il mondo scolastico stia diventando sempre più il luogo ove la complessità di bambini e adolescenti emerge senza sconti. Bambini e ragazzi portano in classe tutto di sé: il loro mondo interiore così come le loro relazioni parentali significative e i rapporti amicali. Spesso tutto questo resta nei loro "zainetti" vale a dire ci sono ma non li tirano fuori, adagiati silenziosamente sul fondo, zittiti da un "equilibrio in equilibrio" che consente ai ragazzi di fare semplicemente gli studenti a scuola, altre volte questi aspetti della loro vita strisciano fuori dagli zainetti e qualche adulto (vedi insegnanti attenti di cui sopra) se ne accorge, altre volte se ne accorgono i ragazzi stessi e chiedono aiuto. Può anche succedere che questi aspetti esplodano, come una bomba, e facciano a pezzi lo zainetto, i libri, i banchi, e che qualche frammento vada a colpire compagni e insegnanti che a quel punto, attenti o non attenti, si accorgono di un malessere del loro studente.

Di seguito, a titolo di esempio, alcune fra le problematiche riferite dagli studenti nei colloqui allo Sportello: disagio nel rapporto con i compagni; disagio e conflittualità nel rapporto con i docenti; difficoltà personali, legate alle caratteristiche di personalità e alla fase evolutiva, che rendono difficile porsi in relazione con i pari sia in ambito scolastico che extra scolastico; stati di sofferenza psicologica causati da situazioni familiari problematiche (separazione dei genitori; perdita di uno dei due genitori; ruoli familiari confusivi;

dinamiche conflittuali all'interno di famiglie allargate; perdita di lavoro di uno dei genitori etc); incomprensioni nel rapporto con i genitori; difficoltà d'apprendimento e nell'organizzazione dello studio; problemi di inserimento nel contesto sociale, amicale e scolastico per studenti provenienti da paesi stranieri; sofferenze legate a lutti familiari recenti; manifestazioni ansiofone di varia natura ed entità.

In alcuni casi si è dimostrato utile, previo consenso dello stesso ragazzo, organizzare un incontro allo Sportello insieme ai genitori in modo da condividere la problematica, quando questa fosse legata a situazioni familiari, e riattivare la comunicazione tra genitori e figli. Esplicitare i vissuti e i punti di vista di tutte le parti coinvolte ha in più casi migliorato le dinamiche affettive e relazionali familiari.

Alcuni ragazzi utilizzano lo Sportello come spazio di consulenza psicologica breve ovvero fanno dai due ai quattro colloqui mentre altri ragazzi lo vivono come un aiuto che li accompagna lungo tutto il corso dell'anno scolastico (con incontri che non hanno però una cadenza regolare poiché va data risposta a tutte le richieste di colloquio dei diversi studenti) dando così a questo spazio il significato di un punto di riferimento importante per affrontare le proprie difficoltà, in particolare quelle legate al contesto scolastico ma anche extra scolastico.

Quando poi le problematiche riferite allo Sportello evidenziano il bisogno di un aiuto diverso si segnala al ragazzo, e/o al genitore stesso attraverso la collaborazione con i docenti, la necessità di una presa in carico psicoterapica o di un sostegno psicologico presso le strutture e le sedi adeguate a far ciò.

Dalla riflessione che a volte è possibile fare con i ragazzi che frequentano lo Sportello sul significato e sull'utilità di questi incontri emerge che lo spazio d'ascolto è un momento importante di confronto con la psicologa ma soprattutto con se stessi, serve a riflettere, a conoscere aspetti di sé, a trovare soluzioni ai problemi, ad avviare processi di apertura e chiarimento con i propri genitori, a fornire strategie di studio e favorisce l'autocritica. Molti riferiscono anche di non avere altri adulti di cui si fidano con cui poter parlare liberamente delle questioni portate allo Sportello.

Il lavoro psicologico che è possibile fare allo Sportello verosimilmente contribuisce a rimettere in moto le risorse personali e scolastiche di alcuni studenti al punto da cambiare in modo decisivo l'andamento del rendimento scolastico.

Ritengo che quanto emerge dal confronto con i ragazzi metta in

evidenza il valore di uno spazio d'ascolto scolastico dedicato: uno spazio riservato, accogliente e professionale, che permette loro di raccontare se stessi, i propri eventi di vita, i propri disagi e le proprie sofferenze, di trovare nuove strategie di soluzione dei problemi e di scoprire o rinforzare le proprie risorse personali.

Uno servizio quello dello Sportello scolastico d'ascolto che ha il merito di raggiungere le richieste di tanti adolescenti bisognosi di un aiuto psicologico; richieste che altrimenti, con molta probabilità, rimarrebbero senza risposta poiché la loro specificità e contingenza difficilmente spingerebbe i ragazzi e le loro famiglie, talvolta addirittura ignare delle difficoltà dei propri figli, a cercare l'aiuto di uno psicologo.

Lo Sportello scolastico oltre ad avere una funzione d'aiuto è portatore, a mio avviso, di alcuni cambiamenti culturali, soprattutto dentro e a partire dalla scuola. Uno di questi è il cambiamento nella relazione insegnanti studenti che sempre più chiede ai primi di essere educatori e dunque attenti alla persona dello studente; un altro riguarda la crescente collaborazione tra docenti e psicologi e quando questa si compie il beneficio si profila sia per gli studenti che per gli insegnanti stessi; e un ulteriore cambiamento significativo è il fatto che la psicologia dentro la scuola permette di avvicinarsi anche a tutta quella fascia di individui e di famiglie che per le loro caratteristiche non giungerebbero né in uno studio privato né al servizio pubblico, facendo loro arrivare il sorriso di chi ti accoglie per aiutarti.

# IMAGERY E PAURA DI CADERE NEGLI ANZIANI

Fulvio Bianchi\*

Francesca Gallina\*\*

Le cadute nella popolazione anziana rappresentano un problema di importanza assistenziale, psicologica ed economica: il 40-50% degli anziani che vivono in casa cade almeno una volta l'anno (Mari et al., 2004). Le cadute rappresentano la prima causa di incidente domestico e causano complicazioni fisiche (fratture, contusioni), sovente anche severe, e limitazioni nell'autonomia personale.

Tra i numerosi fattori di rischio che si associano alle cadute vi è la paura di cadere; nella letteratura internazionale diverse sono le definizioni di questo vissuto. Tinetti e Powell (1993) descrivono la paura di cadere come un'ansia o preoccupazione eccessiva di cadere che può portare una persona a limitare o evitare le proprie attività abituali. Altri autori hanno invece riferito la paura di cadere a una perdita di fiducia nelle proprie capacità di equilibrio (Maki et al. 1991) o in generale a una bassa percezione nella proprie capacità di evitare le cadute, avvertendo paura per questo (Cumming et al. 2000). Queste ultime definizioni hanno portato progressivamente a equiparare il concetto di paura di cadere a quello di low falls related efficacy, intesa come la bassa percezione di autoefficacia nell'evitare le cadute, propria delle persone che soffrono di questa paura (Tinetti e Powell, 1993).

In una prima fase di ricerca si è ipotizzato che la paura di cadere derivasse esclusivamente da precedenti cadute e veniva quindi identificata come un "trauma psicologico legato alla caduta che porta a una riduzione delle attività e a una diminuzione delle abilità fisiche" (Bhala et al., 1982). Successivi studi hanno invece rilevato la presenza di questo vissuto anche in persone che non sono mai cadute (Myers et al., 1996; Murphy, 2003) e hanno evidenziato la relazione con fattori fisici, psicologici e funzionali (Cumming, 2000).

*\* Psicologo  
psicoterapeuta  
cognitivo. Lavora  
come libero  
professionista.*

*\*\* Psicologa  
psicoterapeuta  
cognitiva. Lavora  
come libera  
professionista  
presso Azienda  
Ospedaliera  
San Gerardo  
(MB).*

La prevalenza della paura di cadere nelle persone anziane autonome e che non sono mai cadute varia dal 12 al 65% ed è positivamente correlata all'età (Vellas et al. 1997, Scheffer et al. 2008). La variabilità nella diffusione della paura è probabilmente legata alla diversità delle definizioni utilizzate e ai differenti strumenti di misura usati per valutarla. Una prevalenza inferiore è ad esempio correlata ad un uso di questionari con risposte dicotomiche.

Recenti indagini statistiche rilevano una maggiore diffusione della paura di cadere tra le donne (Scheffer et al., 2008): i ricercatori tuttavia consigliano di essere cauti nell'interpretare questo risultato in quanto ipotizzano come gli uomini sottostimino la propria paura poiché può essere considerato, a differenza di quanto accade tra le donne, maggiormente stigmatizzante e indice di fragilità.

Negli anziani che sono già caduti la percentuale sale ulteriormente; sebbene la paura di cadere non derivi solamente ed esclusivamente dall'esperienza di precedenti cadute questo è uno dei fattori che sovente si associa a tale vissuto. In uno studio di Howland et al. (1993) è stato rilevato come il grado di paura di cadere aumenta in funzione del numero e della gravità delle precedenti cadute.

Altri fattori associati alla paura di cadere sono uno stato di salute precario e un declino nelle abilità funzionali. È stata osservata un'associazione tra problematiche neurologiche, fattori legati a deficit sensoriali di tipo uditivo e visivo (Grue et al., 2009) e paura di cadere. Anche l'assunzione di farmaci e l'obesità (Austin et al., 2007) correlano con tale vissuto.

Comming et al. (2000) hanno completato uno studio prospettico su un periodo di 12 mesi rivolto ad anziani che hanno subito interventi medici e hanno evidenziato come alti livelli di paura di cadere si associano a un maggior declino nella capacità di svolgere le abituali attività quotidiane.

La paura di cadere è perciò correlata anche a una maggiore restrizione in queste attività: in particolare Lachman et al. (1998) hanno dimostrato come le azioni maggiormente evitate a causa della paura sono "uscire fuori (da casa) quando è bagnato /scivoloso" e "prendere qualcosa sopra la testa".

Relativamente ai fattori psicologici diversi autori hanno constatato una correlazione tra paura di cadere, ansia e depressione (Lawrence et al., 1998; Gagnon et al., 2005). Alcuni autori (Lawrence et al., 1998) hanno ipotizzato come questa paura possa essere considerata un'espressione di una più generale ansia di tratto mentre più complesso è il rapporto con la depressione. Due studi (Petrella et al., 2000; Burker, 1995) hanno evidenziato come la sintomato-

logia depressiva induca una restrizione delle abituali attività quotidiane, che a sua volta si associa con la paura di cadere, e che causa una ulteriore compromissione del senso di autoefficacia personale e una riduzione dell'autostima. In aggiunta a ciò il vissuto di fatica che sovente si accompagna a stati depressivi potrebbe rendere le persone meno sicure e consapevoli delle proprie capacità e perciò più timorose di cadere.

C'è infine un sostanziale accordo nella letteratura nell'evidenziare un legame tra paura di cadere e qualità della vita, nella sfera della salute mentale e della vita sociale, con una riduzione delle attività piacevoli e una maggiore chiusura relazionale.

Da questa breve descrizione è evidente come la paura di cadere sia un fenomeno complesso e abbia un'origine multifattoriale.

### *Interventi*

Se alcuni fattori che si associano a questo vissuto non sono modificabili (sesso, età, precedenti cadute) su tutti gli altri è teoricamente possibile intervenire.

Pochi sono gli studi che hanno valutato la fattibilità e l'efficacia di specifici interventi volti alla riduzione di tale paura. Alcuni si basano esclusivamente sull'attività fisica mentre altri comprendono anche attività più strettamente correlate agli aspetti cognitivi. Tra questi vi è, ad esempio, un intervento educativo e cognitivo – comportamentale (Tennstedt et al., 1998) i cui obiettivi sono sia un aumento della conoscenza del fenomeno della caduta sia un incremento della fiducia nella propria autoefficacia personale e nella capacità di controllare pensieri disfunzionali e comportamenti non efficaci. Le tecniche usate sono la ristrutturazione cognitiva, la promozione di comportamenti sicuri e azioni pianificate oltre a esercizi di resistenza fisica.

Infine è di fondamentale importanza intervenire anche sulla strutturazione dell'ambiente domestico per cercare di ridurre gli ostacoli o i fattori che possono essere considerati rischiosi per l'anziano.

## **IMAGERY**

Il termine imagery o visualizzazione indica "tutte quelle esperienze quasi-sensoriali e quasi-percettive di cui siamo coscienti e che per noi esistono in assenza di quelle condizioni di stimolo che realmente determinano quelle specifiche reazioni sensoriali e percettive" (Richardson, 1969 da A. Cei – Psicologia dello sport). L'ambito sportivo ha fornito all'imagery uno dei maggiori campi di applica-

zione, attraverso il suo utilizzo da parte degli atleti professionisti al fine di migliorare la performance di gara.

La teoria psiconeuromuscolare si è proposta quale strumento di spiegazione dell'efficacia dell'imagery sullo sviluppo e stabilizzazione delle abilità motorie degli atleti, basandosi sull'effetto Carpenter, secondo cui la ripetizione mentale determina un moderato innalzamento del livello di attivazione dei muscoli interessati all'esecuzione reale, strutturalmente analogo a quello determinato dal movimento reale e tale da fornire un messaggio di ritorno cinestesico percepibile dal soggetto (Cei). Negli anni '30 Jacobson ha condotto diverse ricerche in questo settore e, nel 1972, Rawlings e coll. dimostrarono l'efficacia dell'imagery servendosi di un compito che prevedeva l'acquisizione di una abilità percettivo-motoria. I soggetti dell'esperimento, dopo aver effettuato il primo giorno una serie di 25 prove di allenamento, sono stati suddivisi in tre gruppi con compiti differenti, dal secondo al nono giorno. Un sotto gruppo ha continuato ad eseguire le 25 prove fino all'ultimo giorno, un secondo sottogruppo non eseguiva più nessun compito, mentre il terzo ha continuato a praticare l'esercizio ma solo mentalmente. Al decimo giorno tutti i soggetti hanno ripetuto le prove: il secondo gruppo non mostrava alcun miglioramento, il terzo gruppo (con l'utilizzo solamente delle immagini mentali) era migliorato quasi quanto il primo gruppo (esercizi per tutti i nove giorni). Schmidt (1988) ipotizzò che, queste forme di attivazione siano determinate da un insieme di fattori scatenati dalle immagini mentali: la ripetizione mentale consentirebbe rapide associazioni con gli elementi cognitivi del compito in base al collegamento con esperienze precedenti simili.

Da allora numerosi approcci si sono affacciati allo studio dell'utilità dell'imagery nelle prestazioni sportive.

Feltz e Riessinger (1990) in una prova isometrica di resistenza muscolare, detta della sedia fantasma, hanno comparato l'influenza dell'imagery emotiva in vivo associata a un feedback rispetto a una condizione con solo feedback finale. Il compito consisteva nello stare seduti a gambe piegate nella cosiddetta posizione della sedia fantasma. Coloro che affettuarono questa prova nella condizione di imagery ("immagina di incitarti, di resistere più a lungo del tuo avversario") aggiunto a feedback (al termine di ogni prova), hanno resistito più a lungo e sviluppato un maggior senso di autoefficacia di coloro che ricevevano solo un feedback sulla prestazione.. ciò evidenzerebbe il ruolo positivo e l'efficacia delle immagini emotive in un compito di resistenza isometrica.

Murphy, Woollfolk e Budney (1988) invece dimostrarono come le emozioni di rabbia e paura dessero risultati inferiori di quelli ottenuti da soggetti che utilizzavano il rilassamento in una prova in cui i soggetti dovevano stringere un dinamometro il più forte possibile: la condizione di rilassamento ha permesso ai soggetti di ottenere prestazioni più elevate. Un altro aspetto evidenziato è relativo alla pertinenza al compito delle immagini: i soggetti che usavano immagini rilevanti (“immagina di fornire una buona prestazione”) otteneva risultati migliori di coloro che si servivano di immagini irrilevanti (cercare nella propria memoria condizioni di umore positivo o eseguire compiti cognitivi come contare alla rovescia) (Lee, 1990).

Il modello del triplo codice di Murphy e Jowdy (1990) ben rappresenta l'intento di utilizzare gli aspetti emotivi da noi presi in considerazione per lo studio; gli autori basano la teoria su tre elementi interagenti tra loro: l'immagine, la risposta somatica e il significato. Secondo questa prospettiva l'immagine in grado di rappresentare il mondo esterno/interno con un alto realismo, ovvero nel modo più dettagliato e vivido possibile per il soggetto, stimola risposte somatiche del tutto simili a quelle prodotte in situazioni reali, soprattutto se le immagini sono soggettivamente significative. È stato così costruita una procedura di lavoro PdC (procedura che verrà successivamente descritta) in cui, per ogni soggetto dello studio sulla PdC, le immagini utilizzate possano essere soggettivamente significative.

Attraverso la visualizzazione si possono attuare efficaci tecniche di concentrazione, come ad esempio scomporre il gesto tecnico in movimenti elementari e riviverlo al rallentatore.

La visualizzazione può essere inoltre utile in casi particolari come il controllo del dolore o programmi di riabilitazione.

Con l'imagery, la visualizzazione (immaginazione mentale) del movimento da compiere è possibile pensare di effettuare una determinata azione (per es. salire le scale) ricreando insieme al movimento le emozioni ad esso associate, come la FF.

L'intervento di imagery potrebbe essere ampliato riproducendo subito dopo nella realtà il movimento precedentemente immaginato. La sua riproduzione potrebbe essere scomposta in tante piccole parti (es. alzare la gamba, poggiare il piede ecc) ponendo attenzione a ciascuno step che compone l'intero movimento. In questo senso si parla di Motor Imagery, cioè di un processo cognitivo attivo in cui i movimenti vengono eseguiti mentalmente, senza che ci sia un movimento reale del corpo. Mudler et al (2007) a partire



da numerosi studi effettuati su popolazioni anziane colpite da malattia di Parkinson o post stroke, affermano che la motor imagery facilita la performance, ottimizzando l'esecuzione dei movimenti.

## AUTOEFFICACIA PERCEPITA

Il concetto di autoefficacia viene formulato da Bandura a partire dagli anni '80 del secolo scorso. La "teoria dell'autoefficacia percepita" si basa sul fatto che le persone si sono sempre sforzate di controllare gli eventi che condizionano la loro vita, esercitando la propria influenza su ciò che possono appunto controllare, cercando così di prevedere gli scenari futuri desiderati e di prevenire quelli indesiderati. Fin dalla preistoria le persone si sono rivolte ad agenti soprannaturali per raggiungere i loro obiettivi, in un'epoca in cui la comprensione del mondo era limitata; ancora oggi questo avviene in molti contesti anche "moderni", ma la comprensione maggiore di certi meccanismi di funzionamento ha permesso all'uomo di considerare se stesso come agente di maggior controllo del proprio destino.

La ricerca di controllo sulle circostanze, sebbene abbia cambiato talvolta strumenti, caratterizza quasi ogni azione umana in tutto il corso della vita, garantendo vantaggi personali e sociali.

Secondo Bandura le persone contribuiscono a determinare il loro funzionamento psicosociale attraverso meccanismi di *agency* personale, e nessun meccanismo sarebbe più importante e pervasivo delle convinzioni di autoefficacia: se le persone credessero di avere poco potere di produrre effetti desiderati con il loro comportamento, avrebbero pochi stimoli ad agire in quanto la nostra vita è guidata dal nostro senso di autoefficacia.

*"Il senso di autoefficacia corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie a produrre determinati risultati"*

Le convinzioni di autoefficacia producono vari effetti: determinano la scelta del corso delle azioni da intraprendere, la quantità di impegno investita in determinate imprese, la durata della perseveranza di fronte a ostacoli e insuccessi, la resilienza di fronte alle avversità, il fatto che il proprio modo di pensare sia di ostacolo o di aiuto, la quantità di stress e depressione sperimentati quando le circostanze ambientali sono difficili e il livello dei risultati personali.

L'efficacia è considerata una capacità generativa in cui le sottoabilità cognitive, sociali, emozionali e comportamentali devono essere

organizzate e coordinate adeguatamente per assolvere a una infinità di scopi. Esiste una enorme differenza tra il possedere certe sottoabilità e la capacità di integrarle in corsi d'azione adeguati ed eseguirle correttamente. Spesso le persone non riescono ad offrire prestazioni ottimali anche se sanno benissimo cosa devono fare e se possiedono le abilità per farlo. Il pensiero su di sé attiva i processi cognitivi, motivazionali e affettivi che governano la traduzione delle conoscenze e delle abilità in un'azione competente. In sintesi, il senso dell'autoefficacia non rappresenta il numero di abilità possedute ma ciò che si crede possibile fare con i mezzi a propria disposizione in una varietà di circostanze.

Nel nostro studio appare evidente come tale concetto possa ben rappresentare l'effetto di un abbassamento del senso di autoefficacia personale che può nascere in seguito ad una caduta o a situazioni di difficoltà psicologiche in una età (sopra i 65 anni in questo caso) in cui le circostanze fisiche personali vengano percepite come non più adeguate o sufficienti per affrontare potenziali ostacoli, fosse anche il solo camminare autonomamente.

Si è considerato pertanto di utilizzare l'imagery aggiunta alla fisioterapia quali strumenti facilitanti il potenziamento di tale senso di autoefficacia percepita, utilizzando la memoria di sé come persona che possiede le abilità relative al camminare autonomamente unito ad un lavoro di integrazione delle motivazioni personali, delle emozioni in grado di sostenere l'attività e del contenimento di quelle in grado di ostacolarla. L'utilizzo di immagini rilevanti e dettagliate relative alla marcia e agli aspetti emotivi ad essa collegati, hanno configurato lo strumento di studio impiegato in questo lavoro con soggetti anziani con paura di cadere.

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

Dal 2008 un gruppo di studenti della scuola di specializzazione Centro Terapia Cognitiva, supervisionati dalla Dott.ssa Rita Pezzati hanno iniziato a ipotizzare la possibilità di realizzare un intervento volto alla riduzione della paura di cadere.

Il presente studio si caratterizza per l'uso dell'imagery che è a sua volta correlato al concetto di autoefficacia percepita: il fatto di immaginare di eseguire bene una certa attività aumenta la convinzione di poter agire meglio, e questo aumento di autoefficacia migliora la prestazione (Bandura e Adams, 1977). Coerentemente con l'obiettivo dell'intervento nella strutturazione delle sedute di imagery viene data attenzione agli aspetti emotivi dell'esperienza e

non solo agli aspetti motori. Grazie alla collaborazione del Centro di Terapia Cognitiva di Como e del servizio di Geriatria dell'Ospedale di Lugano e Mendrisio (in particolare del dott. Quadri e del dott. Meroni) è stato possibile strutturare uno studio multicentrico che ha coinvolto diverse strutture nel Nord Italia (Istituto Mario Negri, Milano; RSA Villa San Benedetto Menni, Albese con Cassano; Fondazione Don Gnocchi, Rovato; RSA Ca' Prina, Erba; Servizi Sociali Comune di Erba; A.S.P. RETE, Reggio Emilia; COF, Lanzo d'Intelvi)

Il progetto prevede come obiettivi primari la valutazione della fattibilità di un intervento di imagery associato a fisioterapia e la misurazione dell'eventuale efficacia di questo protocollo nel ridurre la paura di cadere e migliorare l'andatura. Si vuole inoltre indagare l'ansia e la depressione eventualmente presenti, prima e dopo l'intervento.

Lo studio prevede l'arruolamento di un minimo di 50 pazienti di età tipicamente geriatrica (> 65 anni), della regione sottocenerina del Canton Ticino e afferenti ad alcune strutture geriatriche del Nord Italia.

Nella selezione dei pazienti idonei allo studio si valutano i seguenti criteri:

- *criteri di inclusione*

- Pazienti che sono incorsi in almeno un episodio di caduta senza conseguenze maggiori (fratture con necessità di intervento chirurgico, traumi cranici necessitanti ospedalizzazione) e che presentano paura di cadere.
- Pazienti con disturbi dell'equilibrio o della marcia per i quali vi è indicazione ad un trattamento fisioterapico volto ad un miglioramento della deambulazione in modo da diminuire il rischio di caduta.
- Pazienti che esprimono apertamente una paura di cadere.

- *criteri di esclusione:*

- Pazienti sottomessi a recente intervento chirurgico ( $\leq 4$  settimane).
- Pazienti con stato clinico instabile o preterminale o conosciuti per una malattia oncologica.
- Pazienti con demenza conclamata (MMSE < 24/30).
- Pazienti con sindrome depressiva grave (GDS > 10/15).
- Pazienti che riferiscono un'incapacità nell'imagery.

Per valutare i criteri di inclusione e per verificare l'eventuale efficacia del trattamento all'inizio e alla fine del percorso lo psicologo somministra i seguenti test:

- Falls Efficacy Scale, versione a 16 items (FES-I: Yardley et al., 2005 validata in italiano da Elmo et al., 2010): per quantificare la paura di cadere;
- Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983), versione a 15 items per valutare gli eventuali livelli dei sintomi depressivi;
- State Trait Anxiety Inventory, X1 e X2 (tratto dalla batteria CBA 2.0: Sanavio, 1986; Cilia e Sica, 1998) per quantificare il livello di ansia di stato e di tratto.

Durante la valutazione iniziale lo psicologo dopo una breve raccolta anamnestica, in cui vengono indagate anche le precedenti cadute e le capacità di immaginazione, somministra insieme ai test precedentemente descritti il Mini Mental State Examination, (Measso et al., 1993) per lo screening delle funzioni cognitive.

Parallelamente il fisioterapista somministra all'inizio e alla fine del percorso il Test di Valutazione dell'equilibrio e dell'andatura (Tinetti, 1986) per indagare il rischio di cadute.

Dopo aver verificato che i pazienti soddisfino i criteri per rientrare nello studio iniziano le sedute di fisioterapia e di imagery; in particolare il protocollo prevede:

- 16 sedute di fisioterapia (oltre alle due sedute di valutazione): si tratta di un intervento individuale mirato al miglioramento della forza muscolare, la propriocezione e l'equilibrio, secondo un protocollo standardizzato.
- 7 sedute di Imagery (oltre alle due sedute di valutazione): intervento, anch'esso individuale, della durata di 30-40 minuti, 1 o 2 volte alla settimana che comprende 10 minuti di rilassamenti e 20/30 minuti di immaginazione.

Attualmente lo studio è ancora in corso e non sono perciò ancora disponibili dei risultati conclusivi. Da un primo riscontro, dopo aver analizzato i risultati ottenuti con i primi 19 pazienti, sembra evidenziarsi una tendenza ad una diminuzione della paura di cadere, dell'ansia di tratto e di stato. Non sembrano emergere differenze significative nei punteggi relativi alla GDS e al Test di Valutazione dell'equilibrio e dell'andatura.

I dati ottenuti sono però parziali e andranno integrati con i punteggi che si otterranno con i rimanenti 31 pazienti.

*Si ringraziano la dott.ssa Bondani e il prof Chattat (Università di Bologna, facoltà di Psicologia) per il loro prezioso contributo.*

## BIBLIOGRAFIA

- Austin N., Devine A., Dick I, Price R e Bruce D. (2007) *“Fear of falling in older woman: a longitudinal study of incidence, persistence and predictors.”* Journal of the America Geriatric Society.
- Bandura, A.1977 Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change, in *“Psychological Review”*, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A 1986 *Social Foundation of Thought and Action: A Social-cognitive View*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Bhala RP, O’Donnel J.,Thoppil E. (1982)*“Ptophobia: phobic fear of falling and its clinical management”*Phys Ther, 1982
- Burker EJ, Wong H., Sloane PD et al. (1995)*“Predictors of falling in dizzy and nondizzy elderly”* Psychol Aging.
- Cei, A. 1998 *Psicologia dello sport*, Bologna, Il Mulino
- Cilia S. e Sica C. (1998) *“Assessment cognitivo comportamentale: le strategie CBA 2.0.”* Gorizia: Tecnoscuola.
- Cumming RG, Salkeld G., Thomas M e Szonyi. (2000) *“Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily li”* Scandinavian Journal oving, SF\_36 scores and nursing admission” The Journal of Gerontology.
- Elmo A., Riggero C., Mariani T., Gugliotta R., Gasperini B., Serra R., Zampi E., e Cherubini A. (2010) *“Valutazione della FES-I e della FES-I breve in anziani viventi in comunità”*. Giornale di Gerontologia.
- Feltz, D.L. e Riessinger, C.A. 1990 Effects in vivo of Emotive Imagery and Performance Feedback on Self-efficacy and Muscular Endurance, in *“journal of sport Psychology”*, 12, pp. 132-140
- Gagnon N., Flint AJ., Naglie G e Devis G (2005) *“Affective correlates of fear of falling in elderly person”* Journal of Geriatric Psychiatry.
- Grue E, Ranhoff A.H., Noro et al. (2009) *“association with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic Hospitals”* Scandinavian Journal of Caring Science
- Howland J., Lachman ME, Peterson EW et al. (1993) *“Covariates of fear of falling and associated activity curtailment”* Gerontologist
- Jacobson 1929 *Progressive Relaxation*, Chicago, Ill., University of Chicago press.
- Lachman M.E., Howland J., Tennstedt S., Jette A., Assman S e Peterson E.W. (1998) *“Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly.”* The Journal of Gerontology.

Lawrence RH., Tennstedt SL, Kasten LE, et al.(1998) “*Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year: baseline finding from a Roybal Center fear of falling intervention*” J Aging Health.

Lee, C. 1990 Psyching Up for a Muscular Endurance Task: Effects of Image Contents on Performance and Mood State, in “*Journal of sport and Exercise Psychology*”, 12, pp. 66-73

Mari et al. (2004) “*La prevenzione delle cadute nell’anziano: Consigli utili*”, ULSS 5 Notizie.

Maki BE; Holliday P., Topper A. (1991) “*Fear of falling and postural performance in the elderly*.” The Journal of Gerontology.

Measso G., Cavarzeran F, ZappALà g., Lebowitz B., Crook T.K., Pirozollo F., Amaducci R.A., Massari D., Grigoletto F. (1993) “*Il Mini Mental State Examination: studio normativo di un campione random della popolazione italiana con correzione per età e scolarità*” Developmental Neuropsychology.

Myers AM, Powell LE , Maki BE et al. (1996) “*Psychological indicator of balance confidence: relationship to actual and perceived abilities*” J Gerontol A. Biol. Sci. Med. Sci.

Murphy S. L., Dubin J. A., e Gill T. M. (2003) “*The development of fear of falling among community living older woman; Predisposing factors and subsequent fall events*” The Journals of Gerontology series A, Biological Sciences and Medical Sciences.

Murphy, S.M. e Jowdy, D.P. e Durrtschi, S.K. 1990 *Report on the United States Olympic Commettee Survey on Imagery Use in Sport: 1989*, Colorado Spring, Colo., US, Olympic Training Center.

Murphy, S.M, Woollfolk, R.L. e Budney, A.J. 1988 *The Effects of Emotive Imagery on Strenght Performance*, 10, pp. 334-335.

Petrella RJ, Payne M., Myers A. (2000) “*Physical function and fear of falling after hip fracture rehabilitation in the elderly*” Am. J. Phys. Med: Rehabil.

Rawlings, E.I, Rawlings, I.L., Chen, C.S., e Yilk, M.D. 1972 “*The Facilitating Effects of Mental Rehersal in the Acquisition of Rotary Pursuit Tracking*”, in “*Psychonomic Science*”, 26, pp. 71-73.

Sanavio (1986) *CBA 2.0: una batteria ad ampio spettro per l’assessment psicologico*. Firenze:Edizioni OS.

Richardson, A. 1969 *Mental Imagery*, New York, Springer.

Scheffer A. C., Schuurmans M., Van Dijk N., van DER Hooft T ve DE Roij S. E.(2008) “*Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older person*” Age and Ageing.

Schmidt, R.A. 1988 *Motor Control and Learning*, Champaign, Ill., Human Kinetics.

Tennstedt S., Howland J., Lachman M et al (1998) “*A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults*” J Gerontol B Psychol Sci. Soc. Sci.

Tinetti M, Powell L (1993) “*Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons*” J. Gerontol.

Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ et al. (1997) “*Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers*” Age Ageing.

Yardley L., Beyer N., Hauer K., Kempen G., Piot-Ziegler C. e Todd C. (2005) “*Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I)*” Age and Ageing.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose L., Lun O., Huang V., Adey M., e Leirer V.O. (1983) “*Development and validation of Geriatric Depression Scale: a preliminary report*” Journal of Psychiatric Research.

# DALL'ATTACCAMENTO ALLA RICERCA DI SENSO: L'ESPERIENZA DELLA DOLL THERAPY NELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

Valentina Molteni\*, Rita Pezzati\*\* e Rita B. Ardito\*\*\*

*\* Psicologa  
consulente presso  
Istituti Riuniti  
Airoldi e Muzzi  
Onlus, Lecco.  
Specializzanda  
presso Centro  
Terapia Cognitiva,  
Como*

## INTRODUZIONE

Nel vissuto di una persona affetta da demenza l'esperienza della perdita si ripresenta costantemente nel vivere quotidiano. I deficit a carico delle funzioni esecutive e strumentali portano a una progressiva perdita della possibilità di integrare sensazioni, pensieri ed emozioni in una visione continuativa di sé e della realtà che ci circonda. Da qui origina l'esperienza del disorientamento spazio-temporale, il non riconoscimento di luoghi e volti familiari, la progressiva incapacità di espressione e comprensione verbale e molte altre compromissioni che portano a dipendenza e isolamento. Tutto ciò che prima era familiare e "dato per scontato" diventa sconosciuto. La sfida per la persona affetta da demenza è quella della continua ricerca di senso. Miesen descrive l'esperienza vissuta da una persona affetta da demenza come "una continua lotta contro il senso di perdita di controllo e di sicurezza" (Miesen, 2010). Dal momento che il primo bisogno dell'essere umano è quello di protezione e sicurezza espresso attraverso la richiesta di attaccamento ad una figura significativa, come Bowlby ha teorizzato, allo stesso modo la persona affetta da demenza manifesta evidenti comportamenti finalizzati ad ottenere vicinanza e rassicurazione da parte dei caregivers, familiari o personale di cura. In chi opera in questo settore è esperienza comune vedere una per-

*\*\* Psicologa  
Psicoterapeuta,  
Centro Terapia  
Cognitiva, Como.  
Docente presso  
Università  
Professionale della  
Svizzera Italiana  
(SUPSI)*

*\*\*\* Psicologa  
Psicoterapeuta,  
Centro di  
Scienza Cognitiva.  
Docente presso  
Università degli  
Studi Torino*



sona affetta da demenza manifestare comportamenti di richiesta di attaccamento di elevata intensità e frequenza tali da essere comunemente appellati in medicina come “disturbi del comportamento”. Le manifestazioni più frequenti sono le domande ripetitive, il pianto, la richiesta di contatto fisico, il seguire un'altra persona in tutti i suoi spostamenti (shadowing), il vagabondaggio, la lamen-tela. Spesso gesti aggressivi e agitazione psicofisica esprimono una richiesta di protezione e sicurezza (Miesen, 2010). Per i familiari e per il personale di cura rispondere a queste richieste ed essere costantemente una fonte di sicurezza per il malato è molto stressante e può portare ad un esaurimento di risorse fisiche e psichiche. E' comprensibile quindi lo stupore e la curiosità nel vedere una persona affetta da demenza passare da questi comportamenti al tenere in braccio una bambola come se fosse un bambino vero, cullandola, stringendola al petto e assicurandola con parole dolci.

## LA DOLL THERAPY

La Doll therapy crea una situazione per cui la persona affetta da demenza passa dalla richiesta di cura e protezione per sé al dare rassicurazione ad una bambola percepita come bambino reale. Questo favorisce momenti di serenità e tranquillità con significativa riduzione dei comportamenti definiti disturbanti, come dimostrano recenti studi scientifici sugli effetti della Doll therapy. In Italia l'uso delle bambole terapeutiche in alcuni nuclei protetti per persone affette da demenza è stato promosso negli ultimi anni a partire dall'esperienza del Dott. Ivo Cilesi in collaborazione con i centri alzheimer di Göteborg in Svezia. Le bambole in questione sono prodotte da un marchio svedese e hanno caratteristiche studiate per ricreare la sensazione di toccare, guardare ed avere in braccio un bambino. La posizione di braccia e gambe, la distribuzione del peso in modo differente nel corpo, i materiali scelti e i contrasti nel colore di pelle e abiti facilita il riconoscimento percettivo da parte del malato, come possibile rilevare sia dal comportamento osservato sia dalle verbalizzazioni spontanee. Vi sono bambole che sembrano bambini di dodici mesi circa, altre hanno le caratteristiche fisiche dei neonati.

La Doll therapy rappresenta un vero e proprio approccio terapeutico nei nuclei alzheimer che la praticano e richiede un adeguato percorso di formazione da parte del personale di cura. Le bambole vengono “sommistrate” dopo un'attenta valutazione dei casi e seguendo una procedura che prevede la registrazione dei compor-

tamenti osservati nell'arco del tempo. Il personale di cura viene infatti sensibilizzato all'importanza di prestare attenzione al modo in cui la persona affetta da demenza considera la bambola e a validare il significato che ha per lei. Questi accorgimenti uniti alle peculiarità di queste bambole e alle caratteristiche della persona affetta da demenza (gravità del decadimento, tipologia di demenza, aspetti della storia di vita e di personalità) favoriscono l'instaurarsi di una relazione di accudimento che dura nel tempo. La Doll therapy non è attuabile nei casi in cui la bambola viene riconosciuta come oggetto o quando la persona esprime chiaramente un rifiuto. Di seguito vengono riportati due esempi di consegne fatte da infermieri di un nucleo alzheimer in relazione alla Doll therapy (si tratta del nucleo Alzheimer degli Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi Onlus di Lecco).

*“Ore 13.30, la signora R. accetta la bambola sorridendo e la prende in braccio. La chiama per nome (Matilde) e l'accudisce con attenzione. Mi dice con parole sue che da quando c'è lei (Matilde) si sente più tranquilla. Ore 14.30, la signora R. deve essere portata in bagno e per separarla dalla bambola le viene spiegato che la bambina verrà messa a letto. La signora R. accetta di lasciare la bambola all'operatrice ma dopo qualche minuto chiede se sta bene e viene rassicurata. Si mostra tranquilla nelle ore successive”.*

*“Ore 23.30, la signora L. è insonne e affaccendata a letto, l'operatrice le porge la bambola e l'accoglie con gioia dicendo che è venuta a trovare la nonna. Le viene lasciata la bambola a letto e dopo 30 minuti la signora si addormenta”.*

*“Ore 10.00, la signora M. si mostra ansiosa, vaga per il corridoio, è molto infastidita dalle altre persone. Il cammino è instabile per cui viene fatta sedere in poltrona e le viene data la bambola. La guarda, l'accarezza, le sorride, è molto attenta ai vestiti e li sistema. Dopo dieci minuti si addormenta stringendo la bambola al petto”.*

Le signore in questione sono persone affette da demenza in fase moderata e avanzata, necessitano di un alto livello di assistenza e manifestano disturbi del comportamento. La scelta di inserire la doll therapy all'interno del loro piano assistenziale è avvenuta su decisione del medico in accordo con il personale di cura e ha rappresentato una possibile alternativa al farmaco nel trovare risposte alle problematiche emergenti nell'assistenza quotidiana. La bambola è stata consegnata una o due volte al giorno a seconda delle

problematiche del momento e l'esposizione ripetuta nel corso del tempo ha permesso alle signore di familiarizzare con essa e talvolta anche di riconoscerla come il proprio bambino o nipotino.

In generale i comportamenti osservati nei casi sopracitati, così come in casi simili, sono riferibili a comportamenti di accudimento (cullare, accarezzare, baciare, stringere al petto, sistemare i vestiti, pettinare) e di esplorazione (manipolare, muovere, osservare con attenzione, annusare). In alcuni casi viene manifestata la preoccupazione di dar da mangiare, di cambiare i vestiti o di mettere a letto la bambola, come se la persona con demenza rievocasse dei bisogni tipici di un bambino di quell'età e si attivasse per trovare risposte. Vengono espressi stati d'animo riconoscibili come la gioia, la sorpresa, la tenerezza, la preoccupazione. Molto spesso le persone si tranquillizzano e si addormentano con la bambola in braccio.

### **IPOTESI ESPLICATIVE SULLA DOLL THERAPY A PARTIRE DALLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO**

L'osservazione di numerose esperienze di successo di Doll therapy in contesti istituzionali ha generato nelle sottoscritte una forte curiosità e il desiderio di comprendere meglio i meccanismi psicologici sottostanti. La nostra speranza è in primis quella di avvicinarci sempre di più al significato che la Doll therapy ha per la persona affetta da demenza. Alcune domande sorgono spontanee. Come mai le persone affette da demenza nell'accudire la bambola si tranquillizzano e riducono le richieste di attaccamento? Come mai la doll therapy, pur in condizioni simili di malattia, ha per alcuni soggetti risvolti positivi e per altri no?

Ad oggi nessuna ricerca ha prodotto risultati esplicativi in questo senso. Recenti studi hanno dimostrato che l'utilizzo di bambole con soggetti affetti da demenza ha successo nel ridurre manifestazioni d'ansia, agitazione psicofisica, wandering, shadowing, ritiro sociale e aggressività (Piccoli, 2003; James, 2006; Elingford, 2007). Le bambole risultano uno strumento terapeutico nel favorire una maggior attività e comunicazione in persone affette da demenza istituzionalizzate che presentano apatia e ritiro sociale (Mackenzie, 2007). Vi è in generale consenso nel ritenere questo un approccio non infantilizzante e rispettoso della persona poiché favorisce esperienze emotivamente positive e rinforza la relazione con il personale di cura. E' dimostrato quindi che la bambola può rappresentare uno strumento di cura se ben utilizzato ma rimangono irrisolti gli interrogativi sul significato che questa esperienza possa avere nel

vissuto della persona affetta da demenza. In linea con le recenti ricerche di Miesen (2010) e Bisiani (2012) possiamo ipotizzare che la teoria dell'attaccamento di Bowlby rappresenti una possibile chiave di lettura rispetto alla Doll therapy. Come già spiegato la malattia espone la persona a un senso di minaccia frequente per la propria integrità fisica e psichica paragonabile a ciò che Miesen ha descritto come "costante perdita di controllo e sicurezza". In particolare la malattia porta a una progressiva perdita del significato attribuibile alle cose e agli eventi e questo risulta particolarmente stressante. Le memorie di esperienze passate riaffiorano ma senza una continuità con l'esperienza presente generando un senso di confusione e incertezza. La teoria dell'attaccamento ci ricorda che gli esseri umani sono dotati di un sistema innato su base biologica che attiva comportamenti finalizzati alla ricerca di protezione e vicinanza nel momento in cui si sperimenta insicurezza e questo si ripete nel corso di tutta l'esistenza di una persona. La perdita di memoria e l'incapacità di riconoscere i volti familiari fa sì che la richiesta di attaccamento non sia rivolta solo alle figure significative (familiari o personale di cura) ma anche a persone sconosciute scambiate talvolta per figure del proprio passato. Possiamo quindi supporre che di fronte all'esperienza ripetuta di perdita di significato e di sicurezza la persona con demenza attivi richieste di attaccamento finalizzate ad ottenere vicinanza e rassicurazione. La modalità con cui viene espresso attaccamento sarà differente da persona a persona e rifletterà lo stile di attaccamento maturato nel corso della vita. Di fatto i differenti comportamenti manifestati dalle persone affette da demenza sembrano riflettere differenti stili di attaccamento: alcuni manifestano rabbia o isolamento, altri ansia, pedinamento, attaccamento fisico costante, lamentele, altri pongono domande ripetitive e ricercano conferme, altri ancora mostrano reazioni più disorganizzate.

In quest'ottica il porgere una bambola alla persona con demenza che chiede attaccamento può sembrare un controsenso: ad un bisogno di protezione si risponde con la proposta di curare un bambino. Eppure l'esperienza empirica mostra come sia il gesto relazionale dell'operatore sia l'oggetto in questione contribuiscano a creare una situazione "generatrice di senso" tale per cui la persona affetta da demenza si tranquillizza e spesso manifesta reazioni emotive tipiche del sistema dell'accudimento, ad esempio gioia nel vedere la bambola, preoccupazione che stia bene, soddisfazione nel cullarla o farla giocare.

A questo punto sorge spontanea una domanda: come spiegare il

passaggio dalla richiesta di attaccamento con risposta dell'operatore che porge la bambola alla risposta della persona affetta da demenza di accudimento della bambola e riduzione della richiesta di attaccamento?

Le ipotesi che si possono formulare a tal proposito sono dal nostro punto di vista tre.

La prima ipotesi è che la risposta alla bambola sia influenzata dalla storia di attaccamento della persona affetta da demenza. Questo spiegherebbe come mai, in condizioni simili di deterioramento cognitivo, alcune persone accudiscono la bambola mentre altre rifiutano chiaramente di prendersene cura e tendono a evitarla. Le prime sembrerebbero spostarsi dal piano dell'attaccamento a quello dell'accudimento, le seconde invece rimangono sul piano dell'attaccamento.

La seconda ipotesi è che la situazione proposta nella Doll therapy favorisca la costruzione di un significato condiviso tra persona affetta da demenza e personale di cura. Il gesto dell'operatore che porge la bambola con cura e valida l'esperienza emotiva vissuta dalla persona con demenza risponde alla richiesta di significato in quanto "prendersi cura di un altro conspecifico più fragile e vulnerabile" è qualcosa di umanamente condivisibile e innato (Bowlby, 1988). Nella Doll therapy la persona con demenza fa un'esperienza di senso in cui è attivamente coinvolta nell'attribuzione di significato alla realtà (è lei ad attribuire alla bambola la valenza di un bambino e a decidere se accudirlo o meno) in continuità con i propri modelli operativi interni. Il fatto che questo avvenga all'interno di una relazione di cura con l'operatore favorisce la costruzione di un significato comune e condivisibile nel qui ed ora.

La terza ipotesi è che la relazione con l'operatore nel momento in cui porge la bambola sia per la persona affetta da demenza una risposta alla richiesta di attaccamento. In questo caso la bambola è un mediatore della relazione ma il vero effetto terapeutico è la risposta al bisogno di attenzione manifestato e la rottura di una condizione di isolamento della persona affetta da demenza.

Considerando questa ultima ipotesi si riapre il circolo delle riflessioni e in particolare: se così fosse, come mai la persona continua ad accudire la bambola anche in assenza dell'operatore?

## CONCLUSIONI

Tutto ciò ha risvolti molto interessanti per lo psicoterapeuta a orientamento costruttivista che lavora in questo ambito.

In qualità di supervisore delle équipes che praticano la Doll therapy lo psicoterapeuta costruttivista guida il personale di cura nel guardare in modo differente la persona con demenza integrando informazioni cliniche con l'osservazione del comportamento manifestato. Parlare ai curanti di attaccamento, di accudimento e di sistemi motivazionali in generale è di aiuto nell'allargare la visione, spesso limitata alla malattia, per accogliere la persona affetta da demenza in tutta la sua complessità di essere umano. Ciò che si osserva nella Doll therapy è un evento raro nell'esperienza di chi lavora nei nuclei alzheimer e per questo è fondamentale che venga condiviso e integrato in uno spazio di supervisione. Solitamente non ci si aspetta che la persona affetta da demenza sia ancora in grado di esprimere gioia o tenerezza, l'attenzione è maggiormente sui deficit piuttosto che sulle abilità residue. L'operatore che guarda alla persona che sta accudendo la bambola si stupisce e si chiede se si è comportata allo stesso modo con i propri figli e nipoti. Stimolare la curiosità nel personale di cura ha una valenza fondamentale: significa creare la possibilità di guardare all'altro in modo diverso, di trovare una nuova motivazione per cui avvicinarsi e "incontrarlo così com'è". Questa è sicuramente una sfida importante per le équipes di cura ma anche un possibile fattore di protezione dal burn-out nella relazione con la persona affetta da demenza.

Cambiare lo sguardo su una patologia che storicamente è sempre stata guardata in termini descrittivi permette a noi, terapeuti che lavoriamo sia con le persone affette da demenza sia con i loro familiari e curanti, di esplorare una dimensione dove la costruzione di senso e quindi la costruzione identitaria viene allargata. Questo apre la strada al senso della psicoterapia con persone affette da una forma di demenza di tipo degenerativo.

## BIBLIOGRAFIA

Bisiani L. *Doll therapy: A therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia*. A casa study approach. *Dementia*, pub.online, 2012

Bowlby J. *A secure base*. London: Routledge, 1988 (trad.it. *Una base sicura*. Milano, Cortina, 1989)

Cilesi I. *Stare bene con una bambola*. Assistenza Anziani, 2008

Ellingford L. *Using dolls to alter behavior in people with dementia*. *Nursingtimes*, 2007

James I. *Doll use in care homes for people with dementia*. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006

Mackenzie L. *A pilot study on the use of doll for people with dementia*. Published electronically, 2006

Miesen B. *Care-giving in dementia: Contours of a curriculum*. *Dementia*, 2010 9: 473

Piccoli S. Creative Care. In Hudson R. (Ed.). *Dementia nursing: a Guide to practice* (pp.269-272). Melbourne, Australia: Ausmed Publications, 2003

# PSICOTERAPIA DI GRUPPO IN PAZIENTI ANZIANI DEPRESSI

Pietra Romano \*

L'attenzione alla diagnosi e al trattamento dei Disturbi dell'Umore nell'anziano è aumentata negli ultimi anni in relazione a diversi fattori, quali; l'innalzamento dell'attesa di vita, la ricerca di un miglioramento della qualità di vita in fasi del ciclo vitale dove la richiesta implicita era l'accettazione rassegnata di tutto ciò che capitava come l'inevitabile conseguenza del processo di invecchiamento. La depressione è, infatti, uno dei disturbi psichiatrici prevalenti nella popolazione anziana (Alexopoulos 2005) e viene spesso curata dal medico di base (Rothera et al., 2001) solo con terapie farmacologiche spesso sottodosate (Birrer and Vermuri, 2004). Anche per una ragionevole paura degli effetti iatrogeni dei SSRI, come; aumentati problemi cardiologici e un 'incrementato rischio di frattura del femore. Inoltre come ben sappiamo l'anziano segue già politerapie che andrebbero alleggerite, non ulteriormente caricate. Questo utilizzo della sola terapia farmacologica nell'anziano resiste, nonostante numerosi studi supportino con risultati incoraggianti, l'utilizzo della psicoterapia, sia in setting individuale, sia in setting di gruppo (Wilson 2009, Wilkinson 2009). Questi studi hanno dimostrato che la psicoterapia, prevalentemente ad indirizzo cognitivo-comportamentale, ha un'efficacia sovrapponibile a quella farmacologica (Laidlaw 2008), influenzando il miglioramento clinico attraverso una modulazione delle funzioni di specifiche regioni cerebrali a livello di corteccia frontale, cingolato e ippocampo (Goldapple 2004). Inoltre la terapia psicologica favorisce anche l'uscita dall'isolamento sociale che è stato identificato come uno dei fattori favorevoli allo sviluppo di psicopatologia. L'isolamento e la solitudine è conseguente alle "perdite oggettive" delle persone

*\* Psicologo,  
Specialista in  
Psicologia Clinica,  
Psicoterapeuta e  
Socio del  
"Centro Studi di  
Neuroscienze"  
di Milano, si è  
formata e  
collabora con il  
Centro Terapia  
Cognitiva Como e  
con diversi  
Ospedali del  
territorio  
Milanese.*



care che caratterizza questa fase della vita, alla perdita del proprio ruolo sociale e della dimensione relazionale, lavorativa e infine l'inabilità fisica che spesso impedisce la socializzazione (Gala 1996). Le recenti linee guida, attualmente indicano la psicoterapia come il trattamento d'elezione nella depressione lieve e moderata dell'anziano. Nel corso di questi anni, ho avuto la fortuna di creare e coordinare un gruppo clinico e di ricerca su questi pazienti anziani affetti da disturbo depressivo. I pazienti afferivano ad un ambulatorio specialistico di un grosso ospedale milanese, nel corso dei due anni che prenderò in considerazione per questo articolo nel centro abbiamo seguito in psicoterapia 115 pazienti anziani affetti da depressione. Nell'impostare i gruppi di psicoterapia desideravo prendere in cura i pazienti nel modo più efficace e desideravo inoltre dimostrare tale efficacia. Partendo dalla considerazione di avere la necessità di applicare un metodo dimostrato "scientificamente" come primo gradino per confermare l'utilità della psicoterapia anche sui pazienti italiani e anche per conciliare le richieste empiriste del primario e non ultima ragione discutere la mia tesi di Dottorato conseguito a Torino con il Prof. B. Bara, ho applicato la Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Gallagher-Thompson, (2010) adattata per l'esecuzione di gruppo che è una dei metodi che ha maggiori studi a supporto della sua efficacia clinica e ha inoltre l'indubbio vantaggio metodologico di essere manualizzata, di avere quindi un manuale pubblicato che ne definisce le procedure. Essendo, però, fortemente convinta che questa terapia non potesse essere l'unico strumento da proporre al paziente anziano depresso, perché lascia a mio parere, muti i bisogni primari di questi pazienti, ho fatto partire parallelamente a questi gruppi dei gruppi ad orientamento cognitivo relazionali (Moser 2003, Pezzati 2006). Quindi una parte dei pazienti ha seguito una psicoterapia cognitivo comportamentale e una parte ha seguito una terapia cognitiva relazionale, in questo articolo partirò dai risultati ottenuti dallo studio effettuato con la psicoterapia cognitivo comportamentale per fare delle ipotesi e delle considerazioni che possano da un lato spiegare i risultati ottenuti nello studio, e dall'altro guidare l'osservazione di quelle che sono le dinamiche cliniche che ho osservato nel gruppo con la terapia cognitiva e trarre delle indicazioni che possano servire al clinico per il lavoro terapeutico con questi pazienti. Per quanto riguarda la ricerca sui gruppi di terapia cognitivo comportamentale classica, lo studio prevedeva il confronto tra un gruppo che ha seguito una psicoterapia cognitivo comportamentale utilizzata in aggiunta al trattamento farmacologico (ine-

vitabilmente presente in un ambulatorio psichiatrico), e un gruppo che ha seguito la sola psicoterapia cognitivo comportamentale, e un gruppo che ha seguito solo il trattamento farmacologico, che costituisce il trattamento usuale dei pazienti in ambulatorio (gruppo di controllo). Ovviamente è stato possibile avere un gruppo che seguiva solo la terapia cognitivo comportamentale perché come si diceva in precedenza, l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nella depressione nell'anziano è ampiamente dimostrata, in modo particolare il protocollo clinico, il tipo di terapia cognitivo comportamentale, da noi utilizzato (Thomson et al 1996; Gallagher and Thomson 2003) è infatti impossibile fare approvare a un comitato etico una randomizzazione che preveda tra uno dei suoi bracci di randomizzazione un trattamento che non ha dimostrato la sua efficacia per una ovvia ragione etica. La metodologia sperimentale di questo studio prevedeva il reclutamento di 45 pazienti sulla base dei seguenti criteri di inclusione: Età maggiore o uguale a 65 anni; Capacità di leggere e firmare il consenso informato; Diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore secondo il DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 1994) valutata con un'intervista Clinica Strutturata per DSM IV (MINI Plus, structured interview). Anamnesi psicofarmacologica negativa per antidepressivi nei 3 mesi precedenti alla presa in carico. I criteri d'esclusione sono stati i seguenti: Significativo decadimento cognitivo indicato da un score di 24 o meno nel Mini-Mental Status Examination (Folstein et al., 1975). Sintomi Psicotici nell'episodio Depressivo, Disturbi Psicotici, Diagnosi di Disturbo bipolare, Alto rischio di suicidio. Ciascun paziente è stato assegnato a uno dei tre trattamenti: Terapia cognitivo comportamentale (CBT), trattamento associato farmacologico e CBT e trattamento farmacologico. L'assegnazione al gruppo è stata generata da un programma statistico (martinbland\_co\_uk). Prima dell'intervento (T0) sono stati raccolti i dati relativi alle caratteristiche cliniche e psicologiche dei pazienti, che successivamente alla prima valutazione (T0) hanno intrapreso il disegno randomizzato. I partecipanti hanno compilato le scale dopo 1 mese di trattamento (T1) e a fine trattamento di CBT (T2), e a dopo 6 mesi dalla fine del trattamento di psicoterapia (T3). Le scale che sono state utilizzate sono le seguenti: Mini International Neuropsychiatric Interview versione Plus (MINI, Sheehan et al., 1998); valuta la presenza di diagnosi psichiatriche di asse primo (eterosomministrata), Mini Mental State Examination (MMSE) (Holstein et al, 1975) Hamilton Rating Scale for Depression

(HDRS; Hamilton 1960): valuta la presenza di sintomi depressivi (eterosomministrata), Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al. 1983): valuta la presenza di sintomi depressivi ed è specifica per gli anziani (autosomministrata).

Tutte le scale etero-somministrate sono state applicate in singolo cieco (il valutatore è persona diversa dallo psicologo che ha in carico il paziente e non è a conoscenza del tipo di trattamento in corso). L'utilizzo di due scale per la valutazione della sintomatologia depressiva è motivato dalle differenti aree che queste scale indagherebbero, infatti l'area della sintomatologia biologica (disturbi del sonno, variazioni dell'appetito ecc), sarebbe maggiormente indagata dalla Hamilton e l'area cognitiva sarebbe maggiormente indagata dalla GDS. I pazienti hanno partecipato ad un trattamento manualizzato di CBT (Gallagher e Thomson 2010), che è consistito in 16 sedute di gruppo a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuna, condotte da un esperto psicoterapeuta ed da un co-terapeuta che si è sottoposto ad uno specifico training di formazione. La rimanente parte del campione è stata sottoposta alle procedure standard previste dall'ospedale oppure alle procedure standard e in aggiunta la CBT. Per confrontare l'intensità della sintomatologia dei pazienti sottoposti al solo trattamento di routine versus i pazienti sottoposti al trattamento associato routine e CBT e CBT sola, l'estensione del campione è stata calcolata tramite una *power analysis* effettuata col software Gpower 3.1 applicando inoltre analisi lineari (es. anova intergruppo) per comparare le variabili cliniche nei tre gruppi di soggetti. I risultati di questo studio hanno confermato l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale sui sintomi depressivi nella fase acuta dell'episodio depressivo. Confrontando però l'efficacia delle terapie nessuna è risultata migliore ed in particolare, la terapia farmacologica non aumenta l'efficacia della psicoterapia, questo risultato replica altri studi in letteratura (Otto & Deveney, 2005; Peng et al., 2009). A sei mesi dalla fine della terapia, la sola terapia farmacologica ha mantenuto la sua efficacia. Infatti nel gruppo di psicoterapia e di farmacoterapia, e nel gruppo di psicoterapia sola, ricompare, in modo significativo, la sintomatologia depressiva. Quali possono essere le ipotesi esplicative che possiamo fare di tale fenomeno? La prima ipotesi che possiamo fare è che i pazienti che hanno fatto la psicoterapia hanno interrotto il trattamento, mentre quelli che erano nel gruppo del trattamento farmacologico sono ancora in trattamento (la terapia cognitive dura meno rispetto al trattamento farmacologico), ma se questa fosse una spiegazione efficace

potremmo predire che dovremmo avere lo stesso comportamento nel gruppo farmaco e nel gruppo combinato, infatti i pazienti del gruppo combinato finivano la terapia ma continuavano il farmaco, ma non è così. Che variabile condividono i pazienti che hanno fatto la psicoterapia e quelli che hanno fatto la combinata? Quale variabile non hanno i pazienti in terapia farmacologica? I clinici che si occupano di pazienti anziani avranno certamente già risposto, è la separazione. La separazione, infatti, è un momento così cruciale nel mondo emotivo dell'anziano, a causa dei numerosi lutti che questi pazienti spesso hanno dovuto affrontare nel corso della vita e la separazione di adesso, si propone come il riacutizzarsi del dolore dei lutti passati. Inoltre, come abbiamo riportato in precedenza uno dei fattori di rischio della depressione dell'anziano è l'isolamento e la fine della terapia orientate alla risoluzione del sintomo depressive, non includendo questa dimensione nel lavoro terapeutico lasciano l'anziano nuovamente solo. Per questo motivo mi è impossibile pensare a una terapia che possa essere efficace nel tempo che non si occupi di queste dimensioni nell'anziano. Infatti il terapeuta nel gruppo di psicoterapia deve far uscire il paziente dal suo ragionamento interiore e solipsistico (Pezzati 2007) e a traghettarlo verso il gruppo e in seguito verso il mondo esterno. Il terapeuta deve ancor di più, con questi pazienti, assumere il ruolo di "caronte" e traghettare il paziente da una dimensione personale di isolamento (io-isolato) a una dimensione relazionale con il terapeuta (io-terapeuta) a una dimensione di gruppo (io-gruppo), la condivisione e l'integrazione questo passaggio permette al paziente un cambiamento da ruolo passivo ad attivo nel gruppo e nel mondo, in contrapposizione al ruolo passivo che il paziente assume (partecipano alla lezione) nella terapia cognitiva comportamentale classica. Il ruolo passivo inoltre non permette quella co-costruzione del percorso terapeutico che è garanzia della sua efficacia come ben illustrato da Bara (2007). Questo cambiamento di ruolo del paziente è ben evidenziato e sottolineato dal terapeuta che progressivamente deve passare da attivo a passivo e incoraggiare lo spazio mentale comune e l'autonomia, e a fine terapia diventare sempre meno presente diminuendo i suoi interventi. La psicoterapia cognitiva quindi, deve lavorare necessariamente con il paziente anziano per uscire dall'isolamento, sulla dimensione relazionale ed emotiva. Attraverso questa dimensione è fondamentale per il paziente depresso anziano, fare l'esperienza della validazione personale prima con il terapeuta e poi con il gruppo è infatti una condizione indispensabile alla terapia, la validazione del valore del

paziente “io valgo ancora, io valevo “ Durante una seduta di gruppo di terapia cognitiva Lisa ci dice “mai nessuno mi ha considerata come avete fatto voi..... Allora io valgo” , è inutile sottolineare quanto una consapevolezza di questo tipo possa funzionare in senso terapeutico nel paziente. La “Valorizzazione del proprio ruolo e della propria vita, è particolarmente importante in questi pazienti per cui la rilettura storica è il loro principale orizzonte e luogo mentale e quindi la tendenza di questi pazienti ad aver passato la vita a supportare, accudire e sopportare deve acquisire il valore di una ricchezza che hanno donato e di una capacità che hanno avuto, così come ad esempio la mancanza di coraggio di non lasciare il marito deve diventare in chiave costruttivista: il coraggio di tenere insieme la famiglia, questa “ristrutturazione cognitive” deve passare necessariamente dal lavoro terapeutico sull’ *attribuzione di senso* che il paziente ha dato e dà della sua vita e da una rilettura narrative della sua storia. E’ importante che il terapeuta, soprattutto quello giovane, sappia quali emozioni dovrà gestire in terapia con questi pazienti come la rabbia che suscita l’invidia per gli anni passati. Spesso questa rabbia viene espressa attraverso aperte svalutazioni: “siete proprio delle “ragazzine” oppure “lei che è così giovane...” Dice Carla in gruppo ..”ma succederà anche a lei d’invecchiare, capita a tutti..” Non solo però il pensiero di essere affidato a delle ragazzine esprime l’invidia per la giovinezza, ma indica anche l’aspettativa sottostante di non valere niente anche perchè si è vecchi, aspettativa che viene confermata dal fatto che mi affidano ad un terapeuta giovane. A volte la rabbia è una rabbia vecchia. Come ci dice Lina in gruppo :“è tutta la vita che mi porto dietro questo segreto “io odio mia madre..perchè di giorno si faceva picchiare da mio padre e alla sera ci faceva l’amore” Lina bambina riesce a lasciare andare la rabbia e a perdonarsi solo attraverso la condivisione nel gruppo. Un’altra emozione predominante in questi gruppi è la vergogna. Difficile non sentire il giudizio dicono i pazienti anziani, quasi tutti dicono di aver ormai deciso di isolarsi per non dover subire commenti degli altri sulla depressione di cui sono affetti. E di cui loro si vergognano..E’ quindi particolarmente importante entrare e uscire dal gruppo con formule magiche liberatorie. “Lasciate in un cesto in mezzo al gruppo lasciate tutto quello che non avete detto e avreste voluto dire, quello avete detto che non pensate che avreste voluto dire..ecc “ (Bara 2009). Per il terapeuta giovane il problema sarà con questi pazienti l’eccessiva estraneità; “loro” contrapposto a un “noi”, viceversa il terapeuta vecchio si troverà a dover gestire un’eccessiva empatia verso i lutti

portati dal paziente. Una delle posizioni del terapeuta di cui ero maggiormente preoccupata e che ho costantemente supervisionato nei terapeuti era il rischio di un eccessivo sbilanciamento sul sistema motivazionale dell'accudimento che questi pazienti suscitano, ma che inevitabilmente li pone nella condizione di passività che non li traghetta alla condizione di cambiamento nel mondo del gruppo ed esterno. Questa esperienza mi porta a fare una riflessione tesa a integrare le diverse componenti del trattamento cognitivo comportamentale con altre esperienze cliniche di gruppi ad orientamento cognitivo tenendo in considerazione i diversi profili d'utilizzo. La terapia cognitiva comportamentale è efficace e veloce nell'azione terapeutica nel risolvere la sintomatologia depressiva e può essere impiegata come prima strategia terapeutica utile in alternativa al farmaco, ma particolare attenzione andrà posta alla fase di separazione. Per quanto riguarda cambiamenti a lungo termine nella sintomatologia e nella qualità di vita del paziente sono convinta che non possano prescindere, in questi pazienti, dalla necessità di ritrovare un senso cognitivo ed emotivo individuale del presente e del passato e di dividerlo e costruirlo insieme.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexopoulos (2005) *Depression in the elderly*: Lancet 365;1961-1970.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ( 4th ed.). Washington, DC: Author
- Bara Bruno (2007). *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento*. Bollati Boringhieri.
- Bara Bruno (2009). *Mente e corpo. Nel cuore della mente, un convegno basato sull'esperienza*. Torino.

- Birrer R.B, Vemuri S.P.,(2004). *Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge*. Am Fam Physician. 15;69(10):2375-2382.
- Gala C (1996). *Psicogeriatrica medica*. McGraw-Hill
- Gallagher, D. & Thomson, L. (2010). *Treating Late-Life Depression*. Oxford University Press.
- Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H (2004). *Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy*. Arch of General Psychiatry 61, 34-41.
- Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, Howley M, Bowie G, Connery H and Cross S (2008). *A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression International journal of geriatric psychiatry* 23: 843-850.
- Moser F, Pezzati R, Luban PB.(2002). *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*. Bollati Boringhieri.
- Pezzati R (2005). In *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva* a cura di Bara B. G. Bollati Boringhieri.
- Rothera I, Jones R, Gordon C. (2001). *An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people*. Int J Geriatr Psychiatry 17:354-358.
- Wilkison P, Alder N, Juszczak E, Matthews H, Merritt C, Montgomery H, Howard R, Mandonald A and Jacoby R.(2009). *A pilot randomized controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rate in late life depression*. International journal of geriatric psychiatry. 24, 68-75
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for dsm-iv and icd-10*. *The Journal of Clinical Psychiatry*; 59(Suppl. 20), 22-33.
- Thompson LW. *Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression*. J Clin Psychiatry 1996;57(Suppl 5):29-37.
- Wilson K, Mottram PG, Vassilas C.(2009). *Psychotherapeutic treatments for older depressed people* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by J. Wiley & Sons

# PSICOTERAPIA DI GRUPPO CON ANZIANI DEPRESSI ISTITUZIONALIZZATI. CAMBIARE SI PUO' ? UN APPROCCIO COGNITIVO - RELAZIONALE

Lorena Curia\*, Andrea R. Moioli\*\*,  
Giada S. Rezzonico\*\*\*, Alessandra Massironi\*\*\*\*

La società crede che l'umore depresso sia una normale condizione dell'età senile, per questa ragione il problema della depressione negli anziani è spesso sottovalutato (Hersen e Van Hasselt, 1998). I cambiamenti che accompagnano la vecchiaia possono infatti provocare nell'individuo una sofferenza di tipo depressivo ma, nonostante risulti essere una condizione molto comune tra gli anziani, la depressione non fa parte del normale processo di invecchiamento (Chen, Copeland e Wei, 1999 ; Blazer, 2003).

La prevalenza dei disturbi depressivi in quest'età è tuttavia particolarmente significativa, con una percentuale che si situa tra 0,9% e 9,5% nella popolazione oltre i 65 anni e aumenta sensibilmente sino a raggiungere il 40% nella popolazione geriatrica ospedalizzata o istituzionalizzata (Mulsant e Ganguli, 1999). A queste cifre va aggiunto circa un 50% di depressioni non diagnosticate tra anziani istituzionalizzati (Davison, McCabe, Mellor, George, Moore, e Ski, 2007).

Siamo quindi davanti ad uno scenario complesso e ancora poco conosciuto, soprattutto se pensiamo che in molti casi il disagio è espresso più in termini somatici che affettivi (Christopher, Melinda, Julianne, e Mark, 2006) e che quindi erroneamente essi siano attribuiti a malattie fisiche, al normale invecchiamento, a effetti collaterali di alcuni medicinali o a sintomi di declino cognitivo e di demenza (Vézina, Cappeliez, e Landreville 1994). Inoltre il

\* Psicologa,  
Specializzando  
Scuola di Terapia  
Cognitiva di Como  
– corso N-res

\*\* Psicologa,  
Specializzando  
Scuola di Terapia  
Cognitiva di Como

\*\*\* Psicologa,  
Specializzando  
Scuola di Terapia  
Cognitiva di Como  
– corso R-res

\*\*\*\* Neuropsicologa,  
Psicoterapeuta,  
Psicologa  
Giuridica, Socio  
ordinario SITCC,  
Socio ordinario  
SIPI (Società  
Italiana  
Psicologia  
dell'Invecchiamento),

Responsabile  
Servizio Psicologia  
Area Sociale  
ed Area Salute  
Mentale - Gruppo  
Icos Milano,  
Psicologa  
Referente Centro  
Multiservizi  
Legnano -  
Fondazione  
Don Gnocchi  
Milano



paziente anziano difficilmente percepisce, riconosce e racconta al proprio medico la presenza di eventuali sintomi depressivi (Lyness, Cox, Curry, Conwell, King, & Caine, 1995). Varie ragioni sottostanno ad una sottovalutazione così diffusa: la preoccupazione rispetto alla stigmatizzazione della malattia mentale, la mancanza di insight o una tendenza a normalizzare l'umore depresso (Burrroughs, Lovell, Morley, Baldwin, Burns e Chew-Graham, 2006). Questi dati sottolineano quindi l'importanza di prestare attenzione agli anziani al momento del collocamento in case di cura e di accompagnarli al fine di prevenire la comparsa di sintomi depressivi, o nel caso essi siano già presenti, di fornire un sostegno e un trattamento adeguati (Ron, 2004).

Per quanto concerne il trattamento, gli studi condotti dimostrano che gli anziani che soffrono di depressione sono sensibili e rispondono efficacemente alla psicoterapia (Mackin e Areán, 2005). In particolare, l'approccio cognitivista proposto da Guidano e Liotti (1983) si applica in modo adeguato alla cura di questa sofferenza psichica. (Pezzati, 2007). *“L'approccio clinico cognitivista-costruttivista propone di guardare all'invecchiamento come a una parte della costruzione soggettiva, unica e irripetibile, del proprio processo vitale”* (Pezzati, 2007, p. 172). Secondo il nostro approccio *“la vecchiaia è considerata in termini di modificazioni non solo fisiche e cognitive, ma anche di stati d'animo e di emozioni, come un periodo di vita influenzato dalle esperienze precedenti, dalla storia personale, dallo stile di vita, dall'organizzazione di significato personale, dalla situazione economica e dalla qualità dei rapporti interpersonali, in particolare dalle modalità di costruzione dello stile relazionale”* (Moser, Pezzati e Luban-Pozza, in Pezzati, 2007, p. 172). La scelta di un intervento di gruppo permette di intervenire nel “qui ed ora” quando le problematiche emotive e relazionali emergono e si manifestano. All'interno del gruppo c'è la possibilità di sperimentare “in vivo” l'apprendimento delle abilità socio-relazionali e il confronto tra pari costituisce un valore aggiunto nelle tecniche di intervento per facilitare il superamento di blocchi emotivi (Pezzati e Picarreta, 2010). Validi esempi li troviamo in Bazzini, Bazzini e Favre (2009) che propongono un trattamento di gruppo che si focalizza sul recupero e/o sviluppo delle funzioni psichiche e sul mantenimento e potenziamento degli aspetti emotivi, relazionali, comunicativi e di significato della vita. Le principali modalità proposte per questo tipo di intervento sono la ristrutturazione cognitiva, la strategia metacognitiva del decentramento (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo e Procacci,

2007) e una particolare attenzione al “qui ed ora” con tecniche di *mindfulness* (Segal, Williams e Teasdale, 2006).

Il nostro approccio cognitivo-costruttivista si differenzia dall’approccio cognitivo- comportamentale standard nel porre al centro dell’intervento la dimensione narrativa come costruzione condivisa di significato con cui viene sviluppata la propria identità, come punto di integrazione individuale dei processi cognitivi ed emotivi che portano a una narrazione soggettiva. Un intervento di orientamento cognitivo relazionale, sviluppato da Pezzati (2007), riveste un interesse particolare quindi, per l’intervento con gli anziani depressi.

## METODO

### Criteria di inclusione

Il progetto è stato svolto presso una casa di riposo (RSA) della provincia di Como. Inizialmente 9 residenti della struttura sono stati individuati tramite colloqui clinici. Contattati e informati sul progetto sono stati loro somministrati (tempo 0) una batteria di test comprendenti:

- *Geriatric Depression Scale* (GDS): permette di valutare i sintomi di depressione nell’anziano. Per questa ricerca è stata utilizzata la versione breve composta da 15 items. Le risposte sono di tipo binario (si / no). Il punteggio varia da 0 a 15, se il paziente riporta un punteggio da 0 a 5 non vi è depressione, da 6 a 8 depressione lieve e da 9 a 15 depressione almeno moderata (Sheikh & Yesavage, 1986);
- *Scale for Interpersonal Behavior* (SIB): permette di valutare il comportamento interpersonale e assertivo. Per questa ricerca è stata utilizzata la forma ridotta. Al paziente è proposta una doppia valutazione. Viene infatti richiesto il livello di disagio o tensione provato nel mettere in atto un determinato comportamento e la probabilità (frequenza) che quel comportamento sia messo in atto. Le risposte sono su una scala di Likert a 5 livelli, dove 1=nessun disagio/tensione e 5= disagio/tensione particolarmente intensi. Il questionario fornisce 5 differenti punteggi, quattro relativi a comportamenti assertivi (manifestazione di sentimenti negativi, espressione e gestione di limiti personali, assertività di iniziativa, abilità nel ricevere e dare approvazione e nel ricevere ed esprimere complimenti o sentimenti positivi) e uno di assertività generale (Arrindell, Bartolini, & Sanavio, 1999)
- *Mini-Mental State Examination* (MMSE) è un test per la valu-

tazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo. Il test è costituito da trenta domande che fanno riferimento a sette aree cognitive differenti: orientamento nel tempo, orientamento nello spazio, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 30 punti. Un punteggio uguale o inferiore a 18 è indice di una importante compromissione delle abilità cognitive, un punteggio compreso tra 18 e 24 è indice di una compromissione da moderata a lieve, un punteggio pari a 25 è considerato come limite, un punteggio da 26 a 30 è indice di normalità cognitiva. Bisogna tuttavia considerare l'età e la scolarità del soggetto (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)

GDS e SIB sono stati poi somministrati durante la terapia a intervalli di 1 mese (tempo 1), 3 mesi (tempo 2) e a 6 mesi (tempo 3). I criteri di inclusione al gruppo terapeutico sono: MMSE > 22 e GDS > 6, quadro diagnostico descrittivamente compatibile con depressione maggiore F32.x, disturbi distimici F34.1, disturbi depressivi NAS F32.9 (DSM IV-R), non dementi o con declino cognitivo lieve, motivati e autonomi nella decisione di partecipare e in grado di partecipare alle attività proposte.

### **Campione sperimentale**

Effettuata la selezione con i criteri di inclusione sopra descritti, il gruppo dopo alcuni drop out risulta essere composto da 4 partecipanti, 2 donne e 2 uomini di nazionalità e madrelingua italiana. Nessuno di loro presenta deterioramento cognitivo.

**Maria**, donna, 70 anni, residente nella RSA da 2 anni. Ha avuto una formazione scolastica di 5 anni, professione infermiera, vedova, non ha avuto figli. Presenta una storia di depressione pregressa. MMSE 30/30, GDS 8/15

**Giacomo**, uomo, 80 anni, risiede nella casa per anziani da 3 anni, 13 anni di scolarizzazione, professione agente librario e bibliotecario, celibe, non ha avuto figli, ricovero volontario. MMSE 28/30, GDS 9/15

**Beatrice**, donna, 71 anni, risiede nella casa per anziani da 3 anni, ha avuto una formazione scolastica di 8 anni, professione impiegata, vedova con due figli. MMSE 27/30, GDS 12/15

**Marco**, uomo, 70 anni, risiede nella casa per anziani da 5 anni, 5 anni di scolarizzazione, professione decoratore, divorziato con 1 figlia. In anamnesi riporta una storia di depressione maggiore. MMSE 25/30, GDS 12/15.

## Sedute

Durante le sedute partecipano un terapeuta ed un co-terapeuta. Il gruppo ha avuto una durata di 6 mesi come da protocollo (novembre 2011- maggio 2012) e gli incontri si sono svolti con cadenza settimanale, per un totale di 24 sedute, da protocollo.

Ogni singola seduta è divisa in 4 parti: i primi 15 minuti sono dedicati alla ripresa dell'incontro precedente, in seguito viene proposto un "gioco rompighiaccio" di 10 minuti, successivamente si affronta la tematica della giornata e infine la chiusura.

Il "gioco rompighiaccio" è legato alla tematica del giorno e permette ai partecipanti di focalizzarsi sulla percezione di sé e del proprio corpo, come tramite per stare sulle emozioni. Durante questo spazio viene ad esempio chiesto ai partecipanti di mostrare una foto che rappresenti le relazioni importanti della vita passata o di disegnare come si vedono e come gli altri li vedono. Si affronta poi il tema centrale dalla seduta per circa 50 minuti ed infine 15 minuti sono utilizzati per la chiusura dell'incontro che prevede per ogni partecipante l'individuazione di una o due parole chiave che rappresentino lo stato d'animo del momento, le impressioni, le idee, le sensazioni.

Inoltre, il primo incontro prevede 45 minuti di introduzione, che comprendono la presentazione del progetto, la presentazione dei terapeuti e dei partecipanti, vengono inoltre date spiegazioni specifiche sul segreto professionale rispetto ai contenuti che emergono durante gli incontri e viene sottolineato il rispetto della privacy da parte di ciascun partecipante per i contenuti portati dagli altri partecipanti.

Durante l'ultimo incontro invece l'accento viene posto sul percorso di ogni singolo partecipante e vengono accolte le reazioni rispetto alla fine dell'intervento terapeutico.

Il protocollo proposto permette di affrontare alcuni dei nuclei di significato specifici alla popolazione degli anziani come ad esempio la morte, le separazioni, i lutti e le perdite, l'identità professionale e sociale, la dipendenza e l'indipendenza, le difficoltà di adattamento, la solitudine, il corpo che cambia e la malattia presente o temuta.

Per ciò che concerne la struttura e i temi previsti dal protocollo, le sedute 1-8 affrontano il tema "IO QUI" con lo scopo di esplorare come la persona si senta nel vivere in casa per anziani, ripensarsi rispetto ai temi del presente, lo spazio fisico e mentale in cui si abita la vecchiaia, si trascorre il tempo, si muove il corpo, si intrecciano relazioni, si conservano propri oggetti e vestiti. Viene quindi pro-

posto ai partecipanti di discutere ad esempio sulla gestione degli spazi privati e quelli condivisi, la gestione del tempo, le abitudini rimaste invariate o cambiate, il rapporto con gli operatori e gli altri ospiti. Le sedute 9-16 affrontano il tema “IO E GLI ALTRI”. Questo tema permette ai partecipanti di discutere delle loro relazioni passate, presenti e future, proiettandosi verso ciò che li circonda, verso un mondo fuori da sé e dalla casa per anziani, in cui ci si può muovere e si continua ad essere nella mente di altri. Durante questi incontri viene ad esempio chiesto com'è vivere le relazioni importanti della vita presente stando in RSA, le persone significative della vita, com'è pensare alle relazioni del passato, alle persone che non ci sono più, come si ricordano le persone importanti, com'è vivere un lutto. Infine, le sedute 17-24 affrontano il tema “IO ORA” e permettono di riflettere su ciò che si è lasciato e ciò che si ha/è ora, con lo scopo di dare senso al passato integrandolo con il presente e di ri-costruire la continuità nella narrativa personale. In particolare, gli incontri 17-22 permettono di affrontare la tematica del proprio corpo che invecchia e del vissuto emozionale, chiedendo ad esempio ai partecipanti come mi vedo, come sto, cosa è per me il corpo anziano, il vissuto della rabbia e della felicità, come è cambiato il mio modo di relazionarmi, quali parti di me ho scoperto e sto scoprendo. Le sedute 23 e 24 affrontano invece il tema “io ora” ma rispetto al vissuto nel gruppo, al percorso affrontato e ad un eventuale cambiamento avvenuto nell'arco delle 24 sedute.

## **Obiettivi**

Obiettivo primario dell'intervento terapeutico è una valutazione dell'intervento psicologico di gruppo di stampo cognitivo relazionale sul quadro clinico del paziente, sul tono dell'umore, sulla qualità di vita, sulle capacità assertive [SIB] e sulle sue capacità di gestione della quotidianità.

A questo si aggiunge un obiettivo secondario, ovvero la valutazione degli effetti del trattamento sulla riduzione delle difficoltà nella scelta e utilizzo delle strategie di regolazioni delle emozioni del paziente. La scelta di lavorare su un gruppo o non sul singolo paziente, si è rivelata una scelta strategica vincente. Tale contesto ha permesso a ogni singolo partecipante di lavorare sui propri significati personali confrontandoli con quelli degli altri. Il confronto tra le narrative ha permesso una flessibilizzazione delle organizzazioni di significato personale individuale, aumentando i gradi di libertà di ciascuno, potendo quindi sperimentare “de facto” in un contesto protetto e non giudicante, emozioni e comportamenti.

Di seguito ci si propone di delineare come due pazienti abbiano affrontato il percorso con/nel gruppo, come il lavoro da loro svolto sia stato amplificato grazie alla particolare modalità terapeutica e come i cambiamenti in essi stessi abbiano fatto da catalizzatore a ciò che avveniva all'interno del gruppo.

## GIACOMO

Giacomo ha 80 anni. Da 3 anni ricoverato (ricovero volontario) presso una RSA della provincia di Como. Originario di una zona a nord del lago di Como, celibe. Nessuna storia sentimentale particolarmente significativa. Ha sempre vissuto da solo fino a quando non ha deciso a 77 anni di ricoverarsi nonostante sia tuttora autosufficiente : *“Qui non posso far niente ma sono capace a fare tutto”*. E' indubbiamente il più acculturato di tutti con 13 anni di scolarizzazione (liceo classico). Ha lavorato come agente libraio (ricerca e compravendita di libri rari e antichi) e curatore di biblioteche sparse lungo la provincia di Como. Ha una cultura immensa, ma particolarmente forte in materia di classici della letteratura italiana. Ama in particolar modo Virgilio, Leopardi, Alfieri e Foscolo. Ha una sorella che però è uscita di casa in età molto giovane, lasciandolo solo con i genitori. I rapporti con la sorella sono buoni anche se molto rari. La madre, casalinga, muore quando Giacomo ha 30 anni (1962), dopo una lunga malattia durante la quale Giacomo l'ha sempre accudita. Il padre, militare di carriera, torna a casa solo per brevi periodi di tempo. Giacomo non presenta patologie croniche se non un diabete mellito esordito solo recentemente. Si racconta come persona che per tutta la vita ha sofferto di depressione anche se non è mai stata diagnosticata (non si è mai rivolto a specialisti). Vive la sua malattia come *“il peso normale che l'essere umano deve portare”*. Racconta di patologie gravissime che lo hanno costretto ad una vita di quasi solitudine, senza però mai riuscire ad approfondirne il discorso.

Dopo la morte della madre, vive da solo e poi, alla pensione del padre, convive con quest'ultimo per qualche anno, fino alla sua morte una ventina di anni fa.

Per tutte le sedute è sempre vestito nello stesso modo. Ha un andamento molto lento, trascina i piedi, come se la fatica del sopravvivere sia tutta sulle sue spalle. Giacomo ha dei tempi lunghissimi in ogni cosa che svolge: ogni lunedì, prima della seduta, si fa la barba impiegandoci circa un ora e mezza tra la preparazione, la stesura della schiuma sulla pelle, la rasatura, il massaggio della cute, il

risciacquo, ecc.... Anche per questo motivo, è costantemente in ritardo di almeno un quarto d'ora ogni seduta. E' arrivato ad accumulare un ritardo fino alla mezz'ora.

E' seduto sulla sedia sempre nello stesso posto (davanti al calorifero), leggermente esterno dal circolo del gruppo di terapia, anche se non si irrita se per qualche motivo deve cambiarlo. Quando intervengono gli altri pazienti è come se fosse disinteressato, guarda per aria, si guarda le unghie, anche se interpellato dimostra di aver ascoltato gli altri. Il tono di voce è molto basso, quasi sussurrato, mono-tono.

Ritiene che la sua condizione sia *“la miserrima condizione dell'uomo il cui unico obiettivo è il sostentamento e la sopravvivenza”*. *“Penso di non essere più un essere umano ma vegeto completamente. Ma uno deve accettare la propria sorte e il percorso che si è trovato a fare. Mi imbarazza dire queste cose quando molto raramente dialogo con qualcuno. Mi faccio coraggio, solo se mi guardo intorno e vedo il disagio anche degli altri in questo luogo di dolore. Siamo come larve che vagano qua e là”*.

Nelle prime sedute Giacomo è quasi sempre zitto e quando interviene tende a non dare importanza agli argomenti trattati, anche da altri partecipanti, riportando ogni argomentazione alla *“miserrima condizione umana”*. Interviene solo se interpellato e quando parla preferisce farlo citando stralci di poemi classici. I propri pensieri, quello che prova, è tutto già stato scritto e detto da altri molto più illustri di lui e, attraverso le loro parole, Giacomo riesce a rendere permessi e dicibili anche i propri stati interni. E' profondamente disilluso e rassegnato *“Speravo nella vecchiaia di dedicarmi allo studio ma qui non ho niente. Ho mandato a casa tutti i miei libri perché pensavo di morire a breve.”*

Con l'avanzare della terapia si mostra sempre più empatico rispetto alle sofferenze altrui, le condivide e ci tiene a sottolineare come anche lui abbia sofferto. A volte sembra stupito che altre persone possano aver sofferto, tuttavia sembra essere estraneo al gruppo e partecipare contro voglia. Compatibilmente con il suo ruolo da evitante, pare non cogliere l'utilità di un percorso di questo tipo ma partecipa in quanto occasione per *“un'ora di svago nella noia e monotonia dell'avanzare inesorabile dei giorni”*.

Come da protocollo nelle prime sedute si ha come tema *“Io qui”* e Giacomo fa fatica a descriversi sia in termini fisici che emotivi. Ha uno stile narrativo di tipo prettamente semantico e fa fatica a ricordare singoli episodi o a collocare se stesso in un dato luogo o situazione. Giacomo non sta volentieri sul corpo e ancor meno

sull'hic et nunc. Continua a fare interventi solo se interpellato e generalmente molto lunghi (anche 10-15 minuti a intervento). Durante tutto il tempo in cui Giacomo parla, gli altri lo ascoltano con estremo interesse senza mai interromperlo.

Giacomo sembra chiuso in un guscio, apparentemente imperturbabile a quello che succede all'esterno, preoccupato a sopravvivere nonostante colga l'inutilità di ogni suo sforzo: *“siamo tutti soggetti ad un ferreo determinismo. In passato tendevo a riversare su di me le colpe della mia sfortuna. Adesso penso che sia una legge già scritta. Volere o no siamo al capolinea. Sono oramai uno spaventoso relitto umano. Provo vergogna di come sono quando sono in mezzo agli altri, giovani e prestanti. La sera mi porta serenità perché mi sento più vicino alla morte e questo mi dà pace dalle sofferenze terrene”*. Spesso sottolinea che il suicidio non è una scelta possibile da intraprendere perché sarebbe contrario alle regole della morale e per tale motivo non è mai stato preso in considerazione nemmeno nei momenti più bui della sua vita.

Alla nona seduta si passa alla seconda parte del protocollo in cui si cerca di riportare l'attenzione sulle relazioni e in cui i temi inevitabilmente portano al di fuori della realtà che stanno vivendo, alle persone significative che si sono susseguite durante tutta la vita e a quelle che ancora oggi permangono. Giacomo ora è visibilmente sofferente, i ritardi diventano sempre più frequenti adducendo le scuse più strampalate. Si arriva fino al punto che uno dei terapeuti deve andarlo a prendere personalmente per portarlo in terapia. Giacomo ha poca voglia di parlare e in una seduta in cui il tema trattato erano le qualità personali e ciò in cui ognuno di loro si sentiva bravo, Giacomo rinuncia a intervenire *“Oggi mi sento inutile anche a parlare. Ascolto volentieri ma è difficile parlare”*. Giacomo è ora nel gruppo, ne fa parte e sente di farne parte. Condivide con gli altri la sua sofferenza quotidiana certo di non essere giudicato, consapevole ormai che la condivisione delle sue emozioni non è più spaventante, ma anzi genera in lui sollievo allentando quel blocco emotivo che lo isola dagli altri.

A questo punto della terapia per Giacomo si è ipotizzata una organizzazione di significato personale di tipo ossessivo (con alcune sfumature depressive).

Il gruppo è sempre presente, ambito di condivisione che rende pensabile e dicibile la sofferenza di Giacomo. Il gruppo si informa di dov'è Giacomo quando è in ritardo e, bonariamente, lo sgrida, lo chiama con appellativi come “Principino”. Giacomo per la prima volta nella terapia abbozza dei sorrisi che non siano ironici.



Quando interpellato su come è sentirsi atteso, sminuisce portando l'attenzione di nuovo alle pessime condizioni che gli impediscono di arrivare in orario, ma lo fa in maniera notevolmente differente rispetto alle prime sedute. E' ora consapevole della presenza degli altri e quindi, chiede scusa quando arriva in ritardo e fa complimenti agli altri partecipanti quando nota che vi sono miglioramenti nel tono dell'umore. Insomma, seppur per Giacomo continui a non esserci una percezione soggettiva di miglioramento, si sente parte di qualcosa, di un gruppo con i suoi stessi problemi e soprattutto con le sue stesse paure: *“sono contento quando gli altri stanno bene perché se lo meritano. Per me non c'è speranza.”*

Insomma, grazie alla relazione con i suoi pari, Giacomo apprende l'intersoggettività e la sfera entro la quale era chiuso, molto lentamente mostra le prime crepe. Fondamentali a nostro giudizio due episodi in cui la prospettiva “dall'altro” accresce la metacognizione del paziente. Il primo è un episodio di violenza fisica da parte di un ospite verso Giacomo. Non se ne vedono le ragioni fino a che gli altri partecipanti del gruppo non ipotizzano che la causa possa essere che l'altro anziano provi invidia verso Giacomo per la sua enorme cultura. *“Come è possibile che qualcuno sia invidioso di me, ridotto in questa misera condizione umana?”*

Il secondo episodio è il rapporto che si crea tra Giacomo e Beatrice, altra partecipante al gruppo. Beatrice a metà percorso afferma che vedere tutti i giorni Giacomo e scambiare anche solo due parole durante la giornata è un momento per lei piacevole ed atteso. I notevoli progressi che Beatrice compie, funzionano da catalizzatore al rapporto tra i due. Giacomo è importante per qualcuno, nel bene e nel male e questa consapevolezza può avvenire solo nel confronto diretto con le narrative degli altri.

Alla fine della terapia Giacomo non parla più per citazioni, gioisce dei miglioramenti altrui, seppur nella sua modalità introversa e timida, si apre al gruppo raccontando episodi autobiografici dolorosi. Solo alla penultima seduta riesce a ricostruire la sua storia di sviluppo, da cui emergono sofferenza e solitudine. Il gruppo accoglie, non giudica, non interviene, ma è presente, in un silenzio rispettoso e partecipativo. Giacomo può esprimere il suo dolore e arrivare quasi alla commozione all'interno di ciò che per lui è diventata base sicura, uno spazio fisico e mentale nel quale rifugiarsi quando emergono le emozioni, quando si presentano scelte da fare o implicazioni emotive nelle relazioni (i suoi temi critici).

L'esperienza terapeutica affrontata insieme ad altre persone ha consentito di ampliare i gradi di libertà. Giacomo ha esplorato in

vivo la possibilità dapprima di pensare, poi di dire la propria sofferenza, percorrendo modalità relazionali altre in un contesto protetto. Strategie differenti per l'affronto e lo sguardo agli eventi della vita sono stati per lui precursori di una flessibilità sia cognitiva che emotiva. Giacomo ha quindi sperimentato che esiste un luogo sicuro che può alleggerire, fatto dallo stesso elemento dal quale nel passato rifuggiva: le persone.

## BEATRICE

Beatrice ha 71 anni e vive in RSA da tre. La scelta del ricovero, avviene a seguito di una malattia invalidante che la costringe su una sedia a rotelle, privandola dell'autonomia necessaria per poter vivere in casa da sola. Vedova e madre di due figlie, una vive in America mentre l'altra è più vicina; entrambe molto legate alla mamma. Beatrice arriva nel gruppo fortemente depressa (GDS pari a 12/15) con una storia di tentativi di suicidio alle spalle.

Beatrice si presenta come una donna lamentosa e richiedente, passa le sue giornate nella sala comune, seduta in carrozzina, fermando chiunque passi per lamentarsi della sua situazione. Da tutti nella casa, sia residenti che personale, viene definita *"la depressa"*.

Fisicamente Beatrice è una donna minuta, capelli grigi lisci di media lunghezza tenuti in ordine da un cerchietto, porta gli occhiali piuttosto spessi con gli occhi spesso socchiusi. Il capo d'abbigliamento indossato più frequentemente è la tuta con calzature chiuse molto simili a pantofole più che a scarpe. È costretta su una carrozzina, anche se nelle fasi d'igiene e di messa a letto riesce, se aiutata, a reggersi in piedi per qualche minuto. La carrozzina con la quale è accompagnata, perché autonomamente non riesce a spostarsi, ha un piano dove si appoggia, pranza e scrive. Durante il percorso terapeutico viene alla luce la storia di una donna parecchio indipendente, madre di famiglia impegnata e attenta con il marito e con le due figlie, pur essendo impiegata a tempo pieno per un'azienda. Fin dall'inizio Beatrice mostra difficoltà ad esprimersi, interviene solo se interpellata, intervallando le frasi del suo intervento con lunghi silenzi. Queste difficoltà, s'ipotizza derivino non solo dall'essere in gruppo, con tutto ciò che comporta in termini di svelamento e condivisione, ma anche dall'incapacità di Beatrice di relazionarsi con gli altri in un modo diverso dalla solita lamentosa richiesta di aiuto. Non racconta volentieri di sé, ha visto nel tempo il suo corpo cambiare e non lo ha accettato: non è pensabile accettarsi in un corpo non più autonomo che non le permette d'essere

attiva come lo è stata per tutto il periodo della sua vita prima del declino fisico. Ricerca conferma di questa situazione attraverso il lamento costante e continuo con tutti, poiché la commiserazione dell'altro è il solo modo per riconoscersi veramente come quella persona depressa che da anni si trova ad essere. Nella prima parte del percorso Beatrice porta nel gruppo tutto il suo malessere, si sente a disagio perché è costretta a dover dipendere dagli altri e fatica a riconoscersi nel suo corpo. Il dipendere dagli altri le pesa, il dover chiedere tutto, anche ciò che concerne la sfera più intima, quale ad esempio l'igiene, non la fa stare bene e la fa arrabbiare. Pone l'accento sulla sua difficoltà ad esprimere il suo stato d'animo ed i suoi bisogni. Si riconosce come una persona fortemente depressa e la sua depressione non le permette di riconoscere la Beatrice di un tempo autonoma e ciò la porta a vedere solo gli aspetti negativi della sua condizione in generale tralasciando quelli positivi, che per lungo tempo hanno caratterizzato la sua esistenza. Fino alla nona seduta Beatrice apre e termina i suoi interventi rilevando il suo malessere, la difficoltà a farsi rappresentare dagli altri per come in realtà vorrebbe, per come era in passato, si lamenta di non riuscire a dormire e mangiare.

Il gruppo per Beatrice è fondamentale nell'accogliere il suo bisogno di vedere le cose in una maniera più aperta, alleggerita, nel consentire di sperimentare una modalità relazionale diversa della solita con la quale si rapporta agli altri. Esso offre un luogo dove è possibile esprimersi e recuperare le parti di sé lasciate indietro nella fase della vecchiaia, connotata da perdite e cambiamenti che determinano senso di frammentazione e disorientamento.

La svolta avviene nel momento in cui a Beatrice viene fatta notare come la sua modalità di relazionarsi agli altri vada a rinforzare negli stessi l'opinione negativa che hanno di lei.

In tal senso, risorsa fondamentale per il percorso di Beatrice è costituita dai partecipanti: riportando in seduta ciò che accade durante la settimana fungono da specchio a Beatrice rispetto al modo di agirsi nei rapporti con ciò che le sta intorno. Il gruppo le rimanda che il fatto che si lamenti meno, ha sorpreso tutti, ospiti e personale che ora di riflesso le pretano più attenzione e trovano più gradevole stare in relazione con lei. Chi più di tutti ha dato attenzione a Beatrice sono stati proprio i compagni di viaggio, i primi ad accogliere il suo malessere, i primi ad aspettare i suoi lunghi silenzi, i primi ad ascoltare i suoi lamenti senza ridere o lamentarsi. Ed è questo che fa riflettere Beatrice: *“gli altri ridono, non capiscono che io sto chiedendo aiuto... ma non qui!”*. I membri

del gruppo sono stati anche coloro che per primi si sono complimentati con lei per il risultato raggiunto, mettendo in risalto anche il cambio dell'espressione del volto e della postura: *“Non è più quella persona cupa di una volta...”* ha sottolineato Giacomo che oggi si ferma con lei a scambiare qualche parola prima di andare a pranzo. Da questo momento in poi, dodicesima seduta, Beatrice inizia a ricevere riscontri positivi anche al di fuori del gruppo, dal mondo relazionale.

Beatrice inizia a sperimentare una modalità diversa guardare a sé e agli altri, si riconosce risorse che credeva perdute, le proprie capacità di ascolto, esperisce l'importanza dell'essere presente nella mente dell'altro. Il gruppo rimanda che Beatrice ha un atteggiamento più vitale nei confronti del mondo ed i suoi pensieri, le sue attenzioni si rivolgono a fatti ed eventi positivi. Nelle sedute a seguire Beatrice recupera il ricordo e dunque il valore dell'essere madre, della dedizione alle figlie confermata dalle stesse, da cui ora non si sente abbandonata. Rievoca il passato e pur rimpiangendone alcuni periodi, ne riconosce gli elementi di positività che nel presente sono visibili nel rapporto con i cari. Nel proseguo delle sedute emergono le sue risorse, i momenti più belli per lei, il recupero di ciò che si è lasciato indietro che oggi è possibile integrare nella quotidianità. Beatrice riconosce di stare bene: *“... si è aperto uno spiraglio di luce molto grande .... sto bene perché mi sento realmente così... i miei compagni del gruppo mi hanno fatto notare che prima andavo ad elemosinare ma non lo era, era chiedere aiuto e non sapevo come fare diversamente”*. Confessa di sentirsi bene, di sentire di avercela fatta: *“Tutto quello che ho provato io psicologicamente non lo posso augurare a nessuno... sono la testimonianza che se ne può uscire.”*

Per Beatrice si è ipotizzata una organizzazione di significato personale di tipo depressivo con un coté psicosomatico. Essa infatti sembra essersi costruita un'immagine di sé come persona autonoma e autosufficiente, facendosi indispensabile per l'altro che per questo ricambia con l'amore. Nella situazione attuale però ciò non può più essere, perché la malattia l'ha resa dipendente dagli altri. Beatrice allontana gli altri chiedendo insistentemente un aiuto che in realtà non desidera, poiché sarebbe troppo umiliante dover ammettere di avere bisogno. Nella relazione terapeutica, all'interno del gruppo, invita l'altro ad esserle vicino mentre, nella realtà delle sedute, per la prima volta sperimenta la giusta distanza che le consente di mettere in gioco la sua autonomia residua. Riprovando il senso d'efficacia non teme più l'altro e gli permette di avvicini-

narsi, riappropriandosi del suo ruolo accudente ed empatico. La parte psicosomatica la porta a dare molta importanza a tutto ciò che è legato al corpo e per questo diventa fondamentale, durante il percorso terapeutico, che sia presa in considerazione la grande difficoltà di Beatrice di accettarsi e di accettare quelli che sono gli esiti invalidanti della malattia.

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Data la prevalenza della depressione negli anziani e le ricerche che dimostrano l'importanza e l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico (Mulsant e Ganguli, 1999; Mackin e Areán, 2005) è auspicabile procedere con ulteriori ricerche su questo tema. Sarebbe quindi interessante riproporre questo tipo di intervento con protocollo 24 sedute su un campione più ampio, oppure su anziani depressi che non risiedono in una casa di cura. Si potrebbe inoltre ipotizzare l'estensione dell'intervento terapeutico ad altri cicli di 24 sedute con nuove tematiche.

Lo studio ha permesso di evidenziare l'efficacia del trattamento cognitivo- costruttivista adattato al gruppo. L'alta flessibilità del protocollo, seppur all'interno di una strutturazione definita, e l'approccio con il quale è stato costruito, rendono contemplabile una certa circolarità in itinere (basti pensare ad esempio alla maggiore probabilità di assenze e drop out per decessi e/o per ricoveri ospedalieri con soggetti di età avanzata), pur permanendo il mantenimento di una continuità narrativa. Questo costituisce un punto di forza del modello, accanto all'applicabilità generalizzata, nonché una differenza con il modello cognitivo standard. Il gruppo non costituisce più un insieme di individui tout court che lavorano contestualmente, ma diventa la palestra ove condividere, sperimentare e flessibilizzare sistemi di significato personali.

Dal punto di vista funzionale e relazionale, anche i co- terapeuti subiscono un'evoluzione che procede con il percorso del gruppo stesso. Nell'esperienza del presente lavoro, infatti, inizialmente ognuno dei pazienti si è cristallizzato in maniera autoreferenziale sulla propria storia, sui propri nuclei narrativi senza interagire od accorgersi dell'altro, quasi la narrazione fosse solo a sé, privata della possibilità di ascolto: il terapeuta in questa fase si è posto come cassa di risonanza nel favorire che il soliloquio divenisse in realtà comunicazione per tutti, creando così un canale di apertura verso l'esterno. L'anziano, non più incline a concepirsi in rapporto attivo con il mondo, non più avvezzo a confrontare contenuti,

spesso limitato in ciò da deficit di natura sensoriale, ha trovato nella figura del terapeuta la risorsa e la base per recuperare tale possibilità e, attraverso la mediazione e l'integrazione da parte di quest'ultimo, si è ricentrato su un assetto relazionale sé- altro. Nel corso delle sedute, pertanto, le narrative di ciascuno, dapprima singoli fili, sono andate progressivamente a costituire un tessuto, quasi un'unica e complessa trama, su cui si è sviluppata la narrazione dell'intero gruppo.

## BIBLIOGRAFIA

- Arrindell, W.A., Bartolini, C., & Sanavio, E. (1999). Versione italiana della Scale for Interpersonal Behavior: fedeltà , stabilità e validità concorrente. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 99-107.
- Bazzini, L., Bazzini, V., & Favre, C. (2009). Curare la depressione negli anziani: manuale di Terapia Cognitiva di gruppo. Milano: Franco Angeli.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late-life: *review and commentary*. *Journal of Gerontological Medicine and Science*, 56, 249-265.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). Justifiable depression: how primary care professionals and patients view late-life depression ? A qualitative study. *Family Practice*, 23, 369-377.
- Chen, R., Copeland, J.R.M., & Wei, L. (1999). A meta analysis of epidemiological studies in depression of older people in the people's republic of China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 821-830.
- Christopher, J. F., Melinda, S., Julianne, S. and Mark, E. K. (2006). The utility of somatic symptoms as indicators of depression and anxiety in military veterans with chronic obstructive pulmonary disease. *Depression and Anxiety*, 23, 42-49.

- Davison, T.E., McCabe, M.P., Mellor, D., George, K., Moore, K.A., & Ski, C. (2007). The prevalence and recognition of depression among low-level aged care residents with and without cognitive impairment. *Aging and Mental Health*, 11, 82–88.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolo G., & Procacci, M. (2007). Psychotherapy of personality disorders. Metacognition, states of mind and interpersonal cycles. London and New York: Routledge.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3), 189–98.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). Cognitive Processes and Emotional Disorders. New York : Guilford.
- Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1998). Trattamenti psicologici nell’anziano. Italy : McGraw-Hill Companies.
- Lyness, J.M., Cox, C., Curry, J., Conwell, Y., King, D.A., & Caine, E.D. (1995). Older age and the underreporting of depressive symptoms. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 216–221.
- Mackin, R. S., & Aréan, P. A. (2005). Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 805–820.
- Mulsant B.H., & Ganguli M., (1999), Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 9- 15
- Pezzati, R., (2007). Psicoterapia dell’invecchiamento. In Bara B.G., , Manuale di Psicoterapia Cognitiva, volume terzo. Torino: Bollati-Boringhieri
- Pezzati, R., & Picarreta, V. (2010). Il gruppo di sostegno emotivo per anziani con umore depresso. Presentazione orale Casa Giardino e Casa Soave, Chiasso, CH.
- Ron, P. (2004). Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly : a comparison between men and woman living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), 97-116.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. e Teasdale, J. (2006). Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173.

# CASO CLINICO: MARGHERITA, UN SALTO DALLA FINESTRA PER CRESCERE

Dalla tesi di specializzazione di Chiara Vadala\*

Come spesso mi capita non riesco a scegliere quale caso pubblicare su *Appunti*, e quindi mi sono trovata a rileggere entrambi i miei scritti in diverse occasioni. Si tratta di due situazioni, seppur accumulate dai temi dell'esplorazione adolescenziale e della costruzione della propria identità, in cui ho dovuto fare i conti con gli estremi: l'invadenza e la distanza, l'estremamente diverso e il quasi totalmente sovrapposto, la silenziosa comunicazione corporea e l'uso radicale e intellettualizzato della parola. Ancora una volta ho riconosciuto l'importanza del lavoro fatto in questi quattro anni: grazie ai docenti, a Marco e ai compagni del Gruppo N, grazie alle storie di vita che si sono intrecciate alla mia. Incontrare delle persone con tratti molto simili ai miei è stata una buona occasione per provare a guardarmi allo specchio, per conoscermi usando una delle mie più valide risorse: la metacognizione in terza persona. Potermi confrontare quotidianamente con persone molto diverse da me, più pratiche con emozioni e stili relazionali che mi facevano un po' paura, mi ha aiutato ad esplorarli, a conoscerli sentendomi meno spaventata poi nel provare a togliere il lucchetto a quella scatola nascosta.

PAZIENTE: Margherita, 20 anni, studentessa universitaria

## **PRIMA FASE**

INIZIO TERAPIA: marzo 2008

FINE TERAPIA: settembre 2008

FOLLOW UP: dicembre 2008

NUMERO SEDUTE: 22 sedute a cadenza settimanale

*\*Psicologa  
Psicoterapeuta,  
consulente presso  
il Consultorio  
Per la Famiglia  
di Busto Arsizio  
(Va) e Psicologa  
Scolastica per la  
Cooperativa Ela-  
borando ONLUS.*



## **SECONDA FASE**

INIZIO TERAPIA: gennaio 2011

FINE TERAPIA: ancora in corso

NUMERO DI SEDUTE: 35 sedute a cadenza settimanale

*I nomi e gli altri dati anagrafici di persone e di località riportati nel seguente caso clinico sono volutamente fittizi sia per motivi deontologici che per motivi di rispetto della privacy, come previsto dalla legge 196/03 e successive modifiche.*

## **PRESENTAZIONE DEL CASO**

Margherita frequenta il primo anno di psicologia: certa di non superare il test di medicina tanto caldeggiato dalla mamma, si è iscritta anche a quello di scienze e tecniche psicologiche con l'idea di poter fare comunque un lavoro interessante, senza avere però particolari aspirazioni. Volendo ben guardare Margherita avrebbe desiderato fare la biologa marina per poter vivere al mare prendendosi cura degli animali, ma sua madre ha preferito un lavoro più nobile e remunerativo, che non portasse la figlia troppo lontano da casa, e la ragazza, molto indecisa e ancora scossa per la cocente delusione dell'esame di maturità, ha seguito il consiglio convinta che la mamma potesse vedere più lucidamente le sue risorse.

Dopo la morte di suo padre, avvenuta nel 2005 a conclusione di un anno infernale – caratterizzato da violente discussioni, denunce e ricoveri in psichiatria – il rapporto con la mamma, fin dall'infanzia di complicità e dedizione totale, alterna momenti di intimità a momenti di rabbia e accesa conflittualità: Margherita cerca disperatamente di crescere, di definire la sua identità ma da una parte la paura di non piacere agli altri e dall'altra il terrore di perdere l'approvazione della madre la fanno sentire confusa, incapace di scegliere senza cadere in un dubbio paralizzante. Per questo spesso si è appoggiata alle verità di Giuditta, che iniziano, però, a essere costrittive, soffocanti: per riuscire a separarsi ha bisogno di trovare una strada alternativa. Sembra impossibile uscire dalla porta principale senza scontrarsi dolorosamente con la madre, e quindi la finestra potrebbe essere l'unica occasione, anche se molto pericolosa, per prendere una boccata d'aria buona, nuova, personale.

## **PRIMO COLLOQUIO E CONTRATTO TERAPEUTICO**

### **Il primo contatto**

Nel 2008, nel secondo quadrimestre della classe terza superiore, seguì Margherita nel mio studio privato. L'obiettivo che ci poniamo

mo è quello di riuscire ad affrontare le difficoltà che sta vivendo in seguito ad un problema alla vista che la affligge dall'inizio dell'anno scolastico, con picchi invalidanti negli ultimi mesi: gli occhi si stancano molto quando legge e studia, sente un bruciore intollerabile che pian piano si trasforma in un lacerante mal di testa, l'unico modo in cui il dolore si placa è sdraiandosi al buio nella sua camera concentrandosi sul sonno senza pensare al rischio di diventare cieca.

Spesso a causa di queste crisi non riesce a portare a termine i compiti e il giorno successivo rimane a casa da scuola non sentendosi adeguatamente pronta per verifiche e interrogazioni. Il medico curante, spinto dalla preoccupazione della madre, suggerisce un ricovero per un'indagine più approfondita. Mentre è in ospedale Margherita è molto agitata, durante la notte ha delle crisi respiratorie con tachicardia che la portano a chiedere la permanenza di un familiare durante tutta la giornata.

L'indagine oftalmologica non rileva niente di grave se non una significativa fotosensibilità da trattare con collirio lenitivo e un'evidente affaticabilità da tutelare con momenti di pausa durante le ore di studio. Il rientro a scuola è graduale: Margherita non si sente sufficientemente preparata, ma i professori, a conoscenza delle sue condizioni di salute, le concedono tempo per organizzarsi e ingranare. Le già ridotte occasioni di svago con i compagni vengono evitate sia per non togliere tempo allo studio sia per paura di poter stare male lontano da casa. La professoressa di italiano, che fin dall'inizio dell'anno ha dimostrato attenzione e interesse per Margherita, suggerisce alla mamma un supporto psicologico per accompagnare la ragazza in questo passaggio al triennio faticoso per il carico di studio, le responsabilità e i doveri. La professoressa – unica docente della scuola superiore che frequentavo ad aver appoggiato la mia scelta universitaria – propone alla signora, alla ricerca di una persona di fiducia cui affidare la propria figlia, il mio nominativo. Questo invio protetto è un ingrediente decisivo per costruire un rapporto di collaborazione con la mamma di Margherita, e di conseguenza con la ragazza.

Questa prima parte di lavoro insieme è per Margherita l'occasione per ampliare i suoi gradi di libertà tanto quanto le permetta di affrontare serenamente la nuova dimensione scolastica e il mondo relazionale in cui prova con più serenità a inserirsi: una volta raggiunto l'obiettivo di sentirsi più sicura e stabile, preferisce, in modo un po' prematuro ma compatibile con la sua fase di vita adolescenziale, proseguire da sola il suo cammino.

## L'inizio della psicoterapia

Una mattina di gennaio di quest'anno ricevo una telefonata dalla signora Giuditta: Margherita durante le vacanze non è stata bene, mentre si trovavano a casa della nonna rimaneva chiusa in camera per ore, senza far niente, spesso piangeva e non riusciva a mangiare. Giuditta è molto preoccupata, ha paura che la figlia possa entrare nel tunnel della depressione di cui, secondo lei, ha sofferto il marito e mi chiede se è possibile riaffidarmela in questo momento di grande sofferenza. Sono piacevolmente sorpresa di risentire la signora e ci accordiamo sul bisogno di coinvolgere Margherita, ormai cresciuta, nella richiesta di presa in carico. La sera stessa la ragazza mi telefona: tra qualche giorno ha il primo esame e vorrebbe che ci vedessimo al più presto perché ha paura di non riuscire ad affrontare questa nuova prova.

Margherita è molto pallida, ha le occhiaie segnate e strizza continuamente gli occhi stanchi e affaticati. Mi racconta che ha iniziato a stare male appena è arrivata a casa della nonna: dopo aver svuotato le valigie si è seduta alla scrivania per studiare, ad un certo punto si è distratta guardando dai vetri suo fratello ed il cane giocare in giardino, e in quel momento ha pensato di potersi fare del male buttandosi dalla finestra. Provando ad esplorare il suo vissuto emerge in modo sufficientemente chiaro che non ha pensato di buttarsi ma si è spaventata all'idea che questa cosa potesse succedere, al di fuori del proprio controllo. Non ricorda che cosa sia accaduto prima di questo pensiero, è immersa a pieni polmoni nei vissuti dissonanti che da quel momento in poi l'hanno sempre accompagnata. Ha immediatamente raccontato alla mamma quello che le stava capitando ed è venuta a sapere che una ragazza del loro quartiere è da poco morta suicida: questa informazione ha trasformato la sua paura in un terrore paralizzante. Quando passa davanti alle finestre di casa si sente congelare e il primo pensiero corre a quella ragazza e al senso di impotenza che deve aver provato per fare una scelta così definitiva: questa riflessione la mette in contatto con il dolore profondo che anche lei sente in relazione al diventare grande e all'assumersi delle responsabilità. Ultimamente fa anche molta fatica a prendere sonno, spesso si sveglia nel cuore della notte sudata e con una leggera tachicardia. Ovviamente l'attenzione e la concentrazione necessarie per lo studio hanno risentito profondamente di questa condizione psico-fisica ed è molto preoccupata per la sessione di esami che si aprirà a breve. Si sente pronta per il primo esame, per il quale ha studiato mentre frequentava i corsi, ma ha molta paura ad affrontare il viaggio in

treno da sola: è come se non si fidasse più di se stessa e delle sue capacità. La mamma ha preso un giorno di permesso per accompagnarla all'esame e questo la fa sentire più sicura, con la mamma al suo fianco in questo momento tutto sembra più semplice. Appena rientrata in città ha fatto una visita psichiatrica di controllo e lo specialista, oltre ad aver suggerito una psicoterapia di sostegno in questo momento di fragilità, ha rassicurato sia lei che la mamma somministrandole solo una terapia blanda per il sonno e la regolazione degli stati d'ansia.

Nonostante l'insistente richiesta di Margherita di almeno due colloqui settimanali – motivata dal desiderio di superare il momento di difficoltà il più velocemente possibile per tornare a muoversi con sicurezza – ci accordiamo per una seduta settimanale avendo come obiettivo primario la comprensione dei pensieri che la spaventano profondamente. Mi sembra importante implementare un collegamento percorribile con il lavoro condiviso in precedenza: ancora una volta, dopo un valido tentativo di gestire il cambiamento - di ambiente relazionale, di responsabilità e di organizzazione dei tempi – Margherita, insieme a una sintomatologia che limita la sua autonomia, esprime il bisogno di un appoggio e la paura di non farcela da sola. Le suggerisco di confrontarsi costantemente con il medico curante per quanto riguarda il senso di spossatezza e l'insonnia, ponendo l'accento sul bisogno di recuperare una buona forma fisica per affrontare gli impegni scolastici e della quotidianità.

## STORIA DI SVILUPPO

### L'infanzia dorata

I ricordi dell'infanzia sono avvolti da un alone magico e fiabesco: i cartoni animati di Walt Disney in ordine sul mobile del soggiorno, Margherita e il papà seduti vicini sul divano con gli occhi immersi nei colori e nei dolci suoni della videocassetta scelta insieme, la mamma che mentre cucina canticchia le canzoncine del Re Leone e Giorgio che gioca con le macchinine ai piedi del divano, sorridente. Margherita si sentiva amata e importante, il papà non perdeva occasione per dirle che l'avevano tanto desiderata e per cantarle la ninna nanna che aveva inventato solo per lei. Natale si festeggiava sempre in Friuli, nella casa dei nonni materni, vero paradiso per i bambini: un grande rustico immerso nel verde che durante l'inverno si vestiva di bianco, una bella piscina nel cortile e due vecchie altalene di corda costruite dal nonno. Margherita trascorreva la

notte con gli occhi spalancati, immobile nel letto per cercare di riconoscere i segnali dell'arrivo di Babbo Natale e appena spuntava il sole svegliava tutta la famiglia per aprire i regali. Nell'inverno dei suoi quattro anni lei e la mamma, incinta di tre mesi, si erano trasferite a casa dei nonni per stare più tranquille prima della nascita del fratellino – visto che il padre lavorava molto e non avevano nessuno vicino che potesse dar loro una mano – e la mattina di Natale di quell'anno è tra i ricordi che rendono favoloso quel periodo: Michele le aveva finalmente raggiunte, Margherita appena sveglia aveva tirato giù il padre dal letto ed erano scesi nel soggiorno senza aspettare l'alba. La stanza era ancora buia, risplendeva di mille lucine colorate e il pavimento non si intravedeva per il numero esorbitante di regali che lo ricopriva: tutti quei pacchetti erano solo per lei e Babbo Natale – tramite il suo aiutante preferito, il papà – era riuscito a soddisfare ogni desiderio espresso sulla letterina.

Margherita ha conservato con grande gelosia i giochi, i vestiti, gli oggetti di quando era piccola: tenerli nella cassapanca, sulle mensole della camera e nel solaio della casa dei nonni le permette di riguardarli in ogni occasione, riassaporando i profumi e i piaceri di quello che ricorda come il più bel periodo della sua vita. Nei momenti di crisi, di fronte alla paura di diventare grande e affrontare le responsabilità, riaccende il videoregistratore e immagina di essere come il piccolo Simba, destinato a diventare il Re della Savana, spaventato dal futuro ma sempre più sicuro di sé.

### **La morte del nonno**

La mamma di Margherita è l'unica figlia di una famiglia contadina del Friuli che si è arricchita con il sudore della fronte: il legame affettivo è molto stretto, genitori e figlia sentono spesso il bisogno di trascorrere del tempo insieme vista la distanza e l'impossibilità dei genitori di abbandonare la terra. Per questo motivo fin da molto piccola Margherita trascorrevano ogni giorno di ferie, le vacanze invernali e l'intera estate a casa dei nonni e poi durante l'anno spesso Walter e Carla si trasferivano da loro in città. Il nonno Walter è sempre stato un importante punto di riferimento per la nipotina - Giuditta racconta che fin dalla primissima infanzia l'unica persona, oltre a lei, da cui la figlia accettava di essere accudita e coccolata era il nonno. Margherita ricorda con nostalgia la trepida attesa dell'arrivo dei nonni e tutte le cose che Walter le ha insegnato: andare in bicicletta senza rotelle, pattinare, mangiare il gelato senza sporcarsi la maglietta. Nell'anno della quarta elementare i nonni

si trasferiscono a vivere con loro: ciò che sembrava la realizzazione di un sogno – avere la persona più cara sempre accanto – diventa il momento più doloroso della sua infanzia. Dopo la diagnosi di un grave tumore all'intestino, infatti, il nonno era stato ricoverato in una clinica privata della zona: dal lunedì al venerdì stava in ospedale e poi nel weekend si trasferiva a casa loro, dove già si trovava la nonna. A gennaio del 2002, dopo quasi due anni di cure e terapie, la situazione peggiora drammaticamente. Una sera mentre sono a cena il nonno si alza per andare ai servizi: un tonfo sordo che proviene dal bagno fa alzare la mamma che, immediatamente, torna in cucina con uno sguardo di ghiaccio. Margherita e il fratello vengono portati di fretta in camera dei genitori, e passando davanti al bagno vedono il corpo inerme del nonno sul pavimento in mezzo ad un lago di sangue. Nessuno spiega ai bambini cosa stia succedendo. La ragazza ricorda di essere rimasta immobile sul letto in preda al terrore, accarezzando i capelli del fratellino e ascoltando la nonna piangere disperatamente, con ancora davanti agli occhi l'immagine del corpo del nonno. Quella sera stessa la salma viene portata nella loro cameretta, dove verrà allestita la camera ardente. A volte ha la sensazione che sia un sogno ad occhi aperti ma ricorda di essersi seduta vicino alla bara per raccontare al nonno cosa era successo durante la giornata, in questo modo le sembrava di averlo ancora accanto. In quei giorni la mamma era talmente sconvolta da non essere neanche riuscita a piangere, distaccata da tutto e da tutti, come se non percepisse la realtà. Per lungo tempo Margherita, preoccupata all'idea che non sarebbe più tornata alla normalità, ha continuato a chiederle come stesse ottenendo come drammatica risposta "Serena ma non felice".

## **Gli anni della prigionia**

E, in effetti, la normalità sembra non tornare. Margherita di notte si rifugia nelle favole ma di giorno deve fare i conti con la dura realtà. "Quando c'era il papà non potevo dire di essere in prigionia perché non avevo ancora avuto neanche un'ora d'aria... quando se ne è andato però ho visto la luce e ho capito cosa vuol dire entrare nel tunnel".

Con l'inizio della scuola media Margherita si scontra con la grave caratteropatologia con tratti persecutori del padre. Michele non ha accettato i cambiamenti e la maturazione della figlia, di fronte a richieste e progetti diversi da quelli immaginati per lei la relazione idilliaca diventa violenta e conflittuale: esige in modo rigido ordi-

ne, pulizia e puntualità; tutti devono essere ai suoi comandi e, se non si rispetta un compito, in casa esplode l'inferno. Anche il rapporto coniugale è duramente messo alla prova: dopo la morte del suocero – a cui era molto legato – impedisce alla signora Carla di trascorrere del tempo a casa loro; beve eccessivamente e in alcune occasioni aggredisce la moglie, cercando di soffocarla, perché non ha preparato la cena che lui era convinto di aver richiesto o perché ha l'impressione che gli rubi i soldi. Il sabato, la domenica e la sera sono i momenti più dolorosi da gestire visto tutto il tempo da trascorrere insieme, Giuditta e i figli devono sforzarsi di controllare all'estremo la situazione. La ragazza rinuncia alle relazioni con i coetanei, alle uscite mondane e agli svaghi che provocherebbero dei conflitti tra i genitori e si dedica alla scuola, avendo come obiettivo la felicità della mamma. Quando questa faticosa quotidianità casualmente si interrompe – per le vacanze, la spesa al supermercato, una gita scolastica – Margherita sperimenta sollievo e incomincia a rendersi conto della pesantezza che vive tra le mura di casa. Le vacanze estive trascorse lontane dal padre, costretto a rimanere a casa per lavorare, iniziano a diventare per Giuditta e i ragazzi una vera fuga dalla prigione domestica: un mese al mare, uno in montagna e il tempo rimanente in Friuli, luoghi conosciuti, sicuri e rilassanti. La relazione con il padre perde qualsiasi connotazione emotiva: Margherita soddisfa le sue richieste senza nessun rancore o preoccupazione, il dialogo si riduce a buongiorno e buonanotte, appena c'è una buona occasione per uscire si allontana senza rimorsi. Il legame con la madre e il fratello invece si rafforza, tra i tre si crea un'intima complicità che permette a ciascuno di godere ogni tanto di un'ora d'aria: la ragazza riconosce che in quegli anni erano molto uniti per tamponare le esplosioni di rabbia e le crisi del papà, per proteggersi con continue bugie condivise.

### **La grande delusione**

Con il passare dei mesi le condizioni del padre diventano sempre più gravi: Michele è ossessionato dal testamento e dai soldi, ne parla spesso con rabbia litigando con la moglie. In diverse occasioni comunica ai figli che qualunque cosa succederà saranno loro ad ereditare tutto, ma non è sempre chiaro chi sia il destinatario della sua cieca follia: a volte aggredisce la moglie dicendole che la rimanderà a sua madre a pezzettini e in altre occasioni invece minaccia di togliersi la vita se Margherita non farà quello che lui desidera. Dopo l'ennesima discussione sfociata in un'umiliazione

dolorosa per la figlia, Giuditta avvia le pratiche per la separazione. La reazione del marito è drammatica: mentre sono al mare tempesta di sms la figlia minacciando di suicidarsi nel caso in cui non lo accolgano più in casa al loro ritorno.

Quando rientrano in città aspetta i famigliari in garage, nascosto nella penombra, e li assale verbalmente: ha lo sguardo iniettato di sangue, trema e poi di fronte alle urla dei figli scappa. Lo recuperano i poliziotti convocati dalla signora: è in uno stato confusionale, racconta di aver ingerito diversi farmaci per togliersi la vita – viene immediatamente ricoverato in ospedale. Giuditta riesce ad ottenere il suo allontanamento dal tetto coniugale ma Margherita sente il desiderio di riavvicinarsi al padre. Di fronte al ricovero la ragazza inizia a riconoscere le responsabilità della malattia negli agiti del padre, sentendo gradualmente riaffiorare l'affetto nei suoi confronti. Questo suo ammorbidirsi di fronte alla sofferenza apre però un varco a Michele, sempre più scompensato, che attua comportamenti bizzarri e aggressivi sperando di attirare l'attenzione della figlia e di fare leva sui suoi buoni sentimenti. La paura per la salute e la vita diventano il pane quotidiano, quando sono in casa tengono le tapparelle chiuse per cercare di distrarre il padre che altrimenti si accanisce con violenza sulla porta di casa o fa squillare milioni di volte il telefono. Non bastano le denunce e le diffide a tenerlo lontano. La casa, che dovrebbe essere un luogo sicuro e accogliente, fa sentire Margherita sempre più costretta, soffocata, senza via d'uscita.

Nel mese di novembre Michele non contatta la figlia per settimane, Margherita si sente sollevata ma nello stesso tempo non è tranquilla. Prova a prendere contatti con la nonna paterna per capire come stanno le cose ma visti i rapporti altamente conflittuali non ottiene risposta. Vive nell'attesa che succeda qualcosa di terribile e un giorno al ritorno da scuola quella paura diventa reale: la madre con tono freddo e distaccato comunica ai ragazzi che il padre è morto per arresto cardiaco. Ancor prima che Giuditta possa spiegare cosa è successo Margherita crolla a terra, urlando tra le lacrime "Sono stata io, è morto per colpa mia" convinta che gli fosse scoppiato il cuore per il dolore. "È stato un attimo di pura schizofrenia, mi sono sentita isolata da tutto...era come essere in un tunnel buio di cui non si vede l'uscita. Poi però mi sono tranquillizzata, se fosse stato un suicidio un po' di colpa me la sarei presa ma la mamma mi ha detto che è stato male perché guidava sotto effetto di farmaci. A quel punto ho sentito che era una fortuna, avevo eliminato la mia paura più grande e il rischio di una continua ossessione".



## Una temporanea liberazione

I mesi successivi sono dominati dall'ambivalenza: i continui conflitti con la famiglia di Michele - che accusa Margherita di non aver ascoltato le richieste di aiuto del padre - la gettano spesso nell'ansia e nella confusione rispetto alle cause del decesso e alla responsabilità individuale, nello stesso tempo è come se si fossero finalmente liberati dalla loro ossessione quotidiana. La reazione immediata è quella di mettere a soqquadro la casa, lasciando appositamente le cose in disordine, spostando mobili e soprammobili, assaporando la serenità di poter scegliere l'ordine dei libri sulle mensole, il menù per la giornata, il colore delle tende senza bisogno di programmare tutto. Margherita è quella che sente con più forza il bisogno di ridefinire gli spazi e i tempi in base alle sue esigenze, che in realtà non sempre è in grado di riconoscere pur sentendo una spinta intima a distaccarsi dai vecchi schemi. Giuditta inizialmente asseconda il bisogno di disordine dei figli ma poi inizia a richiedere precisione, pulizia e puntualità e di fronte alle piccole trasgressioni di Margherita spesso reagisce con rabbia, sputando giudizi e criticandone la maturità. La paura di aggiungere dolore al senso di colpa che è sicura che Margherita senta per la morte del padre, la porta però spesso ad attivare comportamenti incoerenti e poco integrabili nell'esperienza emotiva della ragazza: dopo averla ripresa con aggressività si preoccupa per la sua salute e il suo rendimento scolastico, cercando di soddisfare ogni piccolo desiderio che la figlia esprime anche inconsapevolmente. Nonostante questo però Margherita ha la sensazione che gradualmente la casa ritorni ad essere quella prigioniera soffocante che era quando c'era il papà, il rapporto con la mamma è sempre più difficoltoso ma entrare in conflitto sembra impossibile perché l'amore e la dedizione che ha da sempre riversato sui figli impedisce la loro ribellione. Inoltre Giuditta è oberata dalla responsabilità nei confronti della madre, rimasta vedova e inizialmente trascurata per assecondare il marito. La signora Carla, nonostante non ci sia una diagnosi specifica, lamenta dolori insopportabili alle gambe e alla schiena, non riesce a muoversi da sola: Giuditta si sente in dovere di farla trasferire a casa loro per potersene occupare meglio recuperando il tempo perso. La nonna diventa il nuovo carceriere di casa: dopo aver dormito qualche notte nella camera matrimoniale spodesta i nipoti dalla cameretta perché trova i loro letti più comodi; Margherita e Giorgio si mettono a dormire nel lettone perché la mamma deve rimanere vicino alla nonna per aiutarla durante la notte; dato che la signora Carla non riesce a muoversi e non può stare da sola, a

rotazione uno dei tre deve rimanere a casa – Margherita, visto il notevole carico di studio, rimane con lei tutti i pomeriggi permettendo così alla madre di mantenere i suoi impegni lavorativi e al fratello di uscire con gli amici.

## **DIAGNOSI DESCRITTIVA**

Margherita, quando ci incontriamo la prima volta, presenta sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per un Disturbo di Panico secondo il DSM IV-TR con un'evidente compromissione dell'area sociale e relazionale. Anche il secondo scopenso – che la porta a ricontattarmi dopo circa tre anni – presenta le caratteristiche proprie di questo tipo di disturbo con un'aggravarsi della pervasività dei sintomi e con una significativa difficoltà ad allontanarsi da casa, che mi fa propendere per la presenza di Agorafobia. Emergono chiaramente delle ruminazioni, soprattutto pensieri concernenti la paura di farsi/fare del male vissuti come illogici e intrusivi, in grado di amplificare l'ansia vissuta dalla ragazza protraendola ben oltre l'evento scatenante, e finalizzate al contenimento dei vissuti emotivi discrepanti. Proprio per questa stretta correlazione tra il dubbio pervasivo riguardo alla propria competenza e la gestione delle attivazioni emotive, che emergono specificatamente in momenti di separazione e di sperimentazione dell'autonomia, pur riconoscendo le ruminazioni e il tema della responsabilità come tratti caratteristici del funzionamento di Margherita, mi sento di escludere una diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo soprattutto perché la ragazza è in grado di riconoscere visceralmente l'ansia e i suoi correlati somatici e non cerca di ignorare, sopprimere e neutralizzare i pensieri disturbanti per contenerla ma sente il bisogno di sbrogliare la matassa alla ricerca di un feedback sul proprio senso di adeguatezza.

Nella recente storia clinica di Margherita c'è stato un attacco di panico – mentre si trovava dalla nonna - improvviso e inspiegabile, caratterizzato da dispnea, palpitazioni, asfissia, tremori, terrore di poter perdere il controllo con gravi conseguenze per la salute. In quella situazione, e nei momenti di scopenso che in seguito si sono intensificati al punto da portarla ad uscire di casa solo se accompagnata dalla madre, Margherita ha la mente ovattata, confusa, si sente disorientata. È consapevole che le paure che la tormentano sono prodotte della sua mente, con una conseguente confusione riguardo all'autenticità delle proprie percezioni: teme di poter perdere il controllo e di potersi fare del male, e quindi è

sempre in uno stato di allarme e attivazione per tutelarsi da questo rischio. Sussulta facilmente, è agitata, irrequieta, irritabile nel timore di poter rivivere quelle terribili sensazioni che già nei mesi precedenti al primo attacco si erano fatte sentire, con un'intensità però inizialmente controllabile, quando si trovava sola e lontana da casa (mentre spingeva il carrello al supermercato, mentre attraversava la stazione dirigendosi verso l'università, mentre guidava l'automobile). In queste prime occasioni la paura era di non riuscire ad affrontare l'impegno preso senza farsi sopraffare dai sintomi somatici. Margherita però si sentiva in grado di controllarli e con caparbietà e forza di volontà è riuscita a gestire, con molta fatica e stanchezza, i primi sei mesi della nuova esperienza scolastica. Dopo la crisi delle vacanze natalizie però il terrore di una disgrazia imminente ha causato uno stato di ansia generalizzato con quotidiane crisi di panico sempre più pervasive, nonostante il tentativo di proteggersi attraverso un graduale evitamento di tutte le situazioni potenzialmente scatenanti. Quando ci incontriamo – ad un mese dalla crisi più compromettente - anche la casa stessa, fonte di protezione e di sicurezza, rappresenta un fattore scatenante: Margherita deve muoversi per le stanze senza rivolgere lo sguardo alle finestre perché il solo vederle intensifica il terrore e la derealizzazione.

## DIAGNOSI ESPLICATIVA

Dalla storia di vita di Margherita e dalle modalità di relazione con le figure di riferimento si può ipotizzare uno *stato mentale* di tipo *invischiato*. La narrazione è caratterizzata dalla tendenza ad allargare il discorso con uno sproloquio di episodi, raccontati con scarsa attribuzione di significato e con estrema fatica nell'individuare i collegamenti e la cornice di riferimento. Intenso e palpabile è il coinvolgimento emotivo in episodi del passato: i racconti delle vacanze natalizie sotto la neve, della morte del nonno e della crisi d'ansia avvenuta in ospedale sono vividi, ancora colorati e attivanti, ingombranti. È come se questi avvenimenti, con il loro carico emotivo, fossero ancora in circolo senza aver ottenuto negli anni una rielaborazione. Anche la morte del padre non è stata integrata in una cornice che permetta una rielaborazione del lutto e delle emozioni che lo accompagnano, tenacemente combattute con la razionalizzazione e il pensiero logico. Questo combattere quotidianamente con l'emergere delle emozioni è responsabile di una bassa coerenza nella narrazione, poiché alcune parti significative

delle esperienze devono essere mascherate, e di un basso livello di metacognizione in prima persona soprattutto per quanto riguarda il riferimento a categorie mentali che rendano plausibile e comprensibile il racconto di sé.

Mi sento di ipotizzare che l'*organizzazione cognitiva* prevalente sia quella psicosomatica, così come descritta da Bruno G. Bara e Rita B. Ardito: "Lo psicosomatico non ha un vocabolario mentalistico adeguato: non padroneggia le credenze, i desideri e le intenzioni. Non è dunque allenato a trovare parole per descrivere quello che sente perché non le ha mai cercate, e così accade che il suo agito preceda il pensato. Gli psicosomatici stanno nell'azione e da ciò che fanno cercano di inferire quello che pensano e sentono" [B.G. Bara (a cura di), Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva, Torino, Bollati Boringhieri 2005 – p. 196]. La paura di poter compiere un'azione senza controllo spaventa molto Margherita proprio perché, oltre che rappresentare un sintomo caratteristico del suo scompenso, incarna una sua modalità di funzionamento - agire senza apparente pianificazione, impulsivamente, dedicando poi molto tempo, a posteriori, a comprenderne il significato. Come emergerà in modo più dettagliato più avanti, nella parte di descrizione delle caratteristiche del Sé, Margherita è fortemente dipendente dal contesto di riferimento: la capacità di riconoscere le modalità più adeguate per adattarsi al contesto è uno dei tratti peculiari della ragazza. Dato che la sua definizione personale parte necessariamente dalla conferma che proviene dalle altre persone, in assenza di un vocabolario che permetta di delineare i confini del sé, le emozioni conosciute e caratteristiche sono quelle cognitive e autocoscienti (vergogna, delusione, senso costante di inferiorità e inadeguatezza) proprie di un mondo in cui si è "guardati dall'altro".

L'infanzia di Margherita è caratterizzata da esperienze di *attaccamento ambivalente-resistente*: la madre, pur dando l'immagine di genitore completamente dedito al benessere e all'educazione dei figli, sviluppa un comportamento diretto soprattutto a ottenere conferme di tale immagine dalle proprie figure genitoriali piuttosto che a soddisfare i bisogni della bambina. Michele, affaticato nell'assumersi le responsabilità, non è coinvolto nell'educazione dei figli anche perché considerato dalla moglie inadeguato all'accudimento; rimane quindi sullo sfondo ritagliandosi sparute occasioni ludiche e di condivisione nei momenti in cui riesce a distogliere l'attenzione dalle sue problematiche personali. Forse per questo motivo Margherita, per gestire il dolore generato dalla sua assenza,

idealizza la loro relazione e i pochi momenti nell'infanzia in cui c'è stata sintonia. Giuditta, come emerge anche dalla storia di sviluppo, fa prevalere l'autocontrollo sulla tenerezza e sul calore emotivo eccetto che nei momenti in cui la figlia manifesta un malessere o una malattia. La madre si concentra soprattutto sul benessere fisico e sul buon rendimento scolastico, poca attenzione è invece data al benessere emotivo: quando il corpo di Margherita parla la madre anticipa e definisce i vissuti e le emozioni della figlia, facendo sviluppare nella ragazza un senso pervasivo di inaffidabilità che dalle sensazioni corporee si estende con il tempo all'immagine di sé.

## IMMAGINE DI SÉ

Margherita non riesce a dare una definizione di sé, si sente senza spessore e senza contorno. Distingue tra idee – vera espressione della personalità e del carattere – e opinioni, che si modellano a partire dall'ascolto attento del punto di vista degli altri: sa di aver acquisito negli anni una buona capacità dialettica che le permette di sentirsi molto a suo agio nel rielaborare le idee altrui ma fatica a prendere delle posizioni a livello sociale e interpersonale. Non si sente pienamente consapevole delle sue idee, non riesce a padroneggiarle, si fa prendere dal bisogno di costruire un discorso solido, ben fatto e così spesso deve fare i conti con le premesse che saltano e di conseguenza non riesce a esporsi perché ha paura della critica spietata delle persone. Dato che i suoi contorni vengono delineati a partire dai commenti e dal giudizio degli altri, quando si sente criticata, a disagio o molto confusa si rifugia nella dialettica e nella razionalità: il canale verbale e l'astrazione diventano uno strumento per dare temporaneamente un contorno alla sua immagine, anche se poi si sente comunque vuota e inesistente. Dovendo provare a descriversi, non riuscendo ad utilizzare il canale grafico richiesto dall'attività, utilizza una serie di aggettivi che sottolineano la vacuità e la confusione: indefinita, indefinibile, impulsiva e tremendamente razionale, indecisa, insicura. Negli ultimi anni ha raggiunto però maggiore consapevolezza rispetto a questi temi: se prima si comportava in un certo modo per assecondare l'immagine che gli altri avevano di lei ora inizia a riconoscere il significato di alcuni tratti vivendoli come personali, intimi e in grado di dare contorno. Vista l'estrema insicurezza Margherita si sente spesso inadeguata, fragile e incapace di muoversi nell'ambiente in assenza di un punto di riferimento: senza giudizio dell'altro è come se non esistesse. Grande è quindi l'investimento nei confronti

delle persone che contribuiscono concretamente alla definizione di sé, e la delusione suscitata dalle quotidiane disconferme è proporzionale alla stima e all'assolutizzazione vissute nei loro confronti: emblematica in questo senso la relazione con il padre. Dopo la cocente delusione paterna Margherita investe tutto sulla madre e sulle sue sicurezze confondendo i suoi confini con quelli di Giuditta e crollando in una profonda crisi nel momento in cui sente di incominciare ad avere idee diverse dalle sue - "Su alcune cose mi faccio influenzare. Ascolto il suo suggerimento a capofitto quando non so cosa fare... anzi alla fine faccio sempre quello che dice lei, anche nelle cose più banali. La mamma è la parte più razionale di me".

## **ATTEGGIAMENTO VERSO IL MONDO**

Nei confronti di se stessa Margherita vive una continua ed estenuante oscillazione tra il riconoscimento assoluto di valore e la critica spietata, con un'evidente difficoltà a quantificare la propria reale efficienza. Ha costantemente la sensazione di trovarsi di fronte a problemi più grandi di lei, che non è in grado di affrontare data la sua inadeguatezza, e l'unica soluzione che riesce a mettere in atto è accantonarli per paura di fallire e di deludere se stessa e le persone che le vogliono bene. Ogni sforzo, ogni tentativo di affrontare le sfide della quotidianità comporta fatica e stanchezza che condizionano necessariamente il risultato: Margherita sente di non riuscire a fare quello che avrebbe desiderato e la delusione conseguente in alcuni momenti è paralizzante. La scuola, l'unico problema che sente di affrontare al costo di una estrema fatica, è percepita con ambiguità: è un obbligo, un dovere ma le piace. È come se un'insostenibile stanchezza la trattenesse da qualsiasi altra iniziativa o svago, anche perché ogni esperienza non legata alla scuola è vissuta come un rischioso sgarro. Non ha la possibilità di trovare spazio per sé: tutto è in funzione dei risultati scolastici e il massimale che si impone di raggiungere nelle prestazioni è assoluto, irraggiungibile e per questo spesso fonte di cocenti delusioni. Per lungo tempo mostra ai famigliari soprattutto questo aspetto, considerato il migliore di sé (anche se comunque dolorosamente imperfetto), cercando quanto più possibile di compiacere le loro aspettative senza sperimentare mai felicità e soddisfazione personale.

Il mondo relazionale è la fonte del riconoscimento – atteso e cercato perché vitale – ma anche delle possibili e temutissime delusioni. I coetanei, le esplorazioni adolescenziali, le relazioni affettive:

queste sono le situazioni che spaventano Margherita, creando una forte ambivalenza tra rinuncia e sperimentazione. Sentendosene comunque profondamente attratta prova a sperimentarsi gradualmente, cercando di costruirsi un personaggio che la tuteli e la agevoli nell'integrazione. I momenti d'inserimento in un nuovo contesto sociale e relazionale sono le fasi di maggiore crisi e trasformazione, Margherita deve scrivere un nuovo copione verificando quanto questo sia accettato dal gruppo. L'esperienza interpersonale è talmente ansiogena che - quando si sperimenta all'oratorio, nella classe del liceo o con i compagni dell'università - si sente come uno spettatore al cinema paralizzato dalla paura. Provare a darsi delle regole per entrare nei giochi le permette di rendere le interazioni più prevedibili e controllabili, usando i rimandi e i giudizi degli altri come indice di validità e di efficacia personale. I momenti di maggiore difficoltà sono quelli in cui Margherita non riesce a capire cosa gli altri stiano pensando di lei, l'ambiguità e la paura della disconferma le si spalancano davanti e il tentativo di avvicinarsi all'altro subisce una battuta d'arresto. L'imbarazzo, la vergogna, la paura di essere criticata, il timore di poter invadere spazi in cui non è stata invitata, l'incertezza rispetto alle motivazioni degli altri e il costante dubbio di essere sfruttata per obiettivi personali sono i pensieri che accompagnano quotidianamente le sue relazioni con gli altri. Spesso questi vissuti, mescolandosi alla delusione, rappresentano la causa del suo escludersi dal gruppo dei pari.

## **RAPPORTO CON IL CORPO**

Margherita si sente inadeguata, diversa, isolata anche sul piano estetico come se ci fosse un modello a cui omologarsi per lei irraggiungibile: pensa che le altre persone abbiano delle caratteristiche comuni mentre lei invece si sente un pesce fuor d'acqua e di conseguenza se parla con una ragazza molto bella, e questo succede quotidianamente perché dal suo punto di vista distorto la maggior parte della altre ragazze sono più belle di lei, si sente ad un gradino inferiore. Nell'elencare i tratti somatici che la mettono a disagio si concentra soprattutto sul viso, sottolineando che si tratta della parte con cui inevitabilmente si entra in contatto quando si parla con qualcuno. È molto critica nei confronti del suo corpo, spesso dice di odiarne alcuni tratti anche perché eredità della famiglia paterna. Il naso è troppo lungo, affilato e ingombrante e i capelli sono crespi e indisciplinati, anche se il colore rosso ramato le piace.

Gli occhi sono salvabili, chiari e luminosi, ma porta gli occhiali e anche se volesse truccarsi non potrebbe perché la montatura nasconde le palpebre; forse con le lenti a contatto potrebbero diventare la sua arma vincente ma quando ha provato ad usarle ha avuto delle fastidiose infiammazioni e preferisce non correre altri rischi. Insomma la percezione del proprio aspetto fisico è molto ambigua, anche perché Margherita ritiene che la bellezza sia possibilità e garanzia di interazione sociale: visto il ridotto numero di legami e rapporti significativi considera il proprio corpo, e se stessa, responsabili dei fallimenti e questo determina rassegnazione e rinuncia non solo alle relazioni coi pari ma anche alla cura e alla valorizzazione di sé. Non riesce ad accettare nessun complimento senza dubitare profondamente della sua autenticità: non si fida di quello che le dicono gli altri, se fossero delle persone appena conosciute potrebbero non averla vista ancora bene e nel caso di amici e parenti invece potrebbero farle dei complimenti solo perché le vogliono bene.

Il corpo, inoltre, è il teatro in cui vengono messe in scena le emozioni più profonde e intense, difficilmente riconosciute e differenziate da Margherita: le crisi d'ansia che caratterizzano i momenti di cambiamento e transizione hanno la loro sede concreta e simbolica nel corpo. Difficoltà respiratorie, tachicardia e un senso di oppressione alla bocca dello stomaco fanno da segnale ai momenti di scompenso e crisi. Margherita fatica a trovare le connessioni tra emozioni e sintomo somatico e, cercando di razionalizzare, presta molta attenzione solo all'organo bersaglio alla ricerca di una diagnosi medica in grado di spiegare gli avvenimenti. In questo è supportata dalla madre che, incapace di leggere oltre le righe e sempre impegnata a dare una spiegazione non emotiva e poco coinvolgente al malessere della figlia, la accompagna in continui pellegrinaggi alla ricerca di una motivazione organica: Margherita non riesce a costruire la storia dei suoi vissuti differenziando emozioni e disagio fisiologico, è come se le crisi arrivassero sempre all'improvviso senza un prima e un dopo, solo con un durante incomprensibile e spaventoso. Il rapporto con il cibo è spesso funzionale alla ricerca di cause e responsabilità esterne agli accadimenti relazionali: quando non riesce a spiegarsi la tachicardia notturna, prima di vagliare paure e preoccupazioni, spinta anche dalle osservazioni della madre, passa in rassegna l'alimentazione della giornata e se riscontra associazioni costanti tra alimento e sintomo si ritira in una dieta selettiva speranzosa che questo possa finalmente ridurre o arginare il disagio.



Il cibo non è una fonte di piacere e soddisfazione ma il responsabile del malessere corporeo, dei fastidiosi aumenti ponderali e indirettamente – incidendo sulla definizione dell'immagine di sé - del rifiuto da parte del mondo maschile. Margherita non ha mai avuto un ragazzo, qualche cottarella è rimasta solo al livello di un sogno ad occhi aperti mai concretizzato o dichiarato: il corpo, sede dei sintomi e del disagio, non è ancora strumento relazionale e affettivo. La sessualità è un mondo ancora inesplorato, sconosciuto, per adulti. Le storie che si costruisce nella mente, con ragazzi irraggiungibili o già impegnati, hanno come lieto fine, per ora, solo l'essere vista e riconosciuta come un oggetto di interesse in una continua competizione con le altre ragazze, normali.

### **TERAPIA: STRATEGIE E RISULTATI**

La terapia con Margherita si articola in due fasi, ben distanziate nel tempo e collocate in importanti momenti di trasformazione a livello cognitivo, metacognitivo e relazionale: il passaggio al triennio della scuola superiore e l'ingresso nel mondo universitario. Mentre la prima fase è caratterizzata da un radicamento nel presente e nell'immediatezza tipico dell'ingresso nell'adolescenza, nella fase che stiamo attraversando in questo momento incominciano a farsi spazio, nell'esperienza di chi sta cercando di diventare una giovane adulta, anche il passato e il futuro. È come se questa espansione temporale avesse arricchito e complessificato il panorama emotivo rendendo ancora più estreme, imprevedibili e incomprensibili le emozioni quotidiane. Nella dinamica dello scompensamento di Margherita emerge con chiarezza come la difficoltà di rileggersi e di comprendere il senso di percezioni, pensieri e azioni generi il sintomo: le emozioni legate all'esplorazione, dominate dalla paura di non essere capace di adeguarsi al contesto e alle aspettative, vengono percepite solo sul versante somatico senza che sia possibile integrarle in una rilettura chiara e comprensibile. L'obiettivo primario del lavoro terapeutico, nella fase preliminare di entrambe le prese in carico, consiste nell'accompagnare Margherita nel riconoscere la propria attivazione emotiva per integrarla nella sua narrazione personale. È quindi fondamentale guidarla nella ricostruzione della dinamica dello scompensamento, in modo tale che possa verificare il legame esistente tra crisi d'ansia e aree di vita (legami famigliari, relazioni amicali, rapporti affettivi, investimenti scolastici) riducendo sempre più il senso di confusione e irrealità. Nella prima fase Margherita è molto concentrata sul presente e sul

mondo relazionale che le si sta spalancando davanti: dopo un mese che ci conosciamo – quando abbiamo lavorato prevalentemente sull'analisi della domanda e sulla definizione di una motivazione intrinseca - una compagna di classe la invita ad organizzare, insieme ad un gruppo di coetanei volontari, un centro estivo per bambini e immediatamente i sintomi ansiosi legati alla vista non vengono più percepiti, anche perché questa esperienza viene vissuta come occasione per distogliere il pensiero dal malessere. La strategia di evitamento la difende dall'emergere di emozioni profonde legate al rapporto con la madre e alla storia di vita: riusciamo a dedicare poco spazio all'esplorazione delle crisi d'ansia che l'hanno portata in terapia perché l'addestramento alle tecniche di autosservazione viene fatto a partire dalla curiosità e dall'ansia sociale che accompagnano i momenti di inserimento nel gruppo. Attraverso un costante lavoro di confronto e approfondimento degli avvenimenti quotidiani – condotto utilizzando la tecnica delle frecce discendenti spesso sperimentata in supervisione con il co-trainer – riesce a riconoscere come trasversale e pervasiva una radicata paura del giudizio, legata al senso d'inadeguatezza che da sempre la accompagna.

Sia nell'ambito scolastico che in quello relazionale Margherita ha paura di non riuscire a dimostrare quello che vale, di avere un cedimento iniziale da cui non riuscire a sollevarsi con conseguenze disastrose per chi, come lei, si specchia negli occhi degli altri. Il lavoro di supporto in questa prima fase, oltre a implementare l'alfabetizzazione e la socializzazione delle emozioni, diventa occasione per esplorare la sua abile metacognizione in terza persona: Margherita acquisisce una graduale consapevolezza riguardo al processo di definizione della propria identità riuscendo a spostare l'attenzione dall'altro a sé – è come se gradualmente si rendesse conto di essere lei stessa per prima a ricercare lo sguardo degli altri alla ricerca di opinioni, pareri e sicurezze. Inizia a farsi spazio anche una riflessione sempre più intima sull'assunzione di responsabilità, infatti Margherita vive questa esperienza di volontariato come l'occasione per togliersi la corazza di protezione costruita nell'infanzia provando a svelare alcune delle sue abilità e delle sue competenze. Una volta inseritasi nel gruppo sospende la terapia, forte delle relazioni che ha iniziato a costruire e dell'immagine di sé che inizia ad emergere in questo contesto sociale: la consapevolezza raggiunta è per lei sufficiente in questo momento per procedere con più serenità sia nell'esperienza scolastica sia nelle occasioni di autonomia e di affiliazione che il volontariato le offre,

spinta dal senso di efficacia vissuto nella relazione con i bambini e dall'approvazione della madre.

Nella seconda fase, vista l'intensità e la pervasività del disturbo, diventa centrale la contestualizzazione del sintomo e la ricerca dei fili che collegano questa paura dilagante con la vita quotidiana. Margherita non ricorda cosa sia successo prima della crisi di panico avvenuta in Friuli dalla nonna, è come se un fulmine avesse squarciato il suo cielo sereno. Risulta improduttivo cercare di dare una collocazione spazio-temporale e affettiva al terrore di potersi fare del male perdendo il controllo: la ragazza tende a razionalizzare, a cercare una teoria che spieghi l'accaduto, non riuscendo ad entrare in contatto con la pancia e le emozioni si perde in esercizi dialettici estremamente ingarbugliati ed affascinanti da cui spesso è difficile distoglierla. Condivido con lei il primo obiettivo del nostro lavoro: cercare di recuperare le sensazioni, le emozioni, i pensieri che sperimenta nel qui e ora delle crisi d'ansia - invece che limitarsi a vivere gli attacchi di panico deve provare ad osservarsi mentre avvengono. Inizialmente questo è un compito molto difficile perché Margherita, in balia dei vissuti dissonanti ed estremi che accompagnano gli attacchi, fatica nel recuperare gli avvenimenti scatenanti anche per la sua profonda resistenza a cercare delle cause relazionali ai momenti di crisi: il suo terrore più intimo è mettere in discussione il rapporto con la madre scoprendo che alla base della loro complicità ci sia solo un essere "unite contro l'avversario" e non un sentimento autentico. Gradualmente, lavorando sugli episodi quotidiani, Margherita si rende conto di quali sono le situazioni che scatenano il panico, di quali sono i pensieri che le passano in quel momento per la testa e gli scopi che muovono il suo comportamento e attivano le sue emozioni. In questa fase di ricostruzione utilizziamo spesso lo schema A-B-C di Ellis come griglia che guida all'auto-osservazione e al riconoscimento dell'esistenza di un legame tra le valutazioni (C) degli eventi scatenanti (A) e le sue emozioni e il suo comportamento (B). Margherita scopre che spesso prima dell'emergere delle crisi d'ansia c'è stata una discussione con la madre, in cui si è sentita giudicata e criticata. Questa consapevolezza la porta a leggere in un modo più comprensibile il primo attacco di panico: "Finalmente ero riuscita a convincere la mamma a farmi andare al campo di lavoro organizzato dall'associazione in Spagna, nel viaggio in macchina le avevo elencato tutte le mie buone motivazioni e le avevo strappato un sì. Appena arrivati, mentre stavamo alzando tutte le tapparelle di casa della nonna, ha iniziato a dire che quando lei era giovane se uno andava

a fare un'esperienza di volontariato lo faceva perché aveva fede e ci credeva veramente, non per stare con gli amici. Non mi ha detto di non andare ma io ho capito che parlava di me e mi sono sentita uno schifo, incoerente. Avevo davanti la finestra e ho pensato che l'unico modo per non ascoltare la sue critiche era buttarsi di sotto. Quando sono salita in camera mi sentivo vuota e triste, non potevo andare dopo le cose mi aveva detto. Poi ho iniziato a stare male e alla fine ho rinunciato al campo, con i miei problemi non credo che ce l'avrei fatta". Da questa consapevolezza e dal riconoscimento dell'esistenza di un prima e dopo la crisi iniziamo a mettere in movimento gli episodi, non necessariamente colorati di panico, che quotidianamente vive nella relazione con la madre: aver reso la sofferenza relazionale pensabile riduce le fughe nella razionalizzazione e rende più agevole il lavoro di esplorazione. Margherita entra in contatto con la rabbia e il risentimento che ha nei confronti della madre, che spesso la limita e la condiziona non permettendole uno spazio di movimento autonomo, e riconosce che anche quando non c'è un confronto diretto si scontra con le sue opinioni e i suoi giudizi, è come se la madre e le sue convinzioni fossero entrate senza permesso nella sua testa.

Non si sente compresa, ascoltata, Giuditta ha sempre una buona spiegazione da offrirle ma non è disponibile ad accettare il suo punto di vista. In alcuni momenti, ascoltando i pensieri che accompagnano la paura di buttarsi dalla finestra, Margherita riconosce il desiderio di farla pagare alla mamma e il conseguente senso di colpa che la spinge ad assecondarla in tutto e per tutto: questo gesto estremo ed eclatante potrebbe permettere alla mamma di riconoscere la sua importanza e la sua capacità di prendere delle decisioni significative in autonomia. Una volta sciolto questo nodo Margherita smette di aver paura di farsi del male da sola e inizia a riconoscere la rabbia, che pian piano ottiene diritto di cittadinanza, almeno a livello di pensiero, nella relazione con i famigliari. A partire da queste riflessioni Margherita esplora anche il mondo delle relazioni con gli amici dell'associazione e con stupore scopre che è stata lei stessa a mettere la distanza tra loro, e non solo per paura di stare male lontano da casa. Dopo aver stretto relazioni importanti e aver ricevuto il riconoscimento pubblico delle sue capacità ha iniziato a dubitare dell'autenticità dei loro complimenti e ha sentito l'esigenza di metterli alla prova per scoprire quanto fossero realmente interessati a lei. La delusione è stata cocente quando ha visto che dopo un'accesa insistenza iniziale l'hanno fatta scivolare nel suo isolamento; a questo punto ha dovuto alzare la posta in

gioco, ha smesso di rispondere ai loro messaggi e alle loro chiamate per vedere cosa avrebbero fatto e avere la conferma del loro affetto sincero. La tendenza a considerare i comportamenti come opinioni la porta a temere di essere stata scoperta e per questo abbandonata: “Quando ho iniziato ad uscire con loro mi sono costruita un personaggio, per avere degli argomenti di conversazione. Ho detto di essere vegetariana, e da lì in avanti ho sempre sentito il bisogno di giustificare ogni mia scelta. Ad esempio? Non posso usare deodoranti testati sugli animali perché gli altri possono pensare che non sono coerente e scoprire che li ho ingannati”.

La malattia nasconde quindi delle emozioni, rabbia delusione e senso di colpa, con cui non ha mai familiarizzato perché bandite dal sistema familiare. Mentre scrivo queste pagine Margherita sta provando ad esplorarle, sia a livello corporeo che relazionale, con momenti di arresto e regressione: la paura di staccarsi dalla madre e di sentirsi persa nella confusione è davvero paralizzante. Inoltre ha avuto degli sprazzi di consapevolezza – non ancora consolidati nell’immagine di sé - rispetto al significato relazionale dei sintomi corporei: fin dall’infanzia essere malata e sofferente è stata l’occasione che le ha permesso di scegliere senza dover comunicare verbalmente la propria decisione. Mostrare il malessere è la strada che, da sempre, le ha dato la possibilità di ottenere dalla madre la vicinanza affettiva e l’autorizzazione all’esplorazione. Anche con gli amici forse sta strumentalizzando la malattia per recuperare il senso di appartenenza.

## **LA RELAZIONE TERAPEUTICA**

Costruire una relazione con Margherita richiede necessariamente la creazione di un rapporto di condivisione e cooperazione con la madre, solo in questo modo sembra possibile ottenere uno spazio di manovra il più possibile sgombero da sue ingerenze e condizionamenti. In entrambe le occasioni, infatti, non è Margherita a manifestare il bisogno di un supporto: la madre, su suggerimento di professionisti formati alla gestione del benessere emotivo delle persone (la professoressa referente del CIC e uno psichiatra), si vede costretta a riconoscere la possibilità di una correlazione tra i sintomi somatici della figlia e problematiche di tipo affettivo e relazionale. Giuditta è estremamente resistente al lavoro psicologico ma nello stesso tempo è molto preoccupata per la figlia, soprattutto per le graduali restrizioni della vita sociale che limitano e condizionano sempre più anche la sua quotidianità. Quando mi contatta

per la prima volta insiste per incontrarmi personalmente e durante il primo colloquio anamnestico, con un riso nervoso, ammette di aver bisogno di proteggere i suoi figli tenendo sotto controllo tutto quello che li riguarda. Il fatto di essersi trovata bene in prima persona nella relazione con me è ciò che le permette di autorizzarmi a prendere in carico la ragazza. Spesso sottolinea che sono molto giovane: la sensazione fin dall'inizio è che questa caratteristica rappresenti per lei un possibile canale di manipolazione e controllo del mio lavoro, infatti prova a suggerirmi come comportarmi con la ragazza, come guadagnare la sua fiducia. Mi sento in dovere di chiarire che sarà Margherita il principale interlocutore del mio lavoro, per definire i confini del setting terapeutico. Vista l'età della ragazza e la necessità di agganciare anche la madre per ottenere il supporto alla motivazione, le offro la possibilità di fare alcuni colloqui di monitoraggio e restituzione concordati con Margherita: si accontenta in realtà di un rapido feedback dopo i primi colloqui, sollevata dal vedere la figlia gradualmente più autonoma, sottolineando il bisogno di non essere coinvolta in termini di responsabilità. Giuditta ha paura che tutto dipenda dal dolore provato per la morte del padre e per i conflitti con la sua famiglia d'origine, ma è molto difficile parlarne poiché si riattivano vissuti anche per lei troppo dolorosi - "Non riesco ad aiutare mia figlia a comprendere cosa sta succedendo, provo a darle le mie interpretazioni ma lei non le accetta. Magari insieme potrete vedere se possono andare bene o se ci sono altri motivi che mi sfuggono". Quando ci incontriamo Giuditta si sente libera e serena nell'affidarmi la figlia, esterna con maggiore trasparenza il bisogno di rimanere ai margini del percorso facendo emergere la sua modalità altalenante di gestione delle problematiche emotive dei figli.

Questa delega, affettuosa perché fondata sul riconoscimento della propria impotenza e sul bisogno di tutelarne la figlia, rappresenta un ingrediente fondamentale per l'aggancio e la costruzione di un rapporto di fiducia con Margherita. L'opinione che hanno di me due persone per lei molto significative, la mamma e la professoressa, determina un vissuto ambivalente: sentirsi sicura nel condividere la sua intimità e nello stesso tempo sentirsi incastrata nella volontà di qualcun altro che decide e sceglie per lei. Il non riuscire ad andare troppo in profondità nella prima fase è, tra le altre cose, anche una conseguenza di quest'ambivalenza. A livello relazionale il lavoro principale è stato, ed è tuttora, quello di costruire con Margherita una motivazione intrinseca, farle sentire che il setting e il contenuto della terapia possono essere definiti in

base alla sua volontà e alle sue esigenze senza modellarsi sui bisogni degli altri. Per quanto riguarda la regolazione delle distanze in fase di aggancio, e ancora oggi nei momenti di grande sofferenza, sembra di essere sulle montagne russe: passa repentinamente da momenti in cui mi chiede espressamente cosa deve fare cercando in tutti i modi di farsi benvolere a situazioni in cui m'impedisce di intervenire, contestando le riformulazioni che costruiamo insieme. All'interno del clima cooperativo che si è creato nella relazione terapeutica, stiamo provando a esplorare le modalità sfidanti che mette in atto nelle relazioni per definire i suoi confini. Per questo, non essendo ancora pronta ad andare in profondità a caldo, nell'immediatezza della relazione, la invito spesso a esplicitare quello che sente e prova cercando di riconoscere insieme quando si sente criticata e giudicata, così da non lasciare troppo spazio ai suoi pensieri persecutori. Uno degli indicatori più significativi del sistema competitivo costantemente attivo è il suo tono di voce, squillante cantilenante e pronto ad intensificarsi quando si sente contraddetta o quando andiamo a toccare qualche nervo scoperto. Spesso le sedute terminano con un "Va beh, però cosa devo fare con..." che non rappresenta una richiesta di definizione ma una contestazione: Margherita sente la distanza della sua terapeuta e non sempre è capace di tollerarla. Questi elementi concreti permettono di andare a guardare cosa succede nel qui e ora, quando si attivano la rabbia e la delusione.

## LE DIFFICOLTÀ DEL TERAPEUTA

Margherita ha i capelli rossicci, una manciata di lentiggini sul viso, frequenta la mia stessa scuola superiore nella mia stessa sezione e con i miei stessi insegnanti. Quando ci incontriamo per la prima volta, porta addirittura un paio di occhiali verdi, molto simili a quelli che avevo io da adolescente. Nel primo colloquio mi sento rilassata e tranquilla, riesco a rimanere attenta e concentrata per tutto l'incontro, alcuni racconti mi risuonano nella pancia risvegliando sensazioni e ricordi degli anni del liceo. Sento immediatamente tenerezza, calore e agio nella relazione. Questi elementi favoriscono la creazione di un clima accogliente, facendo sentire Margherita un po' meno pesce fuor d'acqua, ma rappresentano sicuramente anche un fattore da tenere costantemente sotto i riflettori: nella prima fase della terapia, complice la mia limitata esperienza di terapeuta, faticavo a stare un passo indietro a causa di queste sovrapposizioni che riattivavano la mia memoria. Ora

tuttavia sono consapevole che la capacità di entrare in sintonia, anticipando i vissuti dell'altro, fa parte della mia modalità di funzionamento e rappresenta un importante strumento terapeutico da maneggiare con cura. Alla luce di queste considerazioni la difficoltà più grande sperimentata in questa relazione terapeutica è stata controllare la mia metacognizione in terza persona per permettere a Margherita di sentirsi meno trasparente, meno in balia di un mondo esterno che la legge senza permesso. Nella prima fase è stato doloroso accettare la sua scelta di interrompere i colloqui, si trattava di una chiusura prematura rispetto ai miei progetti: allora avevo vissuto l'interruzione come una sconfitta, un fallimento ma con il tempo sono riuscita a decentrarmi e a prenderne le distanze, rileggendolo come una tappa fisiologica nel percorso di crescita. In quel momento pensavo ancora che esistesse solo un livello di consapevolezza, quello più profondo e legato alla ricostruzione della storia di vita, ma ora so che esistono vari livelli, e che il mio lavoro come terapeuta è accompagnare l'altro al raggiungimento di quello che sente essere più adeguato e tollerabile. La costante fuga nella razionalizzazione, la tendenza ad andare fuori tema aprendo mille parentesi e il costante esercizio dialettico hanno creato, soprattutto nella seconda fase, momenti di impasse e di stallo che, facendo leva sul mio senso di inadeguatezza, rendevano veramente difficile controllare la mia invadenza. La noia che mi assaliva spesso era una conseguenza del mio senso d'impotenza: provavo in ogni modo ad agganciare Margherita a un dato concreto per recuperare la pancia e le emozioni ma lei era indisponibile, spaventata e cullata dal senso di benessere temporaneo che le dà attribuirsi una definizione seppur solo a livello di categorie verbali e astratte. Provare a mettermi nei suoi panni, abbandonando le mie aspettative e la mia fretta di vedere dei risultati, ha permesso di superare questo momento di crisi costruendo un vocabolario comune che ci sta permettendo di creare un collegamento sempre più fluido tra la testa e la pancia.

## **PROSPETTIVE**

Margherita ha ricominciato pian piano a frequentare i corsi universitari, durante la sessione estiva è riuscita a dare qualche esame trovandosi con i compagni a studiare e nel mese di giugno si è riavvicinata al gruppo di amici dell'associazione partecipando ad alcune giornate del campo estivo, provando a spiegare alle persone più care cosa le era capitato. È molto imbarazzata nel raccontare



quali erano i pensieri che la tormentavano, ha paura di non essere capita, e per questo ha scelto di condividere solo una parte dell'accaduto senza sentirsi falsa e colpevole. Come ogni estate appena il fratello ha terminato la scuola sono partiti per trascorrere le vacanze lontani dalla loro città e Margherita sente con sempre maggior consapevolezza la dissonanza tra i vissuti del passato e il presente: non ha trascorso l'anno ad aspettare di fuggire al mare, è sempre più forte il desiderio di vivere le esperienze che le vacanze offrono stando in città, con gli amici. Nonostante si trovi lontana da casa siamo riuscite comunque a vederci quindicinalmente negli ultimi due mesi approfittando dei suoi ritorni per sostenere o registrare degli esami: la mamma inizialmente non era molto d'accordo ma Margherita ha provato a far sentire la sua voce e ha dimostrato anche a se stessa di essere in grado di muoversi in autonomia. Sempre più spesso riconosce la rabbia suscitata dalle critiche della madre, scoprendo con sorpresa che non sono necessariamente motivate da un suo comportamento specifico: sta pian piano comprendendo che il comportamento e le opinioni degli altri comunicano informazioni su di loro e non su di sé. In queste occasioni prova a definire il suo punto di vista, ma lo fa con aggressività e violenza verbale, perché non è in grado di regolare le emozioni esplosive che la sconvolgono, e dopo le accese discussioni si sente profondamente in colpa. La relazione con il padre, significativo nodo nell'intreccio di vita, incomincia a comparire qualche volta sullo sfondo ma la ragazza non si sente ancora pronta ad affrontare il dolore sordo e profondo che l'accompagna: è come se stesse facendo i conti con l'idealizzazione, non ci sono più solo i ricordi dorati dell'infanzia ma iniziano a comparire anche immagini di Michele nella sua adolescenza, con i lati più svalutanti, grezzi e screditanti. Margherita sente il bisogno di rendere pensabile, dicibile e condivisibile il suo punto di vista. Il lavoro terapeutico proseguirà, rispettando i suoi tempi e le sue esplorazioni, avendo come obiettivo condiviso *“aiutare il paziente a ritrovare il proprio Sé, rintracciandone la mappa e soprattutto i confini”* [Bruno G. Bara, *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*, Torino, Bollati Boringhieri, 2007 - pg. 196].