# tp psicotypo

APPUNTI DI PSICOLOGIA CLINICA

ISBN 979-12-200-2243-9

# PSICOTYPO

## Appunti di psicologia clinica

A cura di Elena Cabras & Valeria Saladino

**Redazione**

Elena Cabras
Valeria Saladino

**Collaboratori**

Susanna Basile
Roberto Martino
Concetta Rametta
Valeria Campinoti
Angela Alampi

**Grafica**

Renato De Marco

Elena Cabras

Valeria Saladino



## *Prefazione*

*Cos'è in grado di offrirci, oggi, la psicologia? È partendo da questo interrogativo che nasce Psicotypo. Un portale ricco d'informazioni e aggiornamento, non solo un sito web, quindi, ma molto di più. Psicotypo, infatti, rappresenta il volto della psicologia moderna, ciò che in molti vorrebbero sapere e approfondire. La psicologia è in noi, in ogni evento che viviamo, e per tale motivo va apprezzata e assaporata in ogni sua manifestazione.*
*Dal bisogno di conoscenza e dalla necessità di divulgazione del sapere psicologico nasce questo nostro progetto che trova la sua forma finale in questa pubblicazione.*
*V'illustreremo, in questo nostro primo lavoro, le diverse aree e dimensioni della psicologia spaziando tra teatro-terapia, sessualità atipica, neuroscienze, dipendenze, psicoterapia, problematiche di salute e altro ancora.*
*Pagine ricche e ricercate vi racconteranno di noi e del nostro progetto nato per tutti quelli che amano la Psicologia e desiderano saperne di più.*

*Elena Cabras & Valeria Saladino*

# INDICE

## 3

Prefazione (Elena Cabras e Valeria Saladino)

Cos'è in grado di offrirci, oggi, la psicologia? È partendo da questo interrogativo che nasce Psicotypo. Un portale ricco d'informazioni e aggiornamento, non solo un sito web, quindi, ma molto di più. Psicotypo, infatti, rappresenta il volto della psicologia moderna, ciò che in molti vorrebbero sapere e approfondire. La psicologia è in noi, in ogni evento che viviamo, e per tale motivo va apprezzata e assaporata in ogni sua manifestazione.

## 8

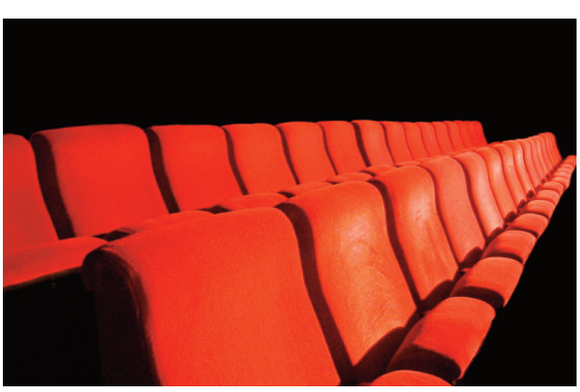
Prevenire è meglio che curare: teatro-terapia, educazione sessuale e violenza di genere, il dramma Studio per Carne da Macello di Micaela De Grandi e Valentina Ferrante (Susanna Basile)

La teatro-terapia comprende diverse modalità esperienziali. La più significativa prevede il racconto delle proprie storie, per perseguire obiettivi di vita e risolvere i problemi attinenti, esprimere sentimenti, raggiungere la catarsi.

## 29

Psiche e diabete mellito, quali connessioni (Roberto Martino)

Il paziente con diabete mellito necessita di supporto psicologico. È fondamentale l'integrazione della dimensione medica con quella psicologica, familiare e sociale. Tale patologia può fare emergere importanti disturbi psicopatologici, in particolare ansia e depressione.


## 41

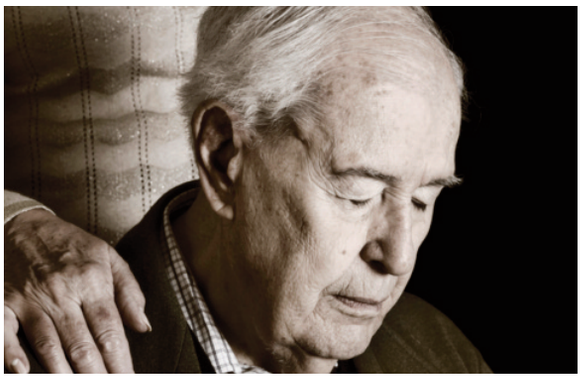
Cinema-terapia: dipendenza sessuale e il film Nymphomaniac di Lars Von Trier (Susanna Basile)

L'uso dei film come utile supplemento alla terapia è stato documentato in letteratura, in diverse modalità terapeutiche (individuale, familiare, di gruppo) e in numerosi orientamenti teorici (psicanalitico, psicodinamico, cognitivo-comportamentale, umanistico, sistemico-relazionale, funzionale).

# 57

Sexual offending. Aspetti psicologico forensi (Valeria Saladino)

Le teorie sulla devianza susseguitisi nel tempo sono diverse e presentano molteplici aspetti culturali, sociali e normativi. La psicologia ha analizzato meticolosamente le varie prospettive ed i fattori che possono incidere sullo sviluppo di una parafilia o condurre un individuo a trasformarsi in un pedofilo o in uno stupratore.


# 72

L'Alzheimer: una comune realtà (Concetta Ra-

Oggi, gli anziani rappresentano una fascia numerosa della popolazione. Addirittura, nei Paesi industrializzati, tra questi vi è anche l'Italia, il numero di anziani supera il numero dei bambini. Come viene ribadito dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS), è un diritto di tutte le persone riuscire a conservare un buono stato di salute.

# 84

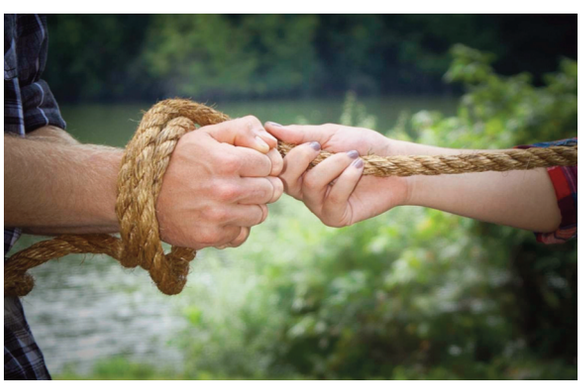
Organizzazioni distruttive: consumarsi lentamente sotto la morsa del mobbing (Valeria Campinoti)

Il fenomeno del mobbing nasconde dietro di sé una pluralità di relazioni e di situazioni strettamente connesse con le dinamiche umane, interpersonali e organizzative che caratterizzano gli ambienti di lavoro.

# 94

Dipendenze e neuroscienze: dal comportamento manifesto ai meccanismi neurali (Angela Alampi)

La dipendenza patologica è una condizione di asservimento psicologico e fisico ad una particolare sostanza o comportamento, che conduce a gravi compromissioni della salute di chi ne è affetto nelle diverse sfere di vita.


# 105

Dipendenza affettiva: dallo schermo alla stanza terapeutica. Il viaggio di perdono attraverso gli occhi e le parole di un paziente (Elena Cabras)

Il presente articolo ha, come tema principale, la narrazione della dipendenza affettiva attraverso l'approfondimento di un film che implica come nodo centrale legami d'affetto, e d'amore, profondamente patologici e notevolmente distruttivi.

Dott.ssa Susanna Basile



Psicologo clinico, counselor sessuologico (ISC di Roma) e specializzando in psicoterapia funzionale presso la S.E.F. di Catania, laurea v.o. Esperto di processi di formazione, laurea magistrale in Scienze filosofiche, conduttore di Esercizi Bioenergetici (S.I.A.B. Roma), master triennale Scuola di teatro Alcatraz (Gubbio) con Dario Fo e Franca Rame, master triennale Scuola di Recitazione Sardo/Cappelli di indirizzo Grotoskiano a Catania. Mi occupo da oltre 10 anni di formazione per adulti attraverso l'uso della movie therapy e theater therapy cioè l'utilizzo di film e del teatro come supporto alla terapia psicologica. Ho in programma diversi spettacoli/conferenze sul benessere sessuale. Ho pubblicato la mia ricerca sulla movie therapy con Franco Angeli nella rivista *Sessuologia Clinica* supplemento giugno 2016, e sulla rivista scientifica *The Journal of Sexual Medicine* ISSM maggio 2017 in occasione del 23° convegno mondiale di WAS e partecipato a diversi convegni con i lavori sul film Nymphomaniac di Trier e Lolita di Kubrick. Ha partecipato allo spettacolo *Studio di carne da macello* in coproduzione con il Teatro Stabile di Catania e il Banned Theatre come professionista psicosessuologa autrice e attrice. Lo spettacolo è stato premiato per l'importante valenza sociale ed educativa nel raccontare con emozione la cruda realtà del femminicidio e della violenza di genere durante la manifestazione "Canalicchio sotto le stelle" tenutasi a Tremestieri Etneo. A novembre inizierà un progetto teatrale intitolato Psicologia dei Miti Greci. Sono vicepresidente di una casa editrice scientifica work in progress.

# Prevenire è meglio che curare: teatro-terapia, educazione sessuale e violenza di genere, il dramma Studio per Carne da Macello di Micaela De Grandi e Valentina Ferrante

Susanna Basile[1]

*La teatro-terapia comprende diverse modalità esperienziali. La più significativa prevede il racconto delle proprie storie, per perseguire obiettivi di vita e risolvere i problemi attinenti, esprimere sentimenti, raggiungere la catarsi. I partecipanti possono espandere i ruoli del proprio vissuto e rafforzare quelli che gli conferiscono un miglioramento della qualità della vita. Il XX secolo ha visto come protagonisti di questa tecnica Stanislavskij, Grotowski, e lo psichiatra Moreno. La teatro-terapia può essere utilizzata in diverse modalità terapeutiche e diversi orientamenti teorici. Il dramma Studio per carne da macello di Micaela De Grandi e Valentina Ferrante per la sua tematica e la sua conformazione in sei scene offre al/ai paziente/i una maggiore comprensione delle relazioni sessuali, esaminando temi quali il femminicidio e le dinamiche vittima-carnefice, l'educazione sessuale*



## Teatro-terapia per l'educazione sessuale
## Le origini del teatro

"*Il rito e il teatro sono l'espressione del bisogno insito della natura umana di dare un ordine e una forma consistente alle proprie idee e alle relazioni con il mondo esterno. Essi sono strumenti con cui l'uomo cerca di gestire il conflitto con una realtà che è spesso indomabile, e quindi gratificare il suo essere nel mondo*"(Brockett,2003)
Le origini del teatro, le sue prime manifestazioni e elaborazioni, sono ovviamente avvolte nel mistero, perciò possiamo solo ipotizzare ciò che è stato nel passato. Si deve inoltre tener presente che le forme teatrali sono presenti in qualunque tipo di società, antica o moderna, e le possiamo trovare in forme diverse (funzioni religiose, campagne politiche, parate militari, cerimonie sportive, danze e rituali). La funzione profonda di tutte queste manifestazioni teatrali era in realtà la funzione educativa e la prevenzione (la catarsi) di atti violenti contro la società a cui si apparteneva (Savarese,1992).

La nascita del teatro Europeo fa riferimento al teatro greco. Ma il teatro più antico di cui si ha traccia e si suppone abbia influenzato anche il teatro greco è il teatro indiano.
Consideriamo l'opera teatrale indiana per eccellenza: l'epopea del "Mahābhārata". L'opera facente parte del teatro antico indiano, fu frutto di stratificazioni successive e composto in un lungo arco di tempo fra il IV sec. a.C. e il IV sec. d.C. con un nucleo, sembra, ascrivibile addirittura al IX/VIII a.C. (Brockett, 2003).
*"I racconti più antichi indiani vedono gli dei come protagonisti e la scena è per lo più il cielo, ma mano a mano che gli uomini prendono maggiore consapevolezza, entrano in scena a loro volta e nasce così l'epopea, che fa scendere gli dei sulla terra e salire gli uomini al cielo. Attingendo a un antichissimo patrimonio mitico che propone l'eterno conflitto fra le forze del bene e quelle del male, l'epica indiana mette in scena dei e demoni, ora incarnatisi sotto spoglie umane, ora procreatori di eroi. Ma gli eroi dell'epopea indiana spesso si dimenticano di essere figli di dei, ovvero rappresentanti di una volontà superiore: la dimenticanza diviene metafora dell'ignoranza e l'intreccio degli*

1 Psicologo clinico,specializzando in Sessuologia clinica e Psicoterapia funzionale, theater-trainer laureato in Scienze Filosofiche

*eventi serve come strumento per recuperare la memoria di sé"* (Torella, 2008).
Il Nātyaśāstra (sanscrito: "Trattato sulle arti drammatiche") di Bharata è il più importante testo teorico sul teatro classico indiano, comprendente anche la danza e la musica. È attribuito almuni ("saggio") Bharata e la sua composizione è datata fra il 200 a.C. e il 200 d.C. Il Natya Shastra è il più antico testo di teoria teatrale giunto fino ai giorni nostri, anche se gli studiosi ritengono oggi che sia stato scritto da vari autori in epoche differenti. La fonte del Nāṭya Śāstra sarebbe da rintracciare nei più antichi Nāṭa Sūtra, di cui, sfortunatamente, non è sopravvissuto alcun frammento. *"Oppresso dalla sofferenza e dall'insofferenza nei confronti del limite, il mondo indiano ha elaborato diverse modalità d'approccio e di risoluzione del problema. Uno dei comuni denominatori nel complesso e antichissimo universo culturale dell'India è la convinzione che l'ignoranza sia alla radice di tutti i mali. Un'ignoranza che offusca la visione della realtà, inquina i pensieri e condiziona le azioni in un circolo vizioso e doloroso: la commedia umana è una rappresentazione fallace".*
L'arte scenica indiana antica può dunque essere vista come la ricerca di un linguaggio sottile e allusivo che riformuli le espressioni della mente, del corpo e della parola, in vista di una diversa rappresentazione dell'esistenza (Ottaviani, 2004).
Per quanto riguarda la parte occidentale del mondo dobbiamo ai Greci già dal V secolo a.C., (influenzati probabilmente dalle migrazioni dei popoli della Valle dell'Indo fiorita tra 2600 e 1900 a.C.) la considerazione che il teatro non fosse una semplice occasione di divertimento e di evasione dalla quotidianità, ma piuttosto un luogo dove la polis si riuniva per celebrare le antiche storie del mito, patrimonio comune della cittadinanza, che lo spettatore greco conosceva, insieme a tutte le informazioni specifiche sullo spettacolo dedotte dal proagòn[2] (Innamorati &Sinisi, 2003).
"Ciò che non poteva sapere era come le vicende del mito, codificate dalla tradizione, sarebbero state nuovamente interpretate e declinate dal drammaturgo. Lo spettatore greco si recava a teatro per imparare precetti religiosi, per riflettere sul mistero dell'esistenza, per rafforzare il senso della comunità civica". L'evento teatrale aveva dunque la valenza di un'attività morale e religiosa, assimilabile ad un vero e proprio rito. Il teatro era per i greci uno spettacolo di massa, molto sentito e vissuto da parte dei cittadini di ogni classe sociale e condizione economica. Esso era infatti un rituale di grande rilevanza religiosa e sociale, considerato uno strumento dieducazione nell'interesse della comunità. *"Agli spettacoli la popolazione partecipava in massa e probabilmente già nel V secolo a. C. erano ammessi anche donne, bambini e schiavi. La rappresentazione teatrale non è dunque soltanto uno spettacolo: è un rito collettivo della pólis che si svolge durante un periodo sacro in uno spazio sacro (il teatro sorgeva a ridosso dell'altare del dio)".* Il teatro, proprio per questo suo carattere collettivo, assunse la funzione di cassa di risonanza per le idee, i problemi e la vita politica e culturale dell'Atene democratica: se è vero infatti che la tragedia parla di un passato mitico, è anche vero che il mito diventa metafora dei problemi profondi che Atene vive. (Ibidem).
È importante per i greci il concetto e la pratica della *paideia* nel V secolo a.C. significava formazione e cura dei fanciulli e diventava sinonimo di cultura e di educazione mediante l'istruzione. Era il modello educativo in vigore nell'Atene classica e prevedeva che l'istruzione dei giovani si articolasse secondo due rami paralleli: la *paideia fisica*, comprendente la cura del corpo e il suo rafforzamento, e la *paideia psichica*, volta a garantire una socializzazione armonica dell'individuo nella polis, ossia all'interiorizzazione di quei valori universali che costituivano l'*ethos* del popolo. Lo spirito di cittadinanza e di appartenenza costituivano infatti un elemento fondamentale alla base dell'ordinamento politico-giuridico delle città greche. L'identità dell'individuo era pressoché inglobata da quell'insieme di norme e valori che costituivano l'identità del popolo stesso, tanto che, più che di processo educativo o di socializzazione, si potrebbe parlare di processo di uniformazione all'*ethos politico*. L'elemento fisico dell'educazione dei giovani ateniesi si basava in una prima fase su un rigoroso addestramento ginnico, in base all'idea che un corpo sano favorisca un pensiero sano e viceversa; successivamente si aggiungeva quello bellico, essendo la guerra una fra le attività considerate più nobili e virili dell'uomo greco; per arrivare infine al completamento dell'istruzione rappresentato dalla formazione politica, vero centro della cittadinanza ateniese, e apice verso il quale era indirizzato l'intero processo educativo (Jaeger, 2003).
Il teatro romano conserva le stesse preroga-

2 Il proagòn era una cerimonia che si teneva all'inizio di determinati periodi di festa dell'antica Grecia, con lo scopo di dare maggiore informazione al pubblico sulle rappresentazioni teatrali che sarebbero andate in scena, e ottenere un più intenso coinvolgimento. Ad essa partecipavano i poeti, gli attori, i componenti del coro, i musicisti, i coreghi. I drammaturghi comunicavano il titolo delle loro opere e forse ne esponevano brevemente la trama. Una sorta di "moderno" prologo con morale incorporata da utilizzare come monito ai fini educativi di quello che si andava a mostrare.

tive dei greci, cioè l'utilizzo del teatro a fini formativi e di svago. Tuttavia con l'espandersi dell'Impero la massa del popolo diventa sempre più eterogenea e le esigenze dello spettacolo romano cambiano. Commedia e tragedia decadono di importanza e la preferenza viene accordata a composizioni più accessibili e vicine al gusto di tutti. Ritornano in voga l'atellana, le farse, le oscenità e la satira politica (Adriani, 2005).

**Il medioevo teatrale**

Dopo il crollo dell'Impero Romano d'Occidente e l'egemonia dei longobardi cessa il finanziamento pubblico e piccoli gruppi di attori girovaghi, cantastorie, menestrelli e circensi cominciarono a viaggiare fin dall'inizio osteggiati dalla Chiesa. Ma con il problema delle feste pagane da cristianizzare sorge il problema della rappresentazione del rito visto il dilagante analfabetismo. La soluzione geniale sarà la teatralizzazione delle feste religiose con l'esplosione del genere del dramma liturgico. Anche nel dramma liturgico ritroviamo gli aspetti e la funzione didascalica e moralizzante delle storie religiose come le vite dei santi e la passione di Cristo (Brockett, 2003).



**Dal Rinascimento al 1800**

Il teatro rinascimentale è l'unione dei generi drammaturgici e delle diverse forme di rappresentazione teatrale scritti e praticati in Europa tra la fine del Medioevo e l'inizio dell'età moderna. In questo periodo si assiste a un fenomeno di rinascita del teatro, preparata dalla lunga tradizione teatrale medioevale che si era manifestata nelle corti, nelle piazze e nelle università in molteplici forme, dalla sacra rappresentazione fino alle commedie colte quattrocentesche. Si esce fuori da secoli di rappresentazioni sacre,le uniche plausibili e tutto ciò che si era formato nei castelli e nelle piccole corti prende forma (Brockett, 2003).
*"La terra non è piatta" e nel 1492 il popolo comincia a non avere più paura dei propri demoni: le corti nobiliari si fanno più larghe e nasce il mestiere dell'attore girovago che tra un trasferimento e l'altro familiarizza col cittadino borghese, col popolano e col contadino. Si deve sbarcare il lunario tra una corte e l'altra e nasce così il teatro di strada da grandi attori che mettevano su duetti o monologhi durante il transito tra terre valli e monti. La città diventava borghese commerciale lavorava meno di un contadino era propensa a socializzare e socializzando concludeva affari: per questo nacque la commedia quella romana più volgare meno incline alla raffinatezza greca ma più vicina al popolo dove veniva rappresentata. Ma per far commedia vuol dir che non c'è guerra ma dittatura"* (Pieri, 1989).
Il teatro barocco fece la sua comparsa all'inizio del XVII secolo. Nasceva per filiazione dalla tragedia del rinascimento. I testi drammatici cominciarono a perdere il primato nei teatri cortigiani dove gli si preferiva l'effetto scenico e rappresentazioni come il balletto, appena giunto dalla Francia. In questo periodo l'Italia aveva perso il primato teatrale, nonostante i fasti delle rappresentazioni cortigiane. Contemporaneamente nacque la Commedia dell'Arte ed i personaggi della stessa furono diffusi in tutta Europa. La contingenza della nascita dei teatri a pagamento, prima a Venezia e poi in tutto il resto d'Italia, imposero questo tipo di teatro, che nasceva dagli attori di strada, i buffoni e i saltimbanchi che si esibivano nelle fiere di paese. Questi, riunitosi in compagnie comiche, perseguirono una nuova drammaturgia popolare che proveniva dagli antichi *contrasti comici* diffusi sin dal primo medioevo. In seguito le compagnie organizzate furono chiamate presso le corti principesche italiane. Una delle caratteristiche della Commedia dell'Arte, al confronto con quella erudita del secolo precedente, fu la presenza di attori professionisti e l'introduzione delle attrici, in precedenza impersonate da attori maschi. Nacquero nuove commedie adattate alla recitazione a braccio, ovvero improvvisata, dei comici: il Canovaccio, ovvero un'indicazione di massima della trama. Il tema dell'improvvisazione è stato a lungo oggetto di dispute, anche recenti. In realtà abbiamo moltissimi testi dei comici dell'arte pubblicate sotto forma di canovaccio e altrettanti repertori comici legati a ciascuna maschera. La Commedia dell'Arte fu, in un primo tempo, un fenomeno esclusivamente italiano. Il recupero delle maschere aveva probabilmente come ispirazione il teatro romano, anche se è una delle tante ipotesi. Al di là di questo la commedia dei professionisti fu un fenomeno originale, che poi si diffuse in tutta Europa col nome di Commedia italiana. L'unica forma nuova di teatro che poteva competere con la Commedia dell'Arte era il melodramma, altrettanto diffuso in Europa, ed altrettanto apprezzato dagli stranieri. Durante l'Ottocento, nacque il Dramma romantico. Il Dramma romantico fu preceduto da un periodo vicino al Neoclassicismo e dal teatro borghese di Goldoni(Schino, 2003).

**Il 900 teatrale**

Il XX secolo rappresenta una svolta per il teatro in tutte le sue forme. In questo periodo si riscoprirono elementi dei secoli precedenti: il simbolismo, la recitazione in versi, e il ritorno ad una arte per l'arte con un fine morale di *specchio riflettente* nella funzione del teatro. Il superamento della semplice *rappresentazione della realtà*, e una netta separazione tra ciò che fa parte della quotidianità e la *verità teatrale*, resa possibile da strumenti propri del teatro quali la suggestione, l'affabulazione e il gioco immaginifico che l'attore instaura con il pubblico. Gli attori diventano autori e danno vita al genere teatrale più aderente alla realtà quotidiana, il cosiddetto teatro di narrazione, aderiscono al modello di cantastorie di epoca medioevale, al concetto di teatro verista ottocentesco, sia nella cura del dettaglio scenografico, coreografico e storico. Il teatro della parola si trasforma in teatro dell'attore, dell'azione fisica, del gesto, dell'emozione interpretativa con il lavoro teorico di Kostantin Sergeevič Stanislavskij. Con il teatro contemporaneo, anche la figura del regista teatrale diventa preminente. Le Avanguardie storiche, modificarono radicalmente l'approccio alla messa in scena e determinano una nuova via al teatro come il Futurismo, il Dadaismo e il Surrealismo, creano nuove forme di teatro: Artaud, Brecht, Beckett, Ionesco trasformarono radicalmente l'approccio la via della conoscenza profonda e riflessiva dell'inconscio al teatro, anche il contributo degli scandinavi August Strindberg e Henrik Ibsen, fu decisivo. In Italia nello stesso periodo abbiamo il nostro Luigi Pirandello con i suoi lavori drammaturgici. (Davico Bonino, Alonge, 2001).
L'analisi dell'identità condotta da Pirandello lo portò a formulare la teoria della crisi dell'io. In un articolo del 1900 scrisse: *"Il nostro spirito consiste di frammenti, o meglio, di elementi distinti, più o meno in rapporto tra loro, i quali si possono disgregare e ricomporre in un nuovo aggregamento, così che ne risulti una nuova personalità, che pur fuori dalla coscienza dell'io normale, ha una propria coscienza a parte, indipendente, la quale si manifesta viva e in atto, oscurando la coscienza normale, o anche coesistendo con questa, nei casi di vero e proprio sdoppiamento dell'io. [...] Tal ché veramente può dirsi che due persone vivono, agiscono a un tempo, ciascuna per proprio conto, nel medesimo individuo. Con gli elementi del nostro io noi possiamo perciò comporre, costruire in noi stessi altri individui, altri esseri con propria coscienza, con propria intelligenza, vivi e in atto"* (Alonge, 1997).

Il teatro sotto forma di rappresentazione ci permette di recuperare la propria identità con la follia, l'uscita il fuori dal proprio sé che dialoga con l'io. Tema centrale in molte opere Pirandello che inserisce una ricetta per la pazzia: dire sempre la verità, la nuda, cruda e fuorviante verità, sdegnando riguardi, maniere, ipocrisie delle convenzioni sociali. Questo comportamento porterà presto all'isolamento da parte della società e, agli occhi degli altri, alla pazzia. Abbandonando le convenzioni sociali e morali l'uomo può ascoltare la propria interiorità e vivere nel mondo secondo le proprie leggi, cala la maschera e percepisce se stesso e gli altri senza dover creare un personaggio, è semplicemente persona. Pirandello divenne famoso proprio grazie al teatro che chiama *teatro dello specchio*, perché in esso viene raffigurata la vita vera, quella nuda, amara, senza la maschera dell'ipocrisia e delle convenienze sociali, di modo che lo spettatore si guardi come in uno specchio così come realmente è, e diventi migliore. È in questa dimensione che si parla di "teatro mentale": lo spettacolo non è subito passivamente ma serve come pretesto per dar voce ai "fantasmi" che popolano la mente dell'autore (nella prefazione ai Sei personaggi in cerca d'autore Pirandello chiarirà di come la Fantasia prenda possesso della sua mente per presentargli personaggi che vogliono vivere, senza che lui li cerchi). Nella fase del *teatro nel teatro* il cosiddetto *metateatro*, le cose cambiano radicalmente, per Pirandello il teatro deve parlare anche agli occhi non solo alle orecchie, a tal scopo ripristinerà una tecnica teatrale di Shakespeare, il palcoscenico multiplo, in cui vi può per esempio essere una casa divisa in cui si vedono varie scene fatte in varie stanze contemporaneamente; inoltre il *teatro nel teatro* fa sì che si assista al mondo che si trasforma sul palcoscenico. Pirandello abolisce anche il concetto della *quarta parete*, cioè la parete trasparente che sta tra attori e pubblico: in questa fase, infatti, Pirandello tende a coinvolgere il pubblico che non è più passivo ma che rispecchia la propria vita in quella agita dagli attori sulla scena (Vicentini, 1993).



**Teatro-terapia theater-therapy**

La teatro-terapia (theater-therapy) è una forma di psicoterapia basata su una metodologia attiva ed esperienziale, mirata a facilitare la capacità del partecipante di raccontarsi, risolvere problemi, stabilire delle mete, esprimere emozioni in maniera appropriata, approfondire ed estendere l'esperienza del proprio mondo interiore,

migliorare le competenze e i rapporti interpersonali e rafforzare la flessibilità nel rappresentare ruoli nella vita personale, al tempo stesso accrescendo la flessibilità tra ruoli. Sia chiaro che la teatro-terapia non produce diagnosi né interpretazioni psicologiche e non può sostituire cure farmacologiche, ma le affianca, facilitando nuove visioni di sé (Orioli, 2007).
Esistono diverse definizioni e sfumature tecniche all'interno delle varie tipologie di terapia teatrale. Si tratta soprattutto di esperimenti compiuti in Inghilterra, negli Stati Uniti, in Nuova Zelanda noti come: Drammaterapia, Sociodramma, Playback Theatre, Theraplay, dicevamo generi diversi fondamentalmentetutti accomunati dalla medesima finalità.
La teatro-terapia è un percorso attivo di cura e crescita personale basato sul teatro, in particolare sulla messa in scena dei propri vissuti, all'interno di un gruppo. Si può usare in contesti clinici e sociali come prevenzione, educazione e cura; agisce attraverso l'ideazione di personaggi improvvisati, con un lavoro sulla persona che prende coscienza della creazione dell'altro da sé e dei processi inconsci che gli hanno permesso di identificarlo. L'obiettivo della seduta di teatro-terapia è quello di rendere armonico il rapporto tra corpo, voce e mente nella relazione con l'altro, con se stesso e con la propria creatività. Le tecniche consistono nel lavorare sul corpo, sulla voce, sul gioco,allenamento alla spontaneità, all'improvvisazione, all'armonia e alla messa in scena, la rappresentazione scenica (lo spettacolo) e l'analisi dei vissuti (terapia verbale). In ambito terapeutico il teatro-terapeuta, psicologo e teatrante specializzato, cura il paziente inserendolo lentamente nel gruppo di terapia a mediazione teatrale, portandolo con gradualità a riprendere contatto con il corpo, la voce, il patrimonio gestuale, la ritualità e infine l'espressione artistica (Orioli, 2001).
Spesso il teatro serve a mettere in contatto la parte sana con quella "malata" per poterle integrare o farle accettare così come si esprimono. Come forma di terapia è adatta soprattutto per soggetti nevrotici non strutturati, i quali possono scoprire le capacità perdute, ma anche per i nevrotici strutturati e i casi "borderline" che, proprio attraverso la ripetizione, trovano quella struttura che permette loro di sviluppare l'io adulto. Nella depressione, come nelle forme di autismo, il teatro, lentamente, apre spiragli di comunicazione che sono il preludio al cambiamento. Il lavoro dell'attore su se stesso consiste in altri termini nell'imparare a camminare, saltare, cantare, ballare, agire nello spazio con una profonda consapevolezza del proprio corpo nel momento presente. Un training che viene prima dell'espressione, senza il quale non facciamo che scimmiottare gesti che conosciamo o abbiamo già visto da qualche parte. Il corpo è vissuto come strumento d'esplorazione, una specie di terreno da curare perché possa dare i frutti desiderati (Ibidem).
Ci sono almeno quattro livelli pre-espressivi: quello tecnico derivato dall'antropologia teatrale, quello percettivo sensoriale di origine primitiva, quello libero legato al gioco e quello parzialmente regressivo per scoprire l'essenza del gesto. L'obiettivo delle sedute consiste nel depurare il rapporto tra corpo, voce, mente e spirito nella relazione con l'altro, gli altri, se stesso,al fine di custodire i mascheramenti conosciuti e sviluppare altre mitologie. Solitamente gli effetti delle sedute di gruppo continuano a produrre un dialogo interiore sul singolo, anche dopo la seduta stessa, poiché gli stimoli ricevuti entrano a far parte di un'esperienza profonda che la persona può parzialmente integrare nella vita di tutti i giorni. Agisce attraverso la rappresentazione di personaggi principalmente improvvisati, una fonte inesauribile delle bizzarrie inconsce, ma anche e soprattutto auto-costruzione dell'ordine simbolico nell'attore-paziente. È un sistema costituito da una struttura di processi attivi, misurabili attraverso la maturità evolutiva del gruppo. Questa crescita è rappresentata dalla capacità dei singoli individui di sviluppare le proprie dinamiche creative ed i propri processi intrapsichici con modalità performative. In questo senso il teatro-terapeuta è colui che, maturando nei suoi processi, umani e professionali, è in grado di dirigere il gruppo, contenerlo e re-indirizzarlo continuamente verso drammaturgie collettive. In campo preventivo la pratica dell'attore agisce su eventuali blocchi nella creatività che si manifestano in resistenze ad assumere nuovi ruoli e farli propri (Pitruzzella, 2014).
*"Sappiamo che il lavoro corporeo rende mobili le cariche pulsionali ricreando quel piacere verso gli oggetti, spesso fonte di conflitti e che il piacere di recitare e di mostrarsi, rinvigorisce il dialogo interiore tra corpo, mente, spirito, creando le condizioni per l'autoanalisi dei vissuti"* (Rispoli, 2016).
Nonostante la finalità non sia prioritariamente quella della produzione artistica, è innegabile la possibilità di un processo estetico durante la costruzione della drammaturgia dell'attore come del gruppo o del

regista. D'altro canto la costruzione tecnica della scena è poco prevedibile, in quanto non si lavora al fine di mostrare il prodotto a spettatori esterni al processo, ma per crescere e conoscersi meglio.
Con la teatro-terapia, come con la musicoterapia e l'arte-terapia, cerchiamo di intervenire sulla parte sana della persona. Il nostro compito è di rafforzare ritualità soggettive, rendendole patrimonio condivisibile nel gruppo, anche nel caso siano sintomi psicotici, nella convinzione che il sintomo è quasi sempre positivo in quanto manifestazione di vitalità e quindi di possibile scambio performativo. Il paradosso dell'identità è l'oggetto di studio comune della psicopatologia e dell'arte-terapia (Pitruzzella, 2014).
*"In realtà noi siamo indefiniti e multipli, proprio come avviene nello spazio e nell'azione teatrale. L'io si viene a formare soprattutto nei processi d'identificazione ed assomiglia ad un gran teatro con tanti copioni e tantissimi personaggi che, a volte, si parlano addosso, a volte litigano, a volte si capiscono"*.
Nel setting di teatro-terapia questi personaggi hanno modo di essere esternati e interpretati direttamente attraverso il gioco del "facciamo finta che". Un impareggiabile punto di riflessione sull'uomo concreto e la sua fatica a coniugare mente e corpo, fenomeni percettivi e processi creativi, spontaneità e controllo, originalità creativa e convenzionalità culturale, pluralità di copioni e unicità di personalità. Ribadiamo infine che la teatro-terapia non formula né diagnosi né interpretazioni psicologiche, ma rafforza nuove visioni di sé, pertanto si affianca alle cure psicoterapeutiche, senza sostituirle (Pitruzzella, 2016).
Tra le tante tecniche accennate ci soffermeremo sulle metodologie di *teatro verità* di Konstantin Stanislavskij, Jerzy Grotowski e sullo psicodramma di Jacob Moreno.

**Metodo Stanislavskij**

Il metodo Stanislavskij è uno stile di insegnamento recitativomesso a punto da Konstantin Sergeevič Stanislavskij nei primi anni del '900. Nel 1938 pubblicò *Il lavoro dell'attore su se stesso* e nel 1957 *Il lavoro dell'attore sul personaggio*. Il metodo nasce tra la fine del secolo e gli inizi del Novecento dalle puntigliose annotazioni di Stanislavskij sulle proprie esperienze. Egli cercò poi di trasmetterlo agli attori con risultati diversi e da qui si sviluppa anche il suo interesse per la scuola e la pedagogia. Due sono, secondo Stanislavskij, i grandi processi alla base dell'interpretazione, quello della *personificazione* e quello della *reviviscenza*. Il processo di *personificazione* parte dal rilassamento muscolare per proseguire con lo sviluppo dell'espressività fisica, dell'impostazione della voce, della logica e coerenza delle azioni fisiche e della caratterizzazione esteriore (Malcovati, 2004).
*"Quando con l'esercizio saremo in grado di sentire dentro di noi l'energia che attraversa il corpo, la chiameremo senso del movimento. Il modo di camminare ha una importantissima funzione in scena; l'andatura deve essere il più naturale possibile, priva di oscillazioni orizzontali o verticali. Per ottenere questo, una particolare attenzione deve essere dedicata al corretto uso di tutte le parti del corpo: gambe, piedi, dita. Per quanto riguarda la voce, prima di tutto, bisogna controllare il proprio apparato respiratorio e vocale, ed esercitarlo; la voce va impostata seguendo un metodo preciso. E per fare questo occorre un intenso allenamento. Una volta che la voce è ben impostata bisogna iniziare a parlare come si canta"* (Stanislavskij, 2014).
Il processo di *reviviscenza* parte dalle funzioni dell'immaginazione e prosegue con la divisione del testo in sezioni, con lo sviluppo dell'attenzione, l'eliminazione dei cliché, e l'identificazione del tempo-ritmo. La reviviscenza è fondamentale perché tutto ciò che non è rivissuto resta inerte, meccanico ed inespressivo. Ma non basta che la reviviscenza sia autentica, essa deve essere in perfetta consonanza con la personificazione. Per rivivere la scenaattraverso il subconscio, la volontà e la coscienza si deve giungere ad esprimere esternamente quello che è interiore, con l'apporto indispensabile della voce e del corpo che devono comunicare con precisione le sensazioni interiori. Usando questa tecnica, si porta l'attore in una condizione creativa che consente il prodursi del processo creativo subcosciente. È da evitare la recitazione d'istinto in quanto non sarà mai costante, ma alterna; così come quella "generica", in quanto l'arte ama l'ordine e l'armonia. Per fare questo bisogna dimenticare tutte le abitudini legate alla vita reale ed imparare tutto da principio, proprio come fa un bambino. Mentre si recita, l'azione per essere vera deve avere un fondamento e rispondere ad uno scopo. Uno dei primi concetti che Stanislavskij propone è il "se" che insieme alle "circostanze date" sono la chiave per un'azione scenica vera. L'attore deve domandarsi: "se io fossi in questa situazione...". Deve inoltre conoscere tutti gli elementi che determinano l'azione stessa per poter reagire con un'azione reale a delle circostanze immaginarie. È fondamentale riconoscere il "vero" di una scena per raggiun-

gere la verità scenica quasi assoluta, ma nello stesso tempo bisogna capire qual è il "falso" ed eliminarlo, come con i cliché della recitazione enfatica. L'immaginazione è indispensabile per il mestiere dell'attore non solo per creare, ma anche per rinnovare ciò che è già stato creato. La fantasia deve essere attiva e deve essere costantemente allenata. Lo scopo è quello di diventare protagonisti di questa vita immaginaria "io sono" non vedendomi più in me stesso ma agendo in base ad essa. Anche l'attenzione e l'osservazione devono essere costantemente allenate, anche nella vita quotidiana, in quanto disciplinano la logica e la coerenza. Un altro elemento è la memoria emotiva, che ti fa riprovare tutti i sentimenti vissuti; essa ti aiuta nella rappresentazione in quanto li mantiene vivi. Aiuta a ripetere la scena senza riprendere il procedimento per arrivare al sentimento e nello stesso tempo evita la ripetizione sterile della scena. La memoria emotiva può essere stimolata attraverso i cinque sensi e da oggetti animati, oppure tramite dalle azioni fisiche, dalla logica e coerenza e dal "vero" (Ibidem). Un altro tipo di comunicazione avviene con un oggetto immaginario, dove è importante la funzione del "se" per stabilire un contatto effettivo. Il contatto più difficile è quello col pubblico, che avviene, o indirettamente attraverso il compagno di scena, oppure direttamente con il pubblico sul palcoscenico. Per riassumere il metodo si esemplifica la sensibilità scenica generale con un sistema basato su tre idee fondamentali: l'arte dell'attore drammatico è l'arte dell'azione interiore ed esteriore; la seconda è la verità delle passioni e la verosimiglianza dei sentimenti nelle "circostanze date"; la terza mette in evidenza che la creazione inconscia della natura passa attraverso la tecnica cosciente dell'attore. Partendo da queste basi si costruisce tutto il resto attraverso il "processo della riviviscenza" e il "processo della personificazione". Con l'aiuto dei tre motori fondamentali della vita psichica, l'intelletto, la volontà e il sentimento, che attraversano il "testo" e la "parte", vengono gettati i semi che danno vita al processo creativo che mano a mano che si sviluppa, diviene più armonioso (Malcovati, 2004).



**Jerzy Grotowski (1933-1999)**

Jerzy Grotowski è un regista teatrale polacco conosciuto nel mondo per aver sperimentato la tecnica del Teatro Povero: *"formare un attore non significa insegnargli qualcosa, ma eliminare le resistenze, le reticenze e le buone maniere che non gli permettono di esprimere l'atto totale"* (Grotowski, 1970).

Grotowski mise in crisi il teatro nei suoi elementi ritenuti costitutivi (il regista, l'attore, lo spettatore, il testo, la recitazione, l'edificio). Nessun altro al mondo dopo Stanislavskij, ha condotto uno studio così approfondito sulle caratteristiche, la fenomenologia e il significato della recitazione, sulla natura e sulla scienza dei processi mentali, fisici ed emotivi ad essa connessa. L'onestà, l'intensità e la precisione della sua opera ci hanno lasciato una grande eredità quella di ripensare il teatro come vita che ha come scopo quello di raggiungere la dimensione più profonda dell'uomo. Se la relazione educativa è costitutivamente qualcosa che si scontra con una resistenza psicofisica, il lavoro sul corpo libera energia pulsionale stagnante, rimettendo in gioco il rapporto tra anima e corpo. Il processo psicoterapeutico ed educativo sono letti come vie per l'eliminazione progressiva, ma pur sempre parziale, delle resistenze psicologiche. Ciò nonostante un buon educatore, come un buon terapeuta, adotta un atteggiamento plurivalente, dove si rende disponibile ad accettare i comportamenti dei fruitori. Infatti, il modello della complessità dell'essere umano e del suo mondo relazionale interno come esterno, ci inducono a credere che l'altro va accettato così com'è, senza pretendere di cambiarlo in quanto ciò implicherebbe un atteggiamento unilaterale (Kuniega, 1989).

*"Eliminando gradualmente tutto ciò che è superfluo, scopriamo che il teatro può esistere senza trucco, costumi e scenografie appositi, senza uno spazio scenico separato (il palcoscenico), senza gli effetti di luce e suono, etc. Ma non può esistere senza la relazione con lo spettatore in una comunione percettiva, diretta. Questa è un'antica verità teoretica, ovviamente. Mette alla prova la nozione di teatro come sintesi di disparate discipline creative; la letteratura, la scultura, la pittura, l'architettura, l'illuminazione, la recitazione..."* (Grotowski, 1970).

Grotowski fu un rivoluzionario nel teatro perché provocò un ripensamento del concetto stesso di teatro e del suo scopo nella cultura contemporanea. Una delle sue idee chiave è la nozione del *teatro povero*. Con questa espressione egli intendeva un teatro in cui la preoccupazione fondamentale fosse il rapporto dell'attore con il pubblico, non l'allestimento scenico, i costumi, le luci o gli effetti speciali. Nella sua ottica queste erano soltanto delle trappole che, se potevano intensificare l'esperienza teatrale, non erano però necessarie ai fini del nucleo del

messaggio che il teatro doveva generare. Il regime di allenamento di Grotowski era designato per:
-Eliminare, non insegnare qualcosa (Via Negativa)
-Intensificare ciò che già esiste
-Creare tutto ciò che è necessario per la rappresentazione teatrale nel corpo dell'attore, con il minimo utilizzo di materiale scenico
-Promuovere un rigoroso allenamento fisico e vocale degli attori
-Evitare l'entusiasmo e la magnificenza se non favorisce la verità del costrutto creato
Momento fondamentale per il regista polacco non è tanto lo spettacolo in sé quanto le prove, nelle quali si viene a creare lo stretto rapporto regista-attore. Grotowski rimase sempre convinto che il teatro non avrebbe mai potuto competere con il cinema e che il cinema offrisse un'esperienza diversa dal teatro. Voleva portare al pubblico un teatro che stimolasse il confronto, che mettesse alla prova e che coinvolgesse l'esperienza. Era un teatro basato non tanto sull'immagine (come invece avviene nel cinema o nella televisione), ma sulla presenza dell'attore (Ruffini, 2009).
Uno stralcio dei principi dell'attore secondo Grotoswki, (1970), *Per un Teatro Povero.*
*"-Il ritmo della vita nella civiltà moderna è caratterizzato dalla velocità, dalla tensione, da una sensazione di catastrofe; dal desiderio di nascondere le nostre motivazioni personali, assumendo una quantità di ruoli e di maschere esistenziali (differenti a seconda che ci si trovi in famiglia, al lavoro, fra amici o nella vita sociale ecc.).*
*- Amiamo essere scientifici, e propriamente razionali e cerebrali, poiché tale è l'atteggiamento imposto dall'andamento della civiltà. Non accettiamo restrizioni in questo campo. perciò che facciamo un doppio gioco di intelletto ed istinto, pensiero ed emotività; tentiamo di dividerci artificialmente in corpo e anima. Soffriamo soprattutto di una mancanza di totalità, che ci porta alla dispersione e alla dissipazione di noi stessi.*
*- Il teatro grazie alla tecnica dell'attore, quest'arte in cui un organismo vivo lotta per motivi superiori presenta una occasione di quel che potremmo definire l'integrazione, il rifiuto delle maschere, il palesamento della vera essenza: una totalità di reazioni fisico mentali. È in questo che possiamo scorgere la funzione terapeutica del teatro per l'umanità nella civiltà attuale.*
*-L'atto dell'attore questo rifiuto delle mezze misure, la penetrazione, l'apertura, l'uscir fuori da se stesso invece di chiudercisi costituisce un invito rivolto allo spettatore.*
*-Tale atto potrebbe essere paragonato all'atto di un amore profondamente radicato e autentico fra due esseri umani questo è giusto un paragone, poiché possiamo parlare soltanto mediante analogia di questo uscire da se stessi.*
*- Questo atto paradossale ed estremo, noi lo definiamo un atto totale.*
*-Siamo attori e non certo allo scopo di farci maestri degli altri, ma per imparare con loro che cosa debbano darci la nostra esistenza, il nostro organismo, la nostra esperienza personale e irripetibile; imparare ad infrangere le barriere che ci circoscrivono e a liberarci dalle fratture che ci ostacolano, dalle bugie su noi stessi che costruiamo ogni giorno per noi stessi e per gli altri; a rimuovere i limiti generati dalla nostra ignoranza e dalla nostra mancanza di coraggio; in breve, a riempire il nostro vuoto, a realizzare noi stessi.*
*-L'arte non è né una condizione dell'anima (nel senso di un momento straordinario e imprevedibile di ispirazione) né una condizione dell'uomo (nel senso di una professione o di una funzione sociale). L'arte è una maturazione, una evoluzione, un elevamento che ci permette di emergere dall'oscurità in un bagliore di luce.*
*-Lottiamo quindi per scoprire, per sperimentare la verità su noi stessi; per strappar via le maschere dietro le quali ci nascondiamo ogni giorno.*
*-Noi concepiamo il teatro soprattutto nel suo aspetto carnale e palpabile come un luogo di provocazione, una sfida che l'attore lancia a se stesso e anche, indirettamente, agli altri.*
*-Il teatro ha un significato solo se ci permette di trascendere la nostra visione stereotipata, i nostri livelli di giudizio non tanto per fare qualcosa fine a se stessa ma per verificare la realtà e, avendo rinunciato già a tutte le finzioni di ogni giorno, in uno stato totalmente inerme, svelare, donare, scoprire noi stessi.*
*-In questo modo mediante lo choc e il tremore che ci causa la caduta della maschera e dell'affettazione abituali noi siamo in grado, senza nascondere più nulla, di affidarci a qualcosa che non è possibile definire precisamente, ma in cui si trovano compresi Eros e Charitas.*
*-L'atto di creazione non ha niente a che vedere con la comodità esterna o la cortesia umana convenzionale; cioè condizioni di lavoro in cui ognuno sia felice. Esso richiede il massimo silenzio e la minima loquacità.*
*-In questo genere di creatività noi discutiamo tramite le proposte, le azioni e l'organismo vivo, non mediante spiegazioni. Qui noi esigiamo consistenza. La richiediamo*

*agli attori che si avvicinano al teatro con piena consapevolezza di sottoporre se stessi a una prova con qualcosa di estremo, una specie di sfida che attende una rispondenza totale da ognuno di noi.*
*-Se vogliamo spiegarlo in modo teorico, potremmo dire che il teatro e la recitazione sono per noi una specie di strumento che ci permette di uscire da noi stessi, di realizzarci".*

**Psicodramma Classico**

Jacob Levy Moreno fu un medico viennese (1889-1974) che "inventò" lo psicodramma classico. Tra le possibili definizioni generali dello psicodramma proponiamo quella che lo indica come una rappresentazione scenica spontanea che permette di rendere visibili nel quadro terapeutico e di far rivivere i conflitti interpersonali ed intrapsichici. Il termine "psicodramma", nella sua accezione più ampia, è anche utilizzato come sinonimo di "metodo psicodrammatico". Gli elementi costitutivi di questo metodo di gruppo, interattivo e contestuale, sono lo psicodramma in senso stretto, la sociometria e la psicoterapia di gruppo. Gettando le fondamenta di categorie quali il *gioco* e la *scena* Moreno ha aggiunto una nuova dimensione tanto alla psichiatria ed alla psicoterapia, quanto alla psicologia sociale e alla sociologia. Lo psicodramma è un metodo dalle molteplici possibilità. Contiene per sua natura elementi che appartengono alla pedagogia, alla psicologia dell'apprendimento e alla psicologia del profondo (Boria, 2007).
I termini ed i concetti che designano il suo apporto sono ormai di uso corrente nella psicoterapia e della formazione: role playng, sociometria, psicodramma, sociodramma, psicoterapia di gruppo, acting out, liberazione della spontaneità, riscaldamento (warming-up), spontaneità creatrice, statuto sociometrico, tele (comunicazione empatica). Moreno ha dato il nome di psicodramma alla rappresentazione, mediante il gioco improvvisato, di scene vissute e rivissute, o immaginarie e proiettive. Lo scopo è quello di facilitare lo scambio tra gli individui e tra i gruppi, attraverso lo sviluppo di nuove percezioni interpersonali o la riorganizzazione di vecchi patterns cognitivi e delle relative condotte comportamentali (Yablonsky, 1978).
Aspetti metodologici dello psicodramma di Moreno (1985):
-la *spontaneità* che è prevista in quattro forme: a) *spontaneità* è uno slancio, cioè un impulso primigenio dell'individuo; b) *spontaneità* è un'acquisizione culturale, conseguente alle innovazioni che si possono registrare nel campo dell'arte, o a livello di ambienti, organismi o istituzioni che si sforzano di interrompere il succedersi automatico degli eventi attraverso cui si perpetua la tradizione; c) *spontaneità* che è creazione di un'espressione libera della personalità; d) *spontaneità* può intendersi anche come una risposta adeguata ed originale a situazioni nuove.
-il *ruolo* è il modo di essere reale e percettibile che assume l'Io; *"il modo di essere e di agire che l'individuo assume nel momento preciso in cui reagisce ad una situazione data, nella quale sono impegnate altre persone o oggetti".* Tra i ruoli si possono distinguere: *ruoli emergenti, ruoli latenti; ruoli superati, ruoli attuali.* I ruoli si possono anche dividere in: r*uoli psicosomatici; ruoli sociali; ruoli psicodrammatici; ruoli individuali* e *ruoli collettivi.*
-il *gruppo*: lo psicodramma è dunque un'esperienza vissuta in gruppo: di gruppo, attraverso il gruppo e con il gruppo con i ruoli e la spontaneità confacenti la sessione.
Durante una sessione di psicodramma si possono utilizzare varie tecniche che facilitino il protagonista o il gruppo a raggiungere soddisfacenti livelli di creatività e spontaneità. Le tecniche più importanti utilizzate all'interno di una seduta di psicodramma (Boria, 2001):
-*inversione di ruoli*: consiste nel far assumere al protagonista il ruolo di altre persone, significative per lui a livello relazionale, e nel fargli continuare la scena in atto dal loro punto di vista. In questo modo l'io-osservatore si decentra rispetto all'io-attore, che compie azioni nuove e spontanee delle quali il primo riesce a prendere coscienza; si riescono così ad aggirare ostacoli che altrimenti risulterebbero essere insormontabili. L'inversione di ruoli ha lo scopo di "far uscire una persona da se stessa, sicché possa guardarsi dal punto di vista degli altri", oppure di permettere al protagonista, attraverso l'interpretazione del ruolo di un altro, di capire più a fondo le reazioni del suo personaggio. Questa tecnica può, inoltre, fornire un'immagine di sé come in uno specchio, per raggiungere anche in questo caso un insight che consente di visualizzare meglio se stessi attraverso gli occhi di un'altra persona. Tale processo può portare ad una liberazione dalle proprie difese e provocare cambiamenti all'interno di un conflitto.
-*il doppio*: tecnica che prevede che il paziente rappresenti se stesso e che contemporaneamente venga rappresentato da un Io ausiliario. A quest'ultimo viene richiesto

di "creare un'identità col paziente", muoversi, agire e comportarsi come lui; in tal caso dunque il doppio tenta di diventare realmente il protagonista; inoltre aggiunge una dimensione significativa all'esibizione dell'attore, il quale segue le direttive del regista nel rispondere al suo doppio. Spesso succede che mentre uno dei due esprima amore, l'altro manifesti odio. È dunque molto rivelatrice e terapeuticamente utile, la risposta del protagonista al suo doppio; quest'ultimo può, inoltre, aiutare l'attore ad esprimere sentimenti di paura ostilità o amore che egli è normalmente incapace di tradurre in parole. Il doppio può anche cercare di esprimere certe ipotesi non del tutto manifeste, basandosi su ciò che sente in un determinato momento.
-*il soliloquio*: tale tecnica offre la possibilità al soggetto di recitare a voce alta i propri pensieri, è un modo per esprimere a se stesso e al gruppo i suoi vissuti e le tendenze all'azione ancora latenti. Il soliloquio è parallelo al processo delle "libere associazioni" della psicanalisi, con una differenza significativa, però, e cioè che nello psicodramma la tecnica viene utilizzata in una situazione concreta; inoltre lo scopo non è solamente analitico, ma facilita l'azione drammatica. La tecnica del doppio può essere abbinata a quella del soliloquio, in modo da offrire al doppio di sostenere un soliloquio al posto del protagonista in una scena cruciale della rappresentazione.
-*proiezione nel futuro*: questa tecnica consiste nel far agire il protagonista, con il supporto del gruppo e dell'ego ausiliario, in una situazione significativa, che pensa di dover affrontare in futuro; ciò può preparare il soggetto a comportarsi con maggior adeguatezza quando tale situazione si presenterà.
-*tecnica dello specchio*: in questo caso un io ausiliario impersona un protagonista che sia contrario o non, in grado di esibirsi da solo. In questa situazione viene offerta al soggetto la possibilità di osservare se stesso muoversi in una situazione rilevante. Lo specchio può venire deliberatamente esagerato in modo da provocare il protagonista che da spettatore passivo (in quanto si trova seduto nella zona del gruppo) diventa partecipante attivo correggendo la rappresentazione in atto e l'interpretazione della sua realtà.
-*interpretazione teatrale di un sogno:* il protagonista, invece di raccontare un sogno, lo mette in scena. Dopo un adeguato riscaldamento il soggetto dovrà comportarsi come quando la sera va al letto: indossare un pigiama o una maglietta o essere nudo, coricarsi, assumere la solita posizione per addormentarsi. In seguito il regista chiederà al protagonista di descrivere la situazione che lo circondava al momento in cui ha fatto il sogno: dovrà quindi descrivere la stanza, la posizione e le dimensioni del letto, specificare se la luce era accesa o spenta, se le finestre erano aperte o chiuse e dire quanto tempo impiega di solito per addormentarsi.

## Educazione sessuale

Nel presente documento[3] è stata adottata una definizione allargata che non include solo gli aspetti fisici, emotivi e relazionali della sessualità e dei contatti sessuali, ma anche una gamma di altri aspetti come l'amicizia o i sentimenti di sicurezza, protezione e attrazione. In Europa l'età d'inizio dell'educazione sessuale è molto varia. Secondo il rapporto SAFE si va dall'età di 5 anni in Portogallo ai 14 anni di Spagna, Italia e Cipro. Un esame più da vicino, tuttavia, mostra che le differenze non sono poi così enormi come potrebbe sembrare a prima vista e dipendono in larga misura da cosa si intende per "educazione sessuale". Adottando questo concetto più esteso, diviene più comprensibile come in svariati paesi l'educazione sessuale abbia inizio nella scuola primaria. Laddove inizia ufficialmente nella scuola secondaria, solitamente è utilizzata una definizione di educazione sessuale molto più ristretta, in termini di "contatti sessuali". Questa differenza nelle definizioni spiega anche la ragione per la quale in alcuni paesi a "educazione sessuale" si preferisce la denominazione di "educazione sessuale e relazionale" o simili. Nel presente documento si è scelto intenzionalmente di sostenere un approccio in cui l'educazione sessuale abbia inizio fin dalla nascita. A partire dalla nascita i neonati apprendono il valore e il piacere del contatto fisico, del calore umano e dell'intimità. Ben presto imparano cosa è "pulito" e cosa è "sporco" e in seguito imparano la differenza tra maschi e femmine e tra persone amiche e sconosciuti. L'essenza del discorso è che a partire dalla nascita i genitori in particolare mandano ai bambini messaggi inerenti il corpo e l'intimità. Detto in altri termini, stanno facendo educazione sessuale.

## L'educazione sessuale deve essere adeguata all'età

3 Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e BzgA Standard per l'Educazione Sessuale in Europa Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche e sanitarie, specialisti Centro Federale per l'Educazione alla Salute, BZgA (Germania) Colonia 2010 Edizione italiana promossa e finanziata dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (Fiss) p.13-16.

Nel contesto dell'educazione sessuale è importante l'espressione "adeguato rispetto all'età". In effetti, sarebbe più corretto utilizzare l'espressione "adeguato rispetto allo sviluppo" dal momento che non tutti i bambini crescono seguendo il medesimo ritmo. Pur tuttavia, l'espressione "adeguato rispetto all'età" è usata in questa sede in sostituzione di "adeguato rispetto all'età e allo sviluppo" e fa riferimento al graduale evolversi di ciò che è di interesse, di ciò che è rilevante e della misura in cui è necessario spingersi nei dettagli a una determinata età o in una determinata fase dello sviluppo. Un bambino di quattro anni potrebbe chiedere da dove vengono i bambini e la risposta "dalla pancia della mamma" è di solito sufficiente e "adeguata per l'età". Solo in seguito lo stesso bambino potrebbe iniziare a domandarsi: "Come ci arrivano i bambini nella pancia della mamma?" e in quel momento sarà "adeguata per l'età" una risposta diversa. La risposta non corretta è "sei troppo piccolo per queste cose!". Il concetto di "adeguatezza rispetto all'età" spiega perché nell'educazione sessuale può essere necessario tornare sugli stessi argomenti in età differenti: al crescere dell'età gli stessi argomenti verranno illustrati in maniera più esaustiva.



**L'educazione sessuale come argomento curricolare multidisciplinare**

L'Europa è anche eterogenea per quanto riguarda sia la materia curricolare nell'ambito della quale è inserita l'educazione sessuale sia la formazione dell'insegnante incaricato. In alcuni casi l'educazione sessuale è una materia a sé stante, ma è più comune che sia integrata nei programmi di altre materie. La più ovvia sembra essere la biologia, ma a secondo del paese, del tipo di scuola e di altre circostanze, l'educazione sessuale può essere anche inserita nell'educazione civica, guida alla socialità o competenze sociali, educazione alla salute, filosofia, religione, lettere o educazione fisica. La materia principale e la formazione dell'insegnante influiscono in larga misura sui contenuti e sui metodi dell'insegnamento: quando l'educazione sessuale è collocata nell'ambito dell'insegnamento della biologia o dell'educazione alla salute il focus tende ad essere sugli aspetti fisici, mentre quando la materia principale appartiene alle discipline umanistiche ci sarà maggiore attenzione agli aspetti sociali, relazionali o morali. Un buon sistema per garantire una trattazione più olistica è quello di affidare aspetti diversi ad insegnanti diversi, facendo quindi dell'educazione sessuale un argomento multidisciplinare. Un altro approccio che si incontra di frequente è quello di invitare esperti esterni alla scuola per trattare argomenti specifici. Gli esperti possono essere medici, infermieri, ostetriche, educatori o psicologi con una specifica formazione nell'educazione sessuale. Frequente anche il ricorso a organizzazioni non governative per la salute sessuale o ai servizi sanitari dedicati ai giovani. In alcuni stati, come la Svezia o l'Estonia, una parte dell'educazione sessuale a bambini e ragazzi è attuata presso i servizi sanitari di zona specificamente dedicati ai giovani. Si pensa, in questo modo, di facilitare l'accesso a tali servizi e di incoraggiare, così, il futuro ricorso agli stessi. Rendere l'educazione sessuale e relazionale un argomento curricolare obbligatorio è un aspetto importante per l'insegnamento in quanto - come ha dimostrato l'esperienza in alcuni paesi - dopo l'abolizione dell'obbligo è probabile che diminuisca l'attenzione che le viene dedicata. D'altronde, rendere obbligatoria l'educazione sessuale non porta automaticamente a un'educazione sessuale di buona qualità e di tipo olistico. Infatti, è anche necessario procedere dalla base verso l'alto in un processo "bottom-up" motivando, formando e sostenendo gli insegnanti. Negli ultimi decenni, la tendenza prevalente, per l'Europa nel suo complesso, è stata quella di rendere l'educazione sessuale obbligatoria senza opzioni che permettessero ai genitori, in caso di severe obiezioni ai contenuti curriculari, di ritirare i propri figli dalle lezioni. Nella realtà, i genitori, compresi quelli appartenenti a minoranze demografiche, sono spesso dei sostenitori dell'educazione sessuale scolastica, perché essi stessi non sono all'altezza del compito o provano imbarazzo a toccare l'argomento. È importante notare che quasi mai l'educazione sessuale è materia d'esame, sebbene possano esserlo alcuni aspetti perché sono stati integrati in una materia obbligatoria come, ad esempio, biologia. Tuttavia, affinché riceva sufficiente l'attenzione, è importante che l'educazione sessuale debba essere materia d'esame. Per definire il curriculum dell'educazione sessuale è utile instaurare una qualche forma di collaborazione con i genitori, non solo per assicurarsi il necessario sostegno da parte loro, ma anche per garantire un'integrazione ottimale tra il loro ruolo informale e il ruolo formale della scuola. Ne deriva che la realtà dell'educazione sessuale può differire in grande misura tra i vari Stati. In un paese come la Svezia, ad esempio, con una forte

tradizione di un'autorità centralizzata per l'educazione e l'istruzione, il programma curricolare è stabilito a livello centrale. Tuttavia, in paesi culturalmente paragonabili alla Svezia, come la Danimarca e l'Olanda, le decisioni al riguardo sono prese dalle autorità scolastiche locali o dal singolo istituto scolastico. In Francia, ad esempio, l'educazione sessuale è impartita da una serie di insegnanti diversi. In Italia i tipici canali dell'educazione sessuale e della trasmissione delle prime informazioni sono primariamente i genitori, in particolare, per quanto riguarda le bambine si tratta solitamente della madre, poi vengono gli insegnanti, i quali seguono primariamente le indicazioni del MIUR, poi delle Regioni o Provincie, con le loro direttive specifiche, sino ad arrivare alle decisioni dei singoli Istituti Scolastici, nella loro autonomia didattica. Altri canali sono gli educatori a vario livello (educatori religiosi, capi scout, responsabili o allenatori di società sportive e così via). Poi non è possibile dimenticare gli organi di informazione, prima tra tutti, nella disponibilità dei ragazzi, la rete, intesa come accesso ad internet. Negli ultimi anni, nella scuola italiana, pur nella inevitabile differenziazione anche da istituto a istituto, si è affermato un approccio al tema di tipo collegiale. Innanzitutto è quasi sempre previsto un corso specifico, formato anche solo da alcune lezioni su uno o più argomenti particolari, nell'anno conclusivo della scuola secondaria di primo grado. Non mancano esperienze nella scuola primaria e approcci più approfonditi nella scuola secondaria superiore. L'educazione alla sessualità eall'affettività, anche se può essere trattata da un solo docente della classe, solitamente l'insegnante di Scienze, viene concordata, di prassi, con l'intero Consiglio di classe, e partecipano, a vario titolo, gli insegnanti di Lettere, di Religione e di Educazione fisica. Nella programmazione di questa attività si coinvolgono anche i genitori, che possono essere solo i genitori eletti come rappresentanti, o tutti i genitori, con riunioni aperte alle famiglie. Non mancano, in alcune regioni o province, gli interventi di personale delle ASL o del SSN per attività di approfondimento, specialmente per quanto riguarda gli aspetti psicologici e i particolari, adatti all'età dei ragazzi, attinenti al rapporto sessuale, i metodi anticoncezionali, le malattie sessualmente trasmissibili, l'igiene personale, le dipendenze e il consultorio. Il rapporto disegna anche una mappa di come gli Stati europei si orientano rispetto all'insegnamento dell'educazione sessuale che varia da paese a paese, infatti questa materia è obbligatoria in Germania dal 1968, in Danimarca, Finlandia e Austria dal 1970, in Francia dal 1998. Fanno eccezione 7 paesi su 24 analizzati: Bulgaria, Cipro, Lituania, Polonia, Romania Regno Unito (ma nel febbraio del 2015 i parlamentari inglesi hanno chiesto che l'educazione sessuale divenga obbligatoria nella scuola primaria e secondaria) e Italia. Molti giovani si avvicinano all'età adulta avendo a che fare con messaggi contraddittori e confusi sulla sessualità e sui rapporti tra i generi. Imbarazzo, silenzio e disapprovazione, si legge ancora nel rapporto, non aiutano a discutere in maniera aperta di sessualità da parte degli adulti, inclusi i genitori e i docenti, proprio in quelle fasi della crescita personale in cui sarebbe necessario farlo. Parlare di questi temi in famiglia è in alcuni casi lasciato in una dimensione tacita, tra detto e non detto, un sapere trasmesso per via informale, su base volontaria, a partire dalle esperienze personali di coetanei o genitori o tramite informazioni acquisite dai media, senza un'adeguata preparazione alle spalle. Invece, secondo il report dell'Unesco, c'è un urgente bisogno di fare educazione sessuale, soprattutto tra i giovani dai 15 ai 24 anni. Il 60% delle persone di questa fascia d'età, ad esempio, non è in grado di identificare in che modo si può prevenire la trasmissione del virus HIV. Nei mesi scorsi l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un resoconto sull' impatto dell'educazione sessuale rispetto all'incidenza di gravidanze indesiderate, di malattie trasmesse sessualmente, di episodi di abusi sessuali e di discriminazioni basate sull'orientamento sessuale. Siccome le convenzioni sociali e le discriminazioni di genere hanno una grossa influenza sull'espressione della sessualità e dei comportamenti sessuali, una buona qualità dell'educazione sessuale della sessualità e dei comportamenti sessuali, una buona qualità dell'educazione sessuale può avere una reazione positiva sugli atteggiamenti e i valori condivisi, contribuendo così alla prevenzione di abusi e al rafforzamento di relazioni consensuali e reciprocamente rispettose del partner. L'obiettivo di una sana educazione sessuale è riconoscere e smontare gli stereotipi alla base delle discriminazioni di genere e quelli legati all'orientamento sessuale, ad acquisire una maggiore consapevolezza dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere, ad avere rispetto ed empatia verso gli altri.

**La violenza contro le donne, fenomeno sociale, strutturale e culturale**

*"Cominciamo quindi con la definizione di questa violenza, che altrove ho chiamato ginocida"* (Danna, 2007). Usiamo il termine "violenza contro le donne", dal momento che è evidente che si tratta di un problema di genere: gli uomini sono maltrattatori e violentatori e le donne vittime nella quasi totalità dei casi. Tale violenza è espressione di ineguaglianza sociale e di un senso soggettivo di possesso degli uomini sulle donne. Un sinonimo edulcorato è infatti "violenza di genere", mentre "violenza domestica" è chiamata quella violenza che avviene all'interno del nucleo familiare (Adami, et al., 2000; Romito, 2000; Deriu & Sgritta, 2007). Nelle statistiche giudiziarie questo squilibrio di genere è evidente. Gli ultimi dati disponibili sono del 2004: le persone denunciate per maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli sono state 4.125, di cui solo 366 donne, il 92% dei denunciati sono uomini, e le persone condannate sono state 1.298, di cui solo 57 donne (Istat 2006). Sempre nel 2004 le persone denunciate per violenza sessuale sono state 3.019 di cui 134 femmine, il 96% dei denunciati sono maschi, e le condanne sono state comminate a 1.454 persone, di cui 20 sono donne. Per violenza sessuale di gruppo sono stati denunciati 376 maschi, tra cui 163 ragazzi minorenni, e 17 donne, e sono stati condannati 76 maschi. La violenza maschile contro le donne può mostrarsi in vari modi: fisica, psicologica, economica, sessuale, ma è caratterizzata dall'essere agita nella gran parte dei casi da uomini in relazioni di intimità con le donne che maltrattano: mariti, compagni o ex. In Italia abbiamo delle stime di prevalenza molto recenti: i due reati di maltrattamenti da parte del marito/compagno e di violenza sessuale sono stati indagati dall'indagine Multiscopo sulla sicurezza delle donne realizzata dall'Istat nel 2006 con un campione casuale di 25.000 italiane dai 16 ai 70 anni. La diffusione del fenomeno tra la popolazione è risultata notevole: nel corso della vita il14,3% delle donne che ha convissuto con un uomo ha subito da lui almeno una violenza fisica o sessuale, e il 4,8% di tutte le donne ha subito stupri o tentativi di stupro. Negli ultimi 12 mesi dalla data dell'intervista, il 2,4% delle donne ha dichiarato di aver subìto violenza da un familiare, mentre lo stupro o il suo tentativo è stato subìto dallo 0,3% delle donne, prevalentemente da parte di persone conosciute . È del tutto probabile che queste cifre non rappresentino affatto la totalità del "numero oscuro": è la vittima a portare ancora il peso della vergogna, e spesso un senso soggettivo di colpa, cosa che rende difficile l'ammissione di questo vissuto nell'ambito di un'intervista, per quanto anonima. Un primissimo indizio che suggerisce una risposta negativa alla questione se la risposta di poliziotti, carabinieri, magistrati, del personale dei servizi socio-sanitari alle richieste delle donne vittime di queste violenze sia adeguata è il bassissimo tasso di denuncia di tali episodi, rilevato dalla stessa indagine dell'Istat. Se l'autore non è il partner non emergono il 96% delle violenze, mentre se l'autore è il partner non ne emerge il 92,7%. Anche la quasi totalità degli stupri rimane priva di denuncia: il 91,6%. Qualcosa evidentemente non funziona nell'interazione con le istituzioni pubbliche, evitata da un così gran numero di donne. Il tema della richiesta di aiuto alle forze dell'ordine è stato indagato nell'indagine Istat di vittimizzazione: *"Alle vittime di violenze che hanno denunciato l'ultimo episodio subìto è stato chiesto cosa hanno fatto le Forze di polizia per aiutarle. Nel caso della violenza domestica il 42,6% dichiara che hanno preso la denuncia, il 26,9% che hanno ammonito il colpevole, il 19,7% che hanno seguito il procedimento, il 5,3% che hanno arrestato il colpevole, nel 5,2% dei casi fornito protezione, nel 5,1% dato informazioni sulla possibile assistenza legale, nello 0,3% l'hanno indirizzata a servizi specializzati. Nel 36,5% invece riferiscono che non hanno fatto niente. Giudizio che viene espresso dalle vittime sia che abbiano riportato violenze gravi (36,9%) che meno gravi (34,9%) e che raggiunge il 46,6% tra le donne che subiscono violenza dai mariti o dai conviventi"* (Sabbadini & Muratore 2008). Nel caso di violenza da parte di una persona diversa dal partner i dati sono lievemente più positivi: *"Le Forze di polizia hanno preso la denuncia in una percentuale un po' più alta di casi (49,3%) e seguito maggiormente il procedimento (24,1%) mentre sono avvenuti meno ammonimenti dell'autore (9,7%). È più bassa inoltre la percentuale di donne che hanno dichiarato che le Forze di polizia non hanno fatto niente (24,5%)."* Questo è ciò che succede dopo la denuncia, sempre secondo le vittime: *"A seguito della denuncia dell'ultimo episodio, soltanto nel 27,9% dei casi vi è stata una imputazione degli autori della violenza domestica, il 68,6% delle donne dichiara che non vi sono state imputazioni e il 3,5% non conosce l'esito della denuncia. Le imputazioni si sono trasformate in una condanna nel 45,3% dei casi, percentuale che aumenta al 54,1% considerando quelle a carico dei fidanzati".*Un'ipotesi per spiegare il silenzio delle vittime è che esse anti-

cipino delle risposte culturalmente diffuse sia da parte dei possibili interlocutori che degli "addetti ai lavori" istituzionalmente preposti. Queste risposte sono: il rifiuto di credere alla vittima, la banalizzazione di ciò che le è accaduto, oppure la sua colpevolizzazione (Romito, 1999; Romito, 2005;Creazzo et al., 2008). Le radici culturali di tali atteggiamenti si trovano nella svalutazione sociale del sesso femminile, la cui voce non viene ascoltata, soprattutto quando è in contrasto con quella del marito o del partner, ancora ritenuti essere i capi della famiglia. Anche le denunce per violenza sessuale rischiano la stessa disattenzione e incredulità, riflettendo i rapporti di potere nella società attuale in cui il sesso maschile è ancora dominante su quello femminile. La costruzione tradizionale dell'identità maschile tradizionale si basa sul dominio sulla "propria donna", e sulla superiorità sociale del sesso maschile, ed è una cultura ancora molto diffusa. La ricerca di Romito, pur avendo diversi anni, mantiene inalterato il criterio individuato proprio nell'interazione tra vittime di violenza e operatori di polizia, di giustizia, dei servizi sociali e sanitari un punto estremamente problematico. La cultura diffusa tra gli operatori intervistati riflette un'impostazione maschilista, fonte di risposte inappropriate al delicato momento della denuncia o della richiesta di soccorso. Scrive l'autrice: *"Se la violenza è un attentato all'integrità di una persona, bisogna essere "persone" perché quello che ci viene fatto sia considerato violenza. Se non c'è un riconoscimento sociale dello status di persona, come in passato è accaduto ai servi e agli schiavi e tutt'oggi, secondo i contesti, può accadere a donne, bambini o altri soggetti socialmente deboli (per esempio gli extracomunitari in Europa), quel che accade (botte o stupri, dal marito, dal padre o dalla polizia) non è violenza"*(Romito, 1999). Romito distingue innanzitutto risposte "appropriate" da parte delle istituzioni e risposte "inappropriate", che possono essere di negazione del problema, oppure di rifiuto: *"la violenza è visibile e la donna fa delle richieste esplicite, ma si trova di fronte a risposte negative sulla base di "giustificazioni" che in parte si sovrappongono: difesa dell'uomo, difesa della famiglia e colpevolizzazione della donna"*(Ibidem) o infine di psicologizzazione o psichiatrizzazione, risposte che spostano il problema sulla donna. Questo fenomeno è la "vittimizzazione secondaria". A fronte di una varietà di risposte, sia appropriate che non, ottenute dalle donne intervistate nel rivolgersi ai servizi socio-sanitari, tutte risposte dei commissariati erano state inappropriate. Negli anni successivi a questa ricerca l'indagine sulla cultura dei rappresentanti dell'autorità a riguardo della violenza contro le donne e della vittimizzazione secondaria sono state svolte nell'ambito del Progetto Urban (Adami & Basaglia 2002; Basaglia, 2006) e la questione è stata affrontata con pratiche di formazione specifica offerta agli operatori di polizia e di pronto soccorso in collaborazione proprio con i centri antiviolenza (Gonzo, 2000).

**Studio per carne da macello: il dramma**

*Studio per carne da macello* è una coproduzione del Teatro Stabile di Catania e della compagnia Banned Theatre per la rassegna "Altrove: il teatro va in città" 2016/2017. È stata rappresentata dal 15 al 25 giugno (2017) al Chiostro del Palazzo dei Minoriti,cortile settecentesco oggi sede della Prefettura di Catania. I testi e la regia sono di Micaela De Grandi e Valentina Ferrante, presenti anche nel ruolo di attrici, con la collaborazione scientifica della psicologa e sessuologa Susanna Basile. Le attrici professioniste, diplomate alla scuola Umberto Spadaro del Teatro Stabile di Catania, hanno all'attivo diverse produzioni nazionali e internazionali di film e fiction: Elisabetta Anfuso, nel doppio ruolo di attrice e cantautrice, Giovanna Criscuolo, Laura Giordani, Raniela Ragonese, il vocal coach, Armando Nilletti, del Teatro Massimo Bellini di Catania e il musicista Luca Mauceri. Studio per carne da Macello è la rappresentazione scenica di un laboratorio durato tre mesi con un training ispirato al Metodo Stanislavskij, Grotoswki, e allo psicodramma di Moreno.
Questa la scheda tecnica dello spettacolo a cura delle autrici De Grandi, Ferrante (2017) *"Di plastica Donne di plastica o avvolte nella plastica. Donne inguainate, bendate, coperte per non essere guardate. Bambole intontite, merci da scaffale, scoperte per essere ammirate. E poi prese, usate, avvolte nel sacco della spazzatura e gettate. Si fa ciò che si vuole di una donna, di una femmina. Giornali e televisioni mercificano il suo corpo, lo sentiamo dappertutto, e suggerito in ogni immagine, in ogni parola. Qualcosa non va ma inaspettatamente ci stiamo e siamo tutti vittime e tutti carnefici. L'uomo che ama e fa' e disfa', la donna che ama e lascia fare. Ma l'amore no, non è possesso, non prevede gerarchie! Quello è il retaggio di una cultura maschilista che all'apparenza non è più ma che nella sostanza ci pervade. Il Viaggio, ciò a cui lo spettatore, suo malgrado, assiste ogni giorno attraverso il mar-*

*tellante tam tam mediatico, gli verrà svelato nel profondo. Adesso, in questo luogo, chi vorrà vedere dovrà armarsi di coraggio e guardare oltre quel muro trasparente che lo separa dall'orrore. Adesso si ride! Uno squarcio nell'inferno della nostra realtà "surreale". E siamo proprio noi le vittime di una società che ci aggredisce brutalmente con immagini e dettagli orrorifici e che rivende il dolore altrui patinandolo brutalmente e rendendolo quasi seducente. È il viaggio nel teatro scomodo, quello dell'animo umano, e nell'orrore della moderna coscienza sociale".*

**Donne in...vetrino**

*Vestite di nero, con qualche giacca qua e la per simulare l'uomo, il grande assente in tutti i sensi, sette donne, tensione al massimo, raccontano le stragi dei nostri giorni. Le vittime? Sempre le stesse: donne. Una guerra tra sessi che non è finita, che cambia volto, ma fondamentalmente è identica a se stessa. Il potere maschile, affermato a tutti i costi, lavato con il sangue, se occorre. Il tramonto di questo "potere" e notoriamente inaccettato dall'uomo, fragile e restio a rinnovarsi, perché fondamentalmente solo e impreparato, complice anche la mentalità femminile tradizionalmente e biecamente succube. Il sistema politico e sociale che pubblicamente condanna, segretamente alimenta questa insufficienza, lasciando che l'ignoranza e i pregiudizi prevalgano su una nuova coscienza civile. Occorre conoscere e prevenire. Questo e il percorso che per Altrove indica l'ultimo spettacolo di questa rassegna dello Stabile, dedicato al teatro civile: "Studio per Carne da macello", scomodo ma emblematicamente energico, senza facile retorica, senza compiacimenti, senza inutili compatimenti, senza risparmiare particolari raccapriccianti, senza scivolare nel luogo comune del Maschio-Bestia. Argomento difficile perché abusato, il femminicidio qui trova una freschezza e una direzione meno obsoleta, grazie ad un testo volenteroso, corroborato dall'interpretazione vigorosa. Scorrono i gesti e le parole. Un treno in corsa. Sulla ribalta del dolore si aprono finestre. Il tempo del racconto si scompone in quadri dai colori decisi, sfolgoranti, sfasatura cercata nel gioco dei contrasti. Dai fondali della vita schegge impazzite galleggiano davanti ai nostri occhi. Tra le cortine chiuse, per pudore o timore, la verità, scucita a forza appare, ineludibile. Il ritmo serrato, la ricerca estetica, semplice ed efficace, la forza delle immagini, dei monologhi e dialoghi serrati, dove le storie trovano una sequenza tragica, intinta di ironia e graffiante sarcasmo, fanno di questo "Studio" un piccolo coltello che può incidere e incrinare la coscienza civile. In berlina un sistema di comunicazione degenerato e fallimentare. I mass media, si sa, si nutrono di nefandezze da sciorinare ai curiosi. Carne da macello, anche da morte, queste donne date in pasto alla cronaca e alle trasmissioni di "approfondimento" vengono offerte alle fantasie malate di chi oscuramente gode di questa esplorazione. In quest'ottica nella mise en scene si innesta il talk show con intervista all'assassino-eroe, sottolineando sarcasticamente il bieco voyeurismo dello spettatore televisivo ottuso e perverso, alimentato da questa esaltazione, da questa offerta ignobile della miseria e bassezza dell'essere umano. La dissertazione virtuale della sessuologa con le vittime o i parenti, in media res, offre invece un serio spaccato di riflessione e di conoscenza di un fenomeno che ha radici ben salde nella psiche di tutto il tessuto sociale, spingendo ad approfondire e a non banalizzare il problema. Anche le donne sono condizionate e"complici" dei delitti sacrificali a cui si sottopongono. Meditate gente, meditate...*(Di Mauro, 2017).

**Femminicidi**

*Contrada Femmina Morta. In centinaia di comuni in Italia (e della Sicilia in particolare) esiste almeno una Contrada con tale "topos". Una storicizzazione e stratificazione nel territorio di eventi violenti e bestiali, che sottendono quasi una ineluttabilità di un fenomeno tremendo, che solo negli ultimi anni diventa argomento di analisi e dibattito. I maschi che uccidono le donne.Il femminicidio a teatro: perché cultura e conoscenza portano civiltà e grazie ad esse, forse, riusciremo un giorno a sconfiggere i nostri demoni. Le scene, i suoni, la narrazione, l'analisi scientifica, diventano un insieme di stimoli positivi che coinvolgono lo spettatore, mettendolo di fronte alla sua natura bestiale, che tanti non riescono a governare. Difatti le reazioni del pubblico sono tutte prova dell'efficacia del metodo: dal lugubre silenzio al risolino compresso, per poi esplodere nell'applauso liberatorio. Teatro vero che vale cento sedute di analisi (anche grazie dell'apporto di una sessuologa in scena), soprattutto per il grande impatto emotivo che ci offre. Una funzione culturale e sociale che ci rimanda al teatro degli antichi greci, cerimonia sacra. Le storie dei femminicidi, rappresentati in scena, offrono anche lo spunto per esempi di grande reci-*

*tazione, che poteva solo essere al femminile: Laura Giordani la madre siciliana che evoca e modula, vocalmente ed emotivamente, il dolore del lutto, alternato alla folle risata devastante; Elisabetta Anfuso, l'araba lapidata, che fa vibrare la sua voce in musica, perché la violenza e frutto dell'intera società, del mondo; Valentina Ferrante la venditrice televisiva del dolore e del delitto, l'esatto opposto del materno amore; Micaela De Grandi la donna in carriera, vittima di se stessa e materialmente del marito, suo rivale nel ruolo nella società; Giovanna Criscuolo, la moglie che nega l'evidenza, nascondendosi nell'impossibile unita della famiglia, trasformandosi in vera e propria "Carne da Macello". Spettacolo robusto. Da vedere, da capire, da far girare.* (Fazio Nicolosi F., 2017).

**Oltre il femminicidio**

*"Notevoli le performances delle protagoniste, modulate su registri contrastanti, dalla madre dell'uccisa, alienata e distorta dal dolore, alla donna lapidata, alla moglie bistrattata fino all'eccidio, alla vittima strangolata, appesa ai teli di plastica come un crocifisso... una carrellata fitta e incalzante per una Macelleria in palco, mentre dal buio della memoria affiora l'ombra di Ifigenia. Analizza, seziona, senza fronzoli, il tema della violenza sulle donne in modo completamente diverso, intrigando il pubblico che si ritrova nei panni di vittima e carnefice allo stesso tempo, riflettendo su un tema diventato oggi davvero virale. Banned Theatre per sviluppare una tematica tutt'altro che semplice utilizza un linguaggio teatrale estremamente accattivante, che ingloba recitazione, un tappeto sonoro tra il moderno e l'antico, coreografie e movimenti ben studiati che richiamano la situazione di donne che sanno di subire, di rischiare, ma che non si vogliono ribellare e portano avanti la loro pseudo esistenza di stenti, soprusi, violenze, umiliazioni sino a quando, in una notte qualunque, il marito, il fidanzato, il padre, l'amico, il branco, le massacra. Lo spettacolo, in circa 60 minuti, mette in campo una validissima squadra di sole donne che, attraverso storie terribili folgora lo spettatore catapultandolo sin dal primo minuto della piece in una dimensione tragica, spietata, sanguinaria come quella del femminicidio con delle povere donne – trattate come autentica carne da macello che vengono massacrate dall'istinto animalesco dell'uomo ma che muoiono una seconda volta per mano di giornali, tv, o spietati talk show dove si da ampio spazio – per fare audience – alle interviste con gli assassini oppure in dibattiti in cui si cerca una spiegazione a ciò che e avvenuto, attraverso le opinioni di addetti ai lavori. Vestite di nero, tra giacche, sedie, cellophane, balli sinuosi, le donne protagoniste, palpeggiate, insultate, usate, annullate, umiliate, con delle movenze da manichino, raccontano di una accomodante e semplice moglie, di una madre disperata, di donne lapidate, strangolate, di mariti frustrati ed assassini, di uomini che le usano come oggetti e poi le buttano via, mentre una sessuologa disserta sul fenomeno da approfondire e da non sottovalutare. Ad orchestrare i movimenti, il dipanarsi della tragica ed intrigante performance, l'intensa ed inquietante Raniela Ragonese che, da aiuto regista, conclude poi lo spettacolo con il suggestivo e calzante brano degli anni Sessanta "Amo" del cantautore italo-belga Salvatore Adamo. Pubblico intrigato e piacevolmente sorpreso da un doppio ruolo di spettatore e protagonista che di fronte ad un tema particolarmente sanguinario ed abusato, si coinvolge grazie ad una messa in scena originale. Lavoro che, inerpicandosi per le impervie strade della violenza e del tragico, ci riporta ad un retaggio, ad una cultura maschilista tutt'altro che superata, ad una sequenza di immagini e storie sanguinarie in cui le donne sono autentiche bambole, manichini da manovrare, da usare, per la famiglia, per il possesso, per un capriccio e poi da avvolgere nel sacco della spazzatura e gettare in pasto ad un martellante tam tam mediatico, ad un voyeurismo televisivo davvero spietato. "Studio per Carne da Macello" risulta, quindi, un azzeccato esempio di teatro cronaca, dove l'orrore prende il sopravvento e in una società capace di mostrare – senza alcuna perplessità o dubbio – di rivendere in tv il dolore di una madre, l'assassino di una ragazza, l'omicidio più efferato, costruendoci un dibattito, un programma, un social show che piace e quasi seduce. Tutto in nome degli ascolti che crescono a dismisura"* (Giordano M.S., 2017).

**Teatro-realtà, senza prediche**

*La parola "teatro" è troppo inflazionata perché si possa decentemente applicare ad azioni espressive artisticamente condotte e con efficaci intendimenti morali. Perciò Carne da Macello" che si autodefinisce "progetto" teatrale e supera di molto i canoni dello spettacolo modaiolo. Le attrici recitano i loro ruoli e prende la parola la sessuologa Susanna Basile nel ruolo di se stessa. Il dramma si sviluppa con pochi ma efficaci*

*complementi scenici sulla causa profonda del femminicidio sofferto da molte donne come una legge di natura; sulla violenza sulle donne negli ambiti più diversi: in casa nei luoghi di lavoro per strada. Il motivo di fondo antropologico è da ricercare nella troppo rapida evoluzione umana dal sistema matriarcale a quello patriarcale assai più evoluto nella produzione dei beni e della ricchezza, ma in insanabile contrasto con le strutture primitive di cui, più o meno consapevolmente cerca di amputare leconseguenze facendo delle donne oggetti da comprimere ed eventualmente distruggere. Tutte circostanze ben accettate sul piano storico e psicologico ma che non hanno minima presa sulla vita quotidiana. Questa azione drammatica (incalzante, varia, mordente) non fa alcuna predica: fa vedere lo stolido commercio del corpo femminile negli show e in tutte le altre sedi: indica il problema umano scuotendo le coscienze. La "carne da macello" del granguignolesco titolo è ovviamente quella femminile, straziata dai partner per il quale il primato del maschio è una legge di natura. Le interpreti riportano gli stati d'animo che sono alla base delle violenze e delle uccisioni. Senza fare prediche, ma esponendo la vita infernale cui le donne sono costrette nei più diversi ambiti. Realismo assoluto con efficacia di annotazioni* (Sciacca, 2017).

Un ultimo riferimento a Grotowski: *"il visionario regista si disfece di tutti i costumi e dell'allestimento scenico e preferì lavorare con allestimenti completamente neri e con attori che indossavano costumi di prova totalmente neri, almeno nel processo di prova. Fece eseguire agli attori rigorosi esercizi in modo che assumessero il totale controllo dei loro corpi. L'importante per Grotowski era cosa avrebbe potuto fare l'attore con il suo corpo e la sua voce senza aiuti e unicamente con l'esperienza viscerale con il pubblico. Era in questo spazio, nella sacra relazione tra l'attore e il pubblico che il pubblico veniva sfidato a pensare e ad essere trasformato dal teatro. In tal senso Grotowski è stato una delle figure chiave nello sviluppo del teatro politico del XX secolo. Le sue produzioni teatrali spesso contengono temi politici e sociali. L'attore, dipendente solo dai doni naturali della voce e del corpo, poteva consegnare al pubblico i rituali sacri del teatro e i temi della trasformazione sociale. Il pubblico divenne un pilastro dell'esibizione teatrale, e il teatro diventò più di un semplice intrattenimento: diventò un sentiero verso la comprensione"* (Ruffini, 2009).

**Conclusioni**

Attraverso un excursus della funzione reale del teatro nel corso dei secoli e le sue trasformazioni nonché il recupero della funzione catartica propria dello spettatore che diventa attore in grado di modificare il gioco delle parti la più grande lezione ci viene sicuramente dal ns Luigi Pirandello. La condizione psicologica femminile e maschile dei suoi personaggi ci riguardano in maniera diretta vuoi per cultura vuoi per estradizione sociale. Abbiamo appena aperto uno spiraglio sul mondo e sull'utilizzo della teatro-terapia che proviene dalla condizione del meta-teatro pirandelliano, certamente influenzato dai grandi registi teatrali quali Stanislavskij, Grotoswki e dallo psichiatra Moreno. La teatro-terapia assurge senza i fasti ammonitori di prediche e di moralismi a canoni razionali, che purtroppo si scontrano in maniera pervasiva sulle nostre resistenze, sui nostri meccanismi di difesa, accumulati da secoli di usi e costumi di cui possiamo prendere atto senza scandalizzarci ma costruendo un modo alternativo per porvi fine: per esempio le trame delle tragedie greche erano spesso connotate da sacrifici di vergini, di figlie, di spose infedeli. Senza dimenticare gli stupri e le violenze che si trovano nei miti, nella storia e anche nei libri sacri. Forse per questo motivo il dramma *Studio per Carne da Macello* è riuscito a colpire in maniera emozionale e razionale nonché educativa, circa ottocento spettatori, che si sono dichiarati tali all'uscita dello spettacolo. Ma la teatro-terapia tra attori e pubblico è un modello da verificare di cui questo è solo un primo approccio "scientifico". Banned Theatre sarà presto protagonista di laboratori teatrali con messa in scena dello spettacolo per le scuole superiori di secondo grado; sono previste tournèe e un documentario che parteciperà al prossimo congresso Europeo EFS del 2018 (European Federation of Sexology) che si terrà in Portogallo. Qui di seguito un estratto del copione teatrale con l'intervento della sessuologa e relative domande delle attrici per dimostrare con la sola forza del testo il tipo di intervento effettuato sullo spettatore/paziente. Il testo è a cura della psicologa/sessuologa Susanna Basile.

Le donne sono quattro: la prima è una ragazza lapidata (islamica) per amore dai parenti dello stesso fidanzato che per quella sera sarebbe stato punito "a letto senza cena". La seconda è la manager uccisa dal marito perché guadagnava più di lui. La terza, la presentatrice, è la donna ipersessuale che a differenza dell'uomo,con tale prerogativa che resta sempre un dongio-

vanni, diventa una prostituta da stigmatizzare, infatti si suicida per l'esposizione della sua sessualità in un video in rete. La quarta è la madre a cui hanno ucciso la figlia e che deve riconoscere le sue responsabilità. Sono tutte storie vere a cui la psicologa in ruolo di sessuologa (nei testi di cui è l'autrice) da una sua versione una sua risposta sul danno della società sessuofobica e castrata.

*La psicologa tra il pubblico ripete questa frase "You served her up like a lamb to slaughter. Gliel'hai servita come un agnello al macello."*

*Lapidata: Dottoressa mi sai dire perché non posso scegliere chi amare?*

*Dottoressa: Ragazza lapidata piena di famiglia, di fratelli e padri traditori, tu mia cara, sei nata carne da macello, per intenderci lamb to slaughter. È scritto nel tuo copione! nel tuo script! nei tuoi frame! nel tuo dna! Nella tua terra, nella tua cultura, nella tua religione l'uomo può scegliere la donna che vuole, e tu, tu no? Oh My God! Tu sei colpevole! (Si rivolge alle donne del pubblico) Ma perché voi che siete donne di altra terra, di altra cultura, di altra religione pensate di amare veramente l'uomo che desiderate? E perché desiderate proprio quel tipo di uomo: pazzo, violento e traditore? Oppure viscido, timido e sgraziato? Siamo tutte invischiate in uno schema mentale e familiare imprigionate da nostro padre e dal padre di suo padre. Tuo padre o lo odi o lo ami te lo ritrovi sempre e comunque in tutti gli uomini che pensi di amare e desiderare liberamente. La tua Elisabetta (Anfuso) alias lapidata è una dipendenza affettiva disturbata chiamata love-addiction alimentata dal macello della famiglia di origine. Da tutti i macelli delle famiglie di origine.*

*Manager: Dottoressa, perché le donne devono guadagnare di meno lavorare di più ed essere pure contente di questa concessione?*

*Dottoressa: Ah! Micaela (De Grandi)? Alias fantastica manager: lei si comporta come un uomo guadagna troppo, lavora troppo, è troppo esigente! La sua è una dipendenza alcolica da lavoro. Si chiama workaholic è la sintesi tra work e alcholist: l'unica tra le dipendenze da comportamento chiamata così per il 90% una sindrome tipicamente maschile. Ma gli uomini ce la fanno a controllare la workholic perché è nella loro conformazione fisiologica sessuale: attacca e stacca. Noi che abbiamo una diversa conformazione sessuale a noi l'interruttore non ce lo staccano MAI è una specie di elettroshock continuo che perpetrato nel tempo ci fa provare piacere nel dolore. Le 67 coltellate di prima. Lo sapevate che tra le varie perversioni femminili esiste l'ibristofilia, le donne che si innamorano dei serial killer, quelli del braccio della morte…e se li sposano!*

*Presentatrice: Dottoressa quante di queste manie perversioni malattie e deviazioni dipendono dalla nostra repressione sessuale?*

*Dottoressa: Valentina (Ferrante) alias presentatrice di una morte annunciata, le posso garantire che la violenza è solo il prodotto di una sessualità malata creata da una società sessuofobica e castrata. Sapevate che il 30% delle fantasie sessuali femminili sono di violenza e di stupro? E il 90% di quelle maschili sono: culo cosce minne vagina bocca minchia e occhi, con tanto di unghie affilate e rigenerate. Si chiama sex-addiction letteralmente dipendenza da carne da macello. Pensavamo di fare l'amore e invece è solo una violenza reciproca sul corpo dell'altro. Dalle fantasie sessuali è sparito il bacio unica espressione fisiologica e sintetica dell'amore che ci da la sicurezza di esistere come persone e non come cose. E nel bacio le donne sono le più potenti, perché baciano i loro figli, mariti, genitori, amiche e nemiche. Freud parlava di orgasmo oceanico attraverso il Bacio Femminile.*

*Madre: Secondo lei per questo le donne sono violentate umiliate e uccise, perché sono più potenti? Forse è per questo che non si fanno leggi giuste per noi? Forse è per questo che nessuno denuncia il male che ci fanno proibendoci di vestirci di dire e di fare quello che ci pare. Cosa ho insegnato di sbagliato a mia figlia?*

*Dottoressa: Laura alias la madre per eccellenza ha insegnato a sua figlia a volersi bene? A provare un sano piacere sessuale da sola fin da piccola, per farle capire di cosa si trattava per potersi difendere da quelli della "famiglia" che le volevano fare le "stesse cose"? Lo sa che ne succedono più dentro casa (circa il 90%) che fuori! Lo sa che il senso di colpa di "queste cose" resta come regalo alla bambina, alla vittima, all'abusata ed è solo un piacere malato disturbato e tramandato reiterato perpetrato che resta all'adulto, al carnefice, all'abusante? E quante di "queste cose" lei signora madre ha fatto finta di non vedere? Laura il suo alias la sua cara madre possiede la patologia peggiore di tutte, lei è portatrice insana della family-addiction. Troppo affetto, troppa cura, troppo amore e niente sesso. Per questo non è stata in grado di proteggere sua figlia. You served up like a lamb to slaughter. Gliel'hai servita come carne da macello.*

La psicologa poi rivolgendosi solo al pubblico/paziente si avvia alle conclusioni: *Sappiate che una volta esistevano dei rituali di iniziazione, di passaggio, di tradizione che tramandavano una coscienza e una cono-*

*scenza collettiva. Proteggevano l'infante, il bambino, l'adolescente e l'adulto da violazioni estranee non volute e nemmeno mai immaginate. Oggi la comunità scientifica ha riscoperto questa coscienza questa conoscenza e l'ha ribattezzata entanglement ovvero correlazione e connessione quantistica cioè la misura di un sistema osservabile fisico/fisiologico (cioè io) che determina istantaneamente il valore anche per gli altri sistemi fisici e fisiologici (cioè voi). Quindi da come ci osserviamo reciprocamente possiamo creare: un circolo vizioso o un circolo virtuoso. Quindi internet web e i social network possono essere viziosi o virtuosi. A seconda dei punti di vista dell'osservatore. Possiamo incidere con un clic nella nostra società, nella nostra scuola, nella nostra famiglia. A noi la scelta. Il primo esempio di questa osservazione e comportamento dovrebbe provenire da uno Stato civile evoluto illuminato, quello definito in maniera traslata dall'art.1176 del nostro codice civile: il soggetto indebitato (lo Stato) deve essere diligente nei confronti del debitore (il Cittadino) come il buon padre di famiglia. Quindi lo stato come un buon padre di famiglia, tipo quello che abbiamo visto prima, dovrebbe prevenire la violenza di genere e ogni genere di violenza con una corretta educazione sentimentale e sessuale, per l'amore, il rispetto e la sacralità del proprio corpo e di quello dell'altro.*



**Bibliografia**

Adami, C., Basaglia, A., Bimbi, F. e Tola, V. (a cura di). (2000). *Libertà femminile e violenza sulle donne, strumenti di lavoro per interventi con orientamenti di genere*. Franco Angeli: Milano.
Adami, C., Basaglia, A., Tola, V. (a cura di). (2002). *Dentro la violenza, cultura, pregiudizi, stereotipi, rapporto nazionale 'Rete antiviolenza Urban'*. Franco Angeli: Milano.
Adriani, E. (2005). *Storia del Teatro antico*. Carocci: Roma.
Alonge, R. (1997). *Luigi Pirandello*. Laterza: Roma-Bari.
Basaglia, A. (2006). *Percezione della violenza nelle città Urban*.In Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, Basaglia, A., Lotti, M. R., Misiti, M. & Tola, V. (2006) *Il silenzio e le parole. Il Rapporto Nazionale Rete antiviolenza tra le città Urban-Italia*. Franco Angeli: Milano.
Boria, G. (2007). *Lo psicodramma classico*. Franco Angeli: Milano.
Boria, G. (2009). *Incontri sulla scena*. Franco Angeli: Milano.
Boria, G. (2011). *Psicoterapia psicodrammatica*. Franco Angeli: Milano.
Brockett, O.G.(2003). *Storia del teatro*. Marsilio: Venezia.
Creazzo, G., Pipitone, E., Vega Alexandersson, A. M. (2008). *La propensione alla denuncia delle donne accolte, chi denuncia e chi non lo fa*. In Creazzo, G. (a cura di). *Scegliere la libertà, affrontare la violenza. Indagine ed esperienze dei Centri antiviolenza in Emilia-Romagna*. Franco Angeli: Milano.
Davico Bonino G., Alonge R. (2001) *Storia del teatro moderno e contemporaneo. III. Avanguardie e utopie del teatro. Il Novecento*, Einaudi: Roma.
Danna, D. (2007). *Ginocidio. La violenza contro le donne nell'era globale*. Eleuthera: Milano.
De Grandi M. e Ferrante V. (2017, giugno, 9) Studio per carne da macello. Retrieved from http://bannedtheatre.simplesite.com/427158982.
Deriu, F. & Sgritta, G. B. (a cura di). (2007). *Discriminazione e violenza contro le donne, conoscenza e prevenzione*. Franco Angeli: Milano.
Di Mauro, A. (2017, giugno 25) Donne in vetrino. Retrieved fromhttp://www.inscenaonli-

neteam.net/index.php?option=com_content&view=article&id=9882:psicodramma-donne-in-vetrino-qstudio-per-carne-da-macelloq-di-ferrante-e-de-grandi&catid=3:articoli-sicilia&Itemid=4.
Nicolosi, F. (2017, giugno 24) Femminicidi. Retrieved from:http://www.inscenaonline-team.net/index.php?option=com_content&view=article&id=5825:francesco-nicolosi-fazio-femminicidi-un-progetto-ferrantede-grandi-produzione-stabile-di-catania&catid=3:articoli-sicilia&Itemid=4.
Giordano, M.S. (2017, giugno 25) Oltre il femminicidio. Retrieved from http://www.cronacaoggiquotidiano.it/2017/06/25/al-chiostro-dei-minoriti-catania-oltre-femminicidio-la-piece-studio-carne-macello-valentina-ferrante-micaela-de-grandi/.
Gonzo, L. (2000). *I servizi sociosanitari a Bologna, dai risultati di una ricerca a un progetto di formazione*. In Romito, P. (a cura di).*Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*. Franco Angeli: Milano.
Grotowski, J. (1970). *Per un teatro povero; prefazione di Peter Brook*. Bulzoni: Roma.
Innamorati, I. & Sinisi, S. (2003). *Storia del teatro. Lo spazio scenico dai greci alle avanguardi.*, Bruno Mondadori: Milano.
Istat (2006). *Statistiche giudiziarie penali. Anno 2004, Istat, Annuario, n. 13: Roma*. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20061127_00/.
Istat (2007). *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2006: Roma*. Retrieved from http://www.istat.it/it/files/2011/07/testointegrale.pdf.
Jaeger, W. (2003). Paideia. *La formazione dell'uomo greco*. Bompiani: Milano.
Kumiega, J. (1989). *Jerzy Grotowski: la ricerca nel teatro e dopo il teatro, 1959-1984*. La casa Usher: Firenze.
Malcovati, F. (2004). *Stanislavskij: vita, opere e metodo*. Laterza: Roma-Bari.
Moreno, J. (1985). *Manuale di psicodramma - vol.1: Il teatro come terapia*. Ubaldini: Roma.
Savarese, N. (1992). *Teatro e spettacolo tra oriente e occidente*. Laterza: Roma-Bari.
Orioli, W. (2007). *Teatro-terapia. Prevenzione, educazione e riabilitazione*. Erickson: Trento.
Orioli, W. (2001). *Far teatro per capirsi. Introduzione alla teatro terapia*. Ipoc: Milano.
Ottaviani, G. (2004). *I fondamenti del teatro in Asia. Il Natyasastra. Il libro della musica (Yueji). I trattati di Zeami*. Aracne: Roma.
Pieri, M. (1989). *La nascita del teatro moderno in Italia tra XV e XVI secolo*. Bollati Boringhieri: Torino.
Piretti, L. (2004). *Il Teatro indiano classico*. Edizioni Pàtron: Bologna.
Pitruzzella, S. (2014). *Mettersi in scena. Drammaterapia, creatività, intersoggettività*, Franco Angeli: Milano.
Pitruzzella, S. (2016). *Manuale di teatro creativo. 200 tecniche drammatiche da utilizzare in terapia, educazione e teatro sociale*. Franco Angeli: Milano.
Rispoli, L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi*. Franco Angeli: Milano.
Romito, P. (1999). *Dalla padella alla brace. Donne maltrattate, violenza privata e complicità pubbliche*. In «Polis», 13 (2). Il Mulino: Roma.
Romito, P. (2000) *La violenza di genere su donne e minori, un'introduzione*. Franco Angeli: Milano.
Ruffini, F. (2009). *Craig, Grotowski, Artaud. Teatro in stato di invenzione*. Laterza: Roma.
Sabbadini, L. L. & Muratore, G. (2008). *Le violenze contro le donne. In Ministero dell'Interno, Rapporto sulla criminalità in Italia. Analisi, prevenzione, contrasto*: Roma.Retrivedfrom:http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminalita.pdf
Schino, M. (2003). *Profilo del teatro italiano dal XV al XX secolo*. Carocci: Roma.
Sciacca S. (2017, Giugno 27) Teatro-realtà senza prediche. [edicola.lasicilia.it] Retrievedfrom:http://edicola.lasicilia.it/lasicilia/books/catania/2017/20170627catania/#/29
Stanislavskij, K.S. (2014). *Il lavoro dell'attore su se stesso*. Laterza: Roma–Bari.
Stanislavskij, K.S. (2014). *Il lavoro dell'attore sul personaggio*. Laterza: Roma-Bari.
Stanislavskij, K.S. (2009). *La mia vita nell'arte*. La casa Usher: Firenze.
Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e BzgA *Standard per l'Educazione Sessuale in Europa Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche e sanitarie, specialisti Centro Federale per l'Educazione alla Salute*, BZgA (Germania) Colonia 2010 Edizione italiana promossa e finanziata dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (Fiss) p.13-16.
Vicentini, C. (1993). *Pirandello il disagio del teatro*. Saggi Marsilio: Venezia.
Torella, R. (2008). *Il pensiero dell'India*. Carocci: Roma.

Dott. Roberto Martino



Dottore in psicologia applicata, clinica e della salute presso l'Università dell'Aquila. Specializzando in psicoterapia sistemica integrata e in psiconcologia presso medicina legale della Sapienza; psicodiagnosi clinica e giuridica presso la Human Trainer di Cesena e psicologia pediatrica, Lumsa-OPBG-Consorzio Humanitas.
Ho effettuato un periodo di tirocinio pre e post-lauream e professionalizzante per un totale di 4 semestri presso l'ambulatorio di psicologia clinica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, struttura di S. Marinella.
Collaboro nella stesura di articoli mensili sul sito BART (Behavioral Addictions Research Team), occupandomi di varie forme di dipendenze da sostanza e comportamentali.

# Psiche e diabete mellito, quali connessioni

Roberto Martino[1]

*Il paziente con diabete mellito necessita di supporto psicologico. È fondamentale l'integrazione della dimensione medica con quella psicologica, familiare e sociale. Tale patologia può fare emergere*
*importanti disturbi psicopatologici, in particolare ansia e depressione. L'intervento deve avere l'obiettivo di far sì che il paziente assuma un atteggiamento positivo verso la terapia, con l'ausilo di strategie di coping, utili nella gestione di emozioni negative, paure e timori inerenti la malattia.*
*L'impatto della diagnosi di diabete mellito sul paziente può determinare l'insorgere*
*di disturbi dell'umore, che condizionano le cognizioni e le emozioni, e quindi il comportamento.*
*Possono manifestarsidisturbi ancora più significativi come la schizofrenia, o il disturbo schizoaffettivo o bipolare.*
*Spesso all'origine troviamo un paziente con problemi di obesità, e conseguentemente con problematiche organiche del tipo cardiovascolari. Interventi a livello comportamentale possono essere utili per diminuire l'eccessivo perso corporeo. Più in particolare, l'approccio psicoterapeutico e i gruppi esperienziali permettono la crescita psicologica del paziente dotandolo di importanti strategie di problem solving.*
*La funzione dello psicologo è anche quella di svolgere un ruolo di educatore nei confronti del paziente e della sua famiglia. Egli, può collaborare con l'equipe sanitaria. Inoltre, è fondamentale costruire un'alleanza terapeutica con la persona interessata e con il contesto in cui è inserita.*
*L'intervento sul paziente deve attuarsi sull'autocontrollo del paziente, sul self-empowerment e sulla self-efficacy. Un altro fattore importante da tenere in considerazione è il livello di autostima del*



## Una storia che viene da lontano

Il diabete deve essere considerato come una malattia cronica, che riguarda il metabolismo, per cui il pancreas interrompe o produce meno *insulina*, un ormone peptidico, la cui funzione è proprio quella di regolare il livello di zuccheri presenti nel sangue (Anderson, 1999).
Il diabete mellito viene scoperto nel 1674 dal medico britannico Thomas Willis, attraverso l'osservazione nei suoi pazienti di particolari tormenti e inquietudini, seguiti a loro volta da frequente bisogno di urinare, e con visibili stati d'animo caratterizzati da malinconia e depressione.
Anche il medico Arnaldo Cantani giunge a simili osservazioni verso la fine dell'Ottocento, con diversi pazienti diabetici, caratterizzati a loro volta da sentimenti di paura e dispiacere. Egli teorizza sull'eziologia del diabete mellito nel 1872 concependolo come una malattia conseguente ad un accumulo significativo di zuccheri nel sangue, dovuto alla non-combustione dell'organismo del paziente.
Da questa teoria Cantani ipotizza che nel sangue del diabetico vi sia la presenza di un nuovo tipo di zucchero non corrispondente al glucosio, che normalmente non si riesce ad eliminare, e quindi vi è differenza sostanziale tra gli zuccheri presenti nel sangue dei diabetici e il glucosio presente nelle loro urine (Dall'Olio, 2007).
All'inizio del Novecento altri ricercatori si cimentano nel tentativo di comprendere quali connessioni vi possano essere tra l'organismo e la psiche.
Ad esempio, gli studi del fisiologo statunitense Walter B. Cannon, docente di fisiologia ad Harvard dal 1906 al 1942. Nel 1914 lo studioso osserva la liberazione delle catecolammine adrenalina e noradrenalina, che avviene attraverso le cellule del midollo surrenale. La conseguenza di tale liberazione è proprio quella di stimolare una parte del si-

1 Dottore in psicologia clinica, laureato presso l'Università degli Studi dell'Aquila - Dipartimento MESVA.

stema nervoso autonomo (SNA), e cioè

quello simpatico[2], che a sua volta è stato sollecitato da uno sforzo psichico o dall'emergere di emozioni dovute essenzialmente a paura o estremo nervosismo dell'individuo oggetto di studio (Cannon, 1959).
Vi possono essere particolari vicissitudini emotive conseguenti ad una perdita importante nell'ambito della sfera affettiva, insieme a fattori ambientali, che possono determinare l'insorgenza del diabete mellito per esempio di tipo 1, soprattutto se ci troviamo di fronte ad un paziente predisposto dal punto di vista immunitario e genetico. Le conseguenti modalità comportamentali del diabetico vengono osservate e poi analizzate individuando almeno quattro o cinque fasi (Kübler-Ross, 1969).
Quindi, vengono supposte le seguenti fasi:
• Accettazione
• Lutto
• Rivolta
• Patteggiamento
• Depressione
Sarà il medico austriaco Hans Selye, trasferitosi in Canada nel 1931, e fondatore dell'Istituto di Medicina Sperimentale e di Chirurgia presso l'Università di Montrèal, a considerare gli eventi psicologici ed emotivi direttamente collegabili con la regolazione glicemica sia all'inizio che durante lo sviluppo della patologia (Selye, 1956).
Questo collegamento è stato pensato all'interno della "Sindrome Generale di Adattamento" (GAS). Selye dimostrerà tra il 1935 e il 1955 che qualunque forma di aggressione subita da un individuo, con conseguente trauma fisico e/o psichico, può cagionare nell'organismo, e in qualunque condizione di partenza esso si trovi, un insieme di reazioni di difesa, quali allarme, resistenza ed esaurimento.
In tale sindrome la corteccia surrenale, dalla quale si ha la produzione del cortisolo, viene attivata dall'ACTH (ormone adreno-corticotropo) stimolata non solo da sostanze denominate "fattori di rilascio" (RF) diencefalico, ma anche attraverso la secrezione del GH (l'ormone della crescita), e stimolato dal corrispondente fattore di rilascio diencefalico (Mangiarotti, 1981). Ciò significa che lo stress psicologico potrebbe determinare la liberazione degli ormoni stressogeni contribuendo l'insorgenza della patologia in oggetto.
Il fisiologo e endocrinologo canadese Frederik Banting, scopritore dell'insulina o ormone pancreatico), ha l'occasione di mostrare il proprio interesse verso gli studi di Selye. Un esempio è la cosiddetta sindrome dell'indisposizione, tanto che contribuisce a fargli ot-

2 Un sistema costituito da due file di neuroni che si collocano lungo la colonna vertebrale

tenere importanti finanziamenti per tali studi.
Infatti, la sua teorizzazione riguardante lo stress ha contribuito fattivamente ad una nuova interpretazione, relativamente alle connessioni tra la psiche del paziente con diabete mellito e la patologia stessa.

## Il diabete mellito di tipo 1 e 2

In questa disamina ci occuperemo della forma di diabete maggiormente diffusa nella popolazione, e cioè il *diabete mellito* (DM) il quale è caratterizzato da uno stato di *iperglicemia*[3].
Il DM si differenzia in due tipologie:
• *diabete di Tipo 1* (DT1), insulino-dipendente (in bambini e adolescenti, tra i 10 e i 16 anni), o diabete giovanile;
• *diabete di Tipo 2* (DT2), non insulino-dipendente (negli adulti, dopo i 30 anni), più comune.
Le ipotesi relative alle cause dell'insorgenza della patologia fanno riferimento, allo stato attuale, a due fattori:
1. fattori biochimici, concernenti l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e all'incremento del cortisolo;
2. fattori psicogenetici, con connessioni al disagio psichico del paziente e alle sue difficoltà di adattamento (Talbot, 2000).
Tuttavia, il DT1 rientra tra le *malattie autoimmuni*, la cui caratteristica è quella di portare il *sistema immunitario* ad attaccare direttamente il pancreas. L'insulina prodotta da tale organo viene ridotta o addirittura bloccata dal sistema immunitario perché non riconosce le cellule preposte a secernere l'insulina (le cellule-beta delle isole di Langerhans, allocate all'interno del pancreas). Da questo meccanismo emergono di fatto valori non consoni del livello di glicemia.
Tale tipologia viene considerata dalla scienza medica una patologia organica non curabile (Lacroix & Assal, 2005), e arginabile solo attraverso la quotidiana assunzione di insulina somministrata al paziente per tutto l'arco di vita.
Ancor oggi non sono conosciute con assoluta certezza le cause che determinano il DT1, tuttavia è possibile ipotizzare che esse possano provenire non solo da fattori ambientali, ma anche da fattori genetici (English & Sills, 1998).
I sintomi che si manifestano più frequente-

mente sono quelli relativi alla fame, al bisogno eccessivo di bere, allo stimolo di urinare con particolare frequenza, e al perdere peso senza motivo apparentemente giustificabile

3 Significativo aumento della concentrazione di glucosio nel sangue rispetto ai valori considerati normali a digiuno

(Musacchio, 1999; Panigatti, 2003).
Il DT2 è la forma che insorge più frequentemente (circa il 90% dei casi), e si sviluppa in età adulta, generalmente a partire dai 30 anni in poi, in pazienti caratterizzati da obesità o sovrappeso, conseguentemente a comportamenti disfunzionali in ambito alimentare.
L'iperglicemia è un deficit nella secrezione dell'insulina e/o la sua azione è ritenuta insufficiente: in tal caso si parla di insulino-resistenza, cioè l'organismo non utilizza l'insulina al fine di abbattere gli alti livelli di glicemia presente nel sangue (American Diabetes Association, ADA, 2015).
Le cause di questa tipologia di diabete non sarebbero esclusivamente di carattere genetico. Contribuiscono in modo significativo fattori, quali:
• alti livelli di stress, persistenti nel tempo, e di talune patologie che andremo a specificare in questa disamina
• stili di vita caratterizzati da sedentarietà, oltre alla già menzionata obesità
I sintomi del DT2 sono in parte simili a quelli del DT1, ma con un' incidenza sicuramente più moderata, come ad esempio ilsentirsi stanchi, l'aver bisogno spesso di urinare sia di giorno che di notte, aver sete e perdere peso (AA.VV., 2002).

**Cenni di diagnosi e terapia**

A livello terapeutico, nei confronti del DM, si può intervenire a seconda della tipologia con somministrazione di insulina, con ipoglicemizzanti orali o antidiabetici[4], con un accurato programma dietetico e con un costante esercizio fisico. La dieta deve essere povera di carboidrati ed essere supportata da sistematico esercizio fisico, per permettere un aumento della sensibilità verso l'insulina in opposizione all'insulinemia (livello di insulina presente nel sangue), che si manifesta quando si è a riposo. In tal modo, l'organismo sarà in grado di raggiungere una buona forma fisica e adeguati livelli nutrizionali.
I farmaci agiscono stimolando le cellule-beta nella loro produzione di insulina, e allo stesso tempo rendono le cellule dei tessuti periferici sensibili a un migliore utilizzo degli zuccheri (Zanussi, 2004).
Questa è una patologia che si invera in modo silente, e l'unico segno che può rendere consapevoli della malattia è rappresentato dal livello glicemico alto, in assenza di altri sintomi. Il paziente potrebbe accorgersi tardi di questa situazione iatrogena, e conseguentemente ciò comporta importanti c o m p l i -

4 Sono farmaci che vengono utilizzati nel caso del diabete mellito di tipo 2 e la loro funzione precipua è quella di abbassare i livelli di glicemia (Dizionario medico, corriere.it).

canze organiche, in primis insufficienza renale e disturbi cardiovascolari (Katon, 2004; Rubin, 2010), e psichiche, relative ad un insieme di disturbi psicopatologici.

Tuttavia, è possibile evitare valori non consoni del livello di glicemia, e ulteriori malattie connesse, in persone con diabete, riconoscendo per tempo la possibilità che nel paziente possano insorgere tendenze o forme depressive di un certo rilievo.
Si possono somministrare importanti questionari, quali: il Questionario per il benessere WHO-5, da somministrare a cadenza annuale, nonché l'ITAS (Insulin Treatment Appraisal Scale) e il Questionario PAID (Problem Areas in Diabetes) molto utili per poter avere un' indicazione per eventuali e possibili *compliance*.
Secondo Bernard Kulzer, responsabile psicologo dell'ospedale di Bad Mergentheim specializzato in diabete, se dovessero emergere da tali somministrazioni problematiche psichiche, allora è necessario intervenire secondo precise linee guida con antidepressivi e/o con terapie che influiscano sul comportamento della persona.
Il paziente diabetico può apprendere fondamentali cognizioni per poter accettare la propria sofferenza, e non abbandonarsi ad uno sterile sconforto. Quindi, dal punto di vista emozionale e cognitivo questo intervento può condurre ad un probabile e significativo miglioramento dello stato metabolico.
Invece, dal punto di vista farmacologico non vi è unanimità sull'utilizzo di specifici antidepressivi triciclici (v. per es. il Notriptylin), che possono cagionare un peggioramento dello stato metabolico del diabetico, così come l'utilizzo di SSRI (v. per es. Fluoxetin e Sertralin), consigliati come primo argine alla patologia, i quali determinano comunque la necessità di tenere sotto controllo l'ipoglicemia, regolando attentamente la terapia a base di insulina.

**Supporto psicologico e l'azione dello psicologo**

Fondamentale è il supporto psicologico, opportunatamente integrato alla dimensione

medica. Se necessario è possibile coinvolgere anche la famiglia e l'ambiente sociale nel quale il paziente è inserito.
Dal punto di vista più strettamente psichico, il DM può determinare l'emergere di disturbi psicopatologici, come già si è accennato sopra, soprattutto a livello di depressione e ansia (Lioyd, 2008). Essi influenzano significativamente la gestione della malattia, per questo motivo è fondamentale l'intervento dello psicologo nella fase concernente la cura medica e farmacologica.
Le dinamiche psicosociali possono indebolire la capacità del paziente di seguire il percorso di cura. Per cui l'intervento deve essere rivolto a far sì che il paziente possa assumere un atteggiamento positivo verso la terapia, e sviluppare efficacemente strategie attive di *coping* (Chew, 2014). In tal modo, il paziente potrebbe rivalutare la malattia non come una minaccia, ma piuttosto come un problema da risolvere. Quindi, l'adattamento alla malattia è conseguente alle strategie che il paziente pone inessere per poter efficacemente affrontare la malattia.
Come si può constatare, già da queste prime considerazioni, la relazione tra psiche e malattia organica è una relazione particolarmente complessa.
La possibile insorgenza di depressione e ansia si manifesta proprio perché mente e corpo sono intimamente connessi tra loro.
Infatti, recentemente uno studio (Roberts et al., 2015) ha posto in evidenza il fatto che nelle persone con disturbo post-traumatico da stress (PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder), prevale maggiormente la patologia organica oggetto di questo contributo.
Tale ricerca è stata realizzata negli USA e portata avanti per circa 22 anni dai ricercatori di due prestigiose istituzioni universitarie come la *Harvard School of Public Health* (Boston) e la *Columbia University* (New York), insieme ai ricercatori del *Brigham and Women's Hospital* (BWH) di Boston, Massachussets.
Essi hanno esaminato nell'arco di quel periodo circa cinquanta mila donne americane, tenendo conto di tutti quegli episodi è possibile ricondurli direttamente al PTSD, eventi traumatici che si sono rivelati connessi all'insorgenza del DT2.
Nelle partecipanti a questa ricerca nel corso del *follow-up*, si è potuto riscontrare che la probabilità di sviluppare successivamente la patologia diabetica è proporzionale alla gravità del disturbo considerato.
Infatti, il rischio di insorgenza della patologia aumenta del 40% se vi sono presenti da 1 a 3 sintomi[5] di PTSD, fino a raggiungere l'80% se i sintomi presenti sono 6 o 7.
Oltre al PTSD anche condizioni di sovrappeso, e l'utilizzo di antidepressivi triciclici[6], relativi al trattamento farmacologico del PTSD, contribuiscono significativamente al rischio sopra accennato.
Rispetto a questo disturbo, altre variabili come per esempio il fumo e l'assunzione di alcolici, generalmente associati al rischio cardiometabolico[7], non dovrebbero incidere nell'insorgenza del diabete.
Tuttavia, per quanto riguarda l'alcol (etanolo), o meglio l'abuso di alcol, vi sono alcuni studiosi che lo annoverano come possibile fattore scatenante del diabete e della depressione. Invece, altre ricerche hanno fatto emergere che un uso moderato di alcol, nel genere maschile, può rappresentare un fattore protettivo dal DT2; mentre l'abuso può rappresentare un fattore scatenante la patologia.
Se si è già riscontrato in un individuo in osservazione il disturbo metabolico, l'abuso di alcol complica ulteriormente lo stato di salute con l'insorgenza di altre patologie come retinopatia e disfunzioni sessuali e le nefropatie diabetiche (Zelmanovitz et al., 2009).
É importante considerare sia il profilo glicometabolico del paziente con PTSD, che il BMI, Body Mass Index (o IMC, Indice di Massa Corporea[8]), se questo risulta maggiore di 25 Kg/m², nel momento in cui si prende in carico il paziente. Ciò è importante se insieme alla terapia antidepressiva si eseguono azioni di prevenzione nell'ambito dell'alimentazione e anche sullo stile di vita adottato dal paziente, nonché il costante monitoraggio del livello glicemico.

Inoltre, dal punto di vista del disagio psicologico del paziente affetto da DM, riveste una certa importanza rafforzare ulteriormente, attraverso la fondamentale azione dello psicologo, le strategie di coping. Ciò è importante al fine di contenere quelle dimensioni riconducibili essenzialmente a paura o timore, oltre alle già menzionate ansia e depressione (Jacobson, 1993). Tali stati psicologici, nel loro insieme, possono determinare ancor più quell'influenza particolarmente negativa nell'attività propriamente di cura della patologia.

**Impatto psicologico con la restituzione di una diagnosi di DM**

Vi è innanzitutto la constatazione, osservata già a partire dagli anni '50 del secolo scorso,

5 Successivamente all'aver vissuto un trauma un paziente può sviluppare un insieme di sintomi intrusivi, cioè non desiderati a livello mentale, quali: flashback (percezioni di rivivere in determinati momenti l'evento traumatico), ricordi/pensieri che possono ancora arrecare spavento al paziente, e incubi relativi l'evento.
6 La terapia farmacologica in questo caso si basa soprattutto sulla somministrazione di antidepressivi della classe degli inibitori del riassorbimento della serotonina (SSRI).

dell'insorgere nel soggetto affetto da DM di *disturbi dell'umore* (cosiddetti subsindromici o sottosoglia).
La sintomatologia depressogena include tristezza, ansia, insonnia, disregolazione del comportamento alimentare, apatia, sensi di colpa, per giungere financo a sentimenti di disperazione e ideazione suicidaria.
Quindi, tali disturbi condizionano anche la cognizione, e insieme alle emozioni viene condizionato a sua volta anche il comportamento.
In particolare, tristezza e sentimenti di disperazione nel paziente determinano non poche preoccupazioni per il suo futuro, insieme alla sensazione di inutilità e incapacità nel gestire il decorso della propria patologia. Come conseguenza il paziente si sentirà demotivato a intraprendere efficacemente la cura, peggiorando in tal modo le sue condizioni fisiche e conducendolo a interpretarle come inutili.
Diventa fondamentale interrompere questo circolo vizioso che si è venuto a creare, per poter migliorare il suo benessere e la sua qualità della vita.
Oltre ai disturbi dell'umore si possono osservare disturbi mentali ancor più gravi come per esempio la schizofrenia; vi sono studi che hanno potuto osservare in particolare anche i disturbi schizoaffettivo e bipolare (Druss et al., 2009). Con la presenza di questi gravi disturbi, il paziente diabetico presenta frequentemente obesità, che può determinare successivamente il rischio di insorgenza del DT2 (insieme ai disturbi cardiovascolari che possono mettere seriamente in pericolo la vita del paziente).
Un importante studio (Fiedorowicz et al., 2008) ha mostrato che il paziente con disturbo bipolare può presentarsi spesso, e allo stesso tempo, con un problema di sovrappeso quando non è obeso, e con sindrome metabolica. Tali pazienti devono essere sollecitati a svolgere attività fisica e a ricevere una consulenza professionale in ambito nutrizionale.
In questa cornice, e soprattutto nei pazienti con disturbi mentali gravi, possono essere consigliati per esempio interventi di tipo comportamentale, che sono utili nel far diminuire il peso corporeo e il BMI. Tali interventi sono utilizzabili in particolare di fronte a sintomi francamente psichiatrici e di fronte alla fragilità dimostrata dall'apparato cognitivo (Daumit et al., 2013).

7 Tale rischio è caratterizzato principalmente dalla condizione di obesità e da almeno altre due condizioni, quali: alterazione del livello di glicemia, alta pressione arteriosa, ipertrigliceridemia o basso colesterolo HDL, mentre da un punto di vista fisiologico questo rischio è caratterizzato da insulino-resistenza (centroibe.com)
8 È quell'indice che pone in rapporto l'altezza con il peso al fine di verificare il peso forma o una situazione di sovrappeso o di obesità.

Quindi, conseguentemente a quanto accennato, l'intervento psicologico è imprescindibile per due motivi:
1. per attivare meccanismi di coping
2. per arginare ansia, paura e senso di perdita del controllo
Il trattamento dei disturbi psicologici è efficace, così come mostra la letteratura, per poter controllare meglio il livello glicemico, e un eventuale incremento dei tassi DT1 e DT2 (ADA, 2014). L'esigenza è quella di migliorare la comprensione e quindi l'apprendimento dei nessi esistenti tra psiche e diabete.

## La psicoterapia e i gruppi esperienziali

La psicoterapia si propone quando paziente e famiglia mostrano chiaramente un disagio, per poterlo elaborare e superare.
Tale trattamento può essere individuale o famigliare, ma può esplicitarsi anche nell'ambito della coppia o di un gruppo, insieme ad altri pazienti o con i propri famigliari.
Per quanto riguarda la psicoterapia individuale vi è la possibilità di apportare dei miglioramenti nell'ambito famigliare a livello di comunicazione e quindi di relazione.
In tal modo, il trattamento opererebbe una ristrutturazione della famiglia relativamente ai ruoli specifici di ognuno e alle loro relazioni per ovviare alle varie difficoltà.
In questo modo si impedisce che meccanismi di difesa possano opporsi all'angoscia, per dotare paziente e famigliari di difese maggiormente adattive.
In generale, si può dire che il trattamento psicoterapeutico diventa intimamente connesso con il trattamento del diabete, e ciò può rappresentare un'opportunità per crescere attraverso strategie di problem solving.
Dei gruppi esperienziali possono usufruire non solo il singolo paziente, ma anche le coppie e i genitori o la famiglia del paziente.
Le soluzioni ai problemi che vengono di volta in volta riferiti possono emergere anche dallo scambio con le altre persone che partecipano a tali gruppi, con la guida di un supervisore.
L'obiettivo precipuo è quello di condurre il gruppo verso la ricerca della soluzione, o delle soluzioni ai vari problemi elicitati, e che possano essere utili per il singolo e per il gruppo nel suo complesso.
La condivisione emotiva tra coloro che partecipano al gruppo rappresenta un fattore fondamentale perché questo possa ritenersi davvero efficace. Col tempo si viene a formare un'importante rete di sostegno e l'abi-

tudine a confrontarsi con gli altri di fronte a momenti critici, evitando in tal modo risposte emotive e sterili.
In generale, si può dire che il supporto psicologico permette al paziente di rielaborare il conflitto, rivalutando il proprio dolore per l'essere malati, integrando la patologia nella propria storia personale e accettandola per aderire positivamente e senza opposizioni al trattamento.

**Studi e ricerche, alcuni cenni**

Alcuni studi clinici compiuti nella popolazione generale hanno confermato la frequenza della depressione nelle persone colpite da malattie croniche come il DM. Ciò potrebbe essere conseguente allo stress dovuto al trattamento della malattia, e quindi relativo alla terapia farmacologica, con effetti diretti per esempio sulle funzioni cognitive (Rotella et. al., 1999).
Per esempio dagli studi compiuti da Lustman e Anderson, nel 2000, si è potuto osservare che i soggetti con DM sviluppano una sindrome depressiva con una probabilità di insorgenza doppia rispetto ai soggetti non diabetici, e ciò cagionerebbe un possibile fallimento nella cura della malattia stessa.
Anche dagli studi di Gonzales e coll., (2008), è emerso che i pazienti diabetici con depressione raggiungono risultati mediocri nella cura della malattia, e in particolare è emerso che la depressione non permette al soggetto di aderire al regime trattamentale. Per esempio non presentandosi agli appuntamenti di controllo con il medico, e attivando per conto proprio un percorso di cura senza la necessaria supervisione da parte del medico curante.
Invece, gli studi di Barnard et al., (2006), hanno mostrato che pazienti con DM, di entrambe le tipologie (1 e 2), sviluppano una depressione nel 15-30% dei casi.

**Altri disturbi psicopatologici**

Il DM, come già si è accennato, determina altri disturbi psicopatologici (Ducat et al., 2014), riconducibili all'ansia, ai *disturbi del comportamento alimentare* (DCA) e *disturbi alimentari*, soprattutto fra le adolescenti e le giovani donne, disturbi che rendono il percorso gestionale della malattia piuttosto complicato (Marcus & Wing, 1990).
Con il DT1 e il DT2 può aumentare considerevolmente il rischio di sviluppare dei DCA, come ad esempio: sovrappeso o obesità, attenzione drastica sulle scelte alimentari con la possibile perdita di scegliere autonomamente il cibo da consumare, e manipolazione del peso corporeo attraverso l'eventuale assunzione o non assunzione di insulina.
Per esempio, uno studio del 2013 condotto da Young e coll., su un campione formato da adolescenti e giovani donne con DT1 e DT2, ha evidenziato come quasi il 52% di esse, soprattutto con DT1, mostravano comportamenti disfunzionali in ambito alimentare, mentre questa percentuale scende al 48% se rapportato ad un campione di pazienti con assenza della patologia in oggetto.
In questo studio la prevalenza di soggetti con disturbi alimentaridefiniti dai criteri del DSM, era del 6.4% nel campione di pazienti con DT1, confrontati con il 3% nel campione di pazienti ma in assenza del diabete. Per misurare questo rapporto gli studiosi hanno opportunamente utilizzato valutazioni che ricomprendevano la presenza della patologia.
L'intervista clinica è stata adattata al fine di valutare propriamente i sintomi in un contesto relativo al trattamento della patologia, e allo stesso tempo è stato utilizzato l'Eating Disorders Examination, EDE (Cooper e Fairburn, 1989).
Secondo Young-Hyman (2012), per poter diagnosticare un disturbo dell'alimentazione o un DCA, la valutazione dovrebbe ricomprendere:
• L'adeguamento alla diagnosi propria della patologia in essere
• Gli aspetti che ricomprendono sia la forma che il peso corporeo
• Le prescrizioni mediche riguardanti l'osservazione di una dieta, soprattutto perdere peso e trattare attentamente l'ipoglicemia
• Utilizzare l'insulina e controllare il glucosio presente nel sangue attraverso opportune cure
• Tenere sotto controllo la produzione di incretina, cioè quella sostanza che condiziona il senso di sazietà
• Controllare possibili comorbidità con la psicopatologia

**Ansia e stress**

Come già detto, anche l'ansia e lo stress non permettendo al paziente il raggiungimento di valori glicemici normali, cagionanoallo stesso una non adeguata aderenza alla cura nel suo complesso.

I genitori dei bambini con DM sono maggiormente sensibili a chiedere un supporto

psicologico, soprattutto nelle prime fasi della malattia del bambino (Ricci Bitti, 2002).
L'ansia porta con sé stanchezza, insonnia e nervosismo, e come la depressione può determinare ulteriori problematiche di non poco conto nello svolgimento trattamentale della malattia.
Inoltre, la patologia in oggetto contribuisce ad acuire nel paziente serie problematiche relative al controllo, nel senso che il paziente può incorrere in reali difficoltà al fine di adattarsi alle regole, e a controllare taluni aspetti specifici del proprio sé.
In tal senso, il sostegno psicologico si dovrà concentrare su queste difficoltà evidenziate dal paziente (Skinner et al., 2005).
Vi sono pazienti abituati da sempre ad avere ogni cosa sotto il loro controllo, e proprio per questo motivo essi hanno importanti difficoltà a delegare la cura e la propria salute all'equipe sanitaria. L'impossibilità di controllare il proprio stato di salute, dovuto essenzialmente alle continue e imprevedibili oscillazioni della glicemia, per taluni pazienti è davvero una situazione difficile da accettare (Ricci Bitti, 2002). Sono pazienti che hanno bisogno di ricevere informazioni, di sapere che cosa gli sta accadendo, e di essere rassicurati sul fatto che possono controllare la situazione, ma allo stesso tempo devono essere aiutati ad accettare che non sempre ciò è possibile.
È importante anche l'aspetto relativo alla dipendenza del paziente per esempio da medici e infermieri, ma anche la loro dipendenza dal farmaco che dovranno assumere per sempre: ciò vale soprattutto per quei pazienti che sono insulino-dipendenti.
Al contrario, vi possono essere pazienti che invece hanno difficoltà a gestire la malattia da soli, ed è per questo che richiedono un sostegno psicologico professionale, ovvero una supervisione alla loro delicata condizione patogena (Ibidem).
A fronte di questa richiesta è fondamentale prendere in considerazione pensieri ed emozioni, insieme ai comportamenti manifestati da questi pazienti. È importante aiutarli a comprendere che tali dimensioni si influenzano vicendevolmente, anche se spesso essi non ne hanno la consapevolezza.
Quando si prendono in considerazione i pensieri e le emozioni spesso affiorano in superficie sentimenti di rabbia. Questa rabbia si rivolge contro la malattia che è percepita alla stregua di un nemico da combattere, ma che non potrà mai essere sconfitto.
L'elemento significativo dell'intervento psicologico, sul paziente con DM, prende corpo nel momento in cui il nemico invincibile pensato dal paziente viene trasformato in un elemento che fa parte del sé del paziente, un elemento col quale egli dovrà convivere. Inoltre, la rabbia si riconnette anche al pensiero attraverso il quale il paziente ritiene di aver subito un danno ed emerge inconsapevolmente un bisogno di risarcimento per il danno subito.

**Il ruolo di educatore dello psicologo**

Lo psicologo deve assumere anche un ruolo di educatore nei confronti del paziente (Pellai, 2002). Ciò significa che il diabetico deve necessariamente imparare a convivere con la patologia e far sì che egli aderisca agli obiettivi clinici relativi alla terapia e alla prevenzione di eventuali complicazioni nel decorso della malattia.
In tal modo, lo psicologo interviene positivamente non solo nei confronti del paziente, ma anche nei confronti degli operatori dell'equipe sanitaria delle strutture dedicate, con i quali lavora in sinergia, e ai quali rammenta costantemente l'importanza di tenere conto anche dei risvolti psicologici dei pazienti che hanno in cura.
È altrettanto fondamentale che nell'approccio terapeutico, tra l'equipe curante, medici di medicina generale, medici specialisti, podologi, infermieri ed educatori e il paziente, si manifesti con chiarezza l'alleanza terapeutica (Ferraresi et al., 2006).
Tale alleanza si esplicita con l'instaurarsi di importanti e significative relazioni umane: innanzitutto con il paziente, ma anche con i caregiver/famigliari e tutte quelle figure professionali e con le quali per lui è consuetudine rapportarsi.
È d'uopo considerare l'adesione al trattamento da parte del paziente fulcro dell'intervento psicologico, essendo di per sedecisivo per il prosieguo della cura. Strutturare una buona motivazione, co-costruendola insieme al paziente, permette l'adesione ad una piena strategia terapeutica; ogni operatore sanitario, nella propria specificità professionale, deve essere in grado di motivare il paziente alla cura.
L'elemento che maggiormente influisce nella relazione tra equipe curante e paziente è proprio lo stile comunicativo utilizzato che deve essere aperto, empatico e non giudicante.
Inoltre, essere in grado di ascoltare realmente il paziente comprendendone i vissuti è altrettanto fondamentale per una cura efficace ed efficiente.
L'intervento dello psicologo è quello di valutare attentamente i bisogni del paziente e assisterlo nel momento in cui il trattamento

di cura ha inizio, insieme alla prevenzione di eventuali complicazioni.
Tale intervento deve agire su:
• Autocontrollo o autogestione del paziente
• Self-empowerment
• Self-efficacy
L'autocontrollo è la capacità del paziente di misurare importanti parametri riguardanti la glicemia capillare, la chetonemia, la chetonuria e la glicosuria.
La self-efficacy è la capacità del paziente di intervenire su quegli eventi della sua esistenza che lo potrebbero condizionare in un modo o nell'altro (Zani e Cicognani, 2000), e nel caso del diabetico di rinforzare la sua adesione alla terapia.
L'empowerment ha l'obiettivo di dotare il paziente, e l'individuo in generale, di una maggiore self-efficacy (Francescato et al., 2007).
Un altro fattore molto importante da valutare è il livello di autostima in un paziente diabetico, perché essa può influenzare specifici aspetti psicologi connessi alla patologia. Quando il paziente raggiunge gli obiettivi che sono contemplati nella terapia, allora egli si sente particolarmente rafforzato nella sua autostima, soprattutto se lo rapporta ad un cambiamento determinato dal suo stesso comportamento.
Tuttavia, se gli obiettivi non sono realistici o non concordati con l'equipe sanitaria può subentrare nel paziente un certo grado di frustrazione, che può sfociare in pensieri (e atteggiamenti) auto-svalutativi.
Invece, eccessivi livelli di autostima di un paziente possono costituire un ostacolo alla comprensione della malattia, la quale rappresenta una vera e propria ferita narcisistica. È con l'empowerment che il paziente con DM prende consapevolezza del suo ruolo nel percorso di cura, nel quale egli ha l'obiettivo specifico di raggiungere l'autonomia.
Lo psicologo e il medico insieme devono individuare, ciascuno nella propria professionalità, le strategie terapeutiche che tengono conto delle problematiche organiche e di quelle dinamiche proprie della psiche. Ciò è possibile realizzarlo per esempio su quegli interventi che sono seguiti sia dal medico che dallo psicologo, e sulle modalità per organizzare il lavoro all'interno della struttura preposta.
L'intervento dello psicologo viene effettuato anche verso il personale infermieristico, nel senso che vengono fornite considerazioni psicologiche utili per gestire le difficoltà che possono emergere nell'interazione con i pazienti. Quindi, si dotano gli infermieri di importanti competenze relazionali fondate sull'empatia, sul recepimento dei bisogni del paziente. La funzione dell'infermiere è quella di identificare il *locus of control* esterno del paziente, e aiutarlo a fargli acquisire l'autocontrollo, la percezione che lui può controllare la sua vita (Trento et al., 2006). Un'altra funzione propria dell'infermiere è quella di aiutare il paziente ad una sua gestione autonoma, e coinvolgere la famiglia e il sociale intorno a lui (Macrodimitris & Enler, 2001).
Quando si è in presenza di disfunzioni del comportamento alimentare, lo psicologo deve intervenire anche nei confronti del dietologo relativamente a tutte quelle problematiche attinenti al suddetto comportamento. L'intervento si esplicita con la partecipazione dello psicologo ai colloqui psico-educazionali sul regime alimentare del paziente.
Con lo sviluppo di un coping non solo attivo ma anche efficace, il paziente non vede più la sua malattia come una minaccia, ma piuttosto come un problema che deve essere affrontato a viso aperto. Le strategie di coping devono essere esplicitate per poter raggiungere gli obiettivi suoi e quelli concordati con l'equipe sanitaria.
Quando lo psicologo interviene deve essere consapevole del tipo di conflitto che pervade il paziente, come delle sue problematiche sia interne che esterne, del suo rapporto con il cibo, delle sue modalità relative al controllo, della sua dipendenza, della sua rabbia, della sua gestione di pensieri ed emozioni, del suo comportamento e del suo possibile non volersi curare.

## Conclusioni

Il paziente diabetico deve attivarsi e aderire ad uno specifico percorso terapeutico, adattando la propria persona a nuove modalità comportamentali per arginare l'ansia e le reazioni emotive disfunzionali.
Così, egli è in grado innanzitutto di gestire positivamente la patologia e di tollerare, attraverso la sua accettazione, i sintomi che la caratterizzano. Dall'integrazione del paziente con l'ambiente dipende in gran parte il suo adattamento al diabete.
Il diabete, quando si manifesta, assume un determinato ruolo in una qualunque fase della vita del paziente, e con l'insorgenza della malattia si ha una riduzione della propria autostima, che si ripercuote nelle varie sfere d'azione del paziente: sociale, familiare e lavorativa.
Quindi, porre in relazione la patologia diabetica con le diversificate interazioni con il

mondo circostante significa accettare le conseguenti modifiche al modus vivendi dell'individuo.
Anche il team di operatori sanitari svolge un ruolo fondamentale, nel senso che essi non dovrebbero mai perdere di vista la sfera psicosociale del paziente caratterizzata da paure, timori, ansie e forti preoccupazioni.
L'educazione terapeutica e la relazione paziente-operatore del team, con la supervisione e l'intervento diretto e professionale dello psicologo, devono caratterizzare la già accennata alleanza terapeutica, al fine di supportare e confortare il paziente nella sua dimensione psicologica e sociale.
Una relazione efficace dal punto di vista comunicativo tra paziente e team permette di agevolare il miglioramento dei parametri fisiologici della patologia, in primis la glicemia, ma soprattutto il miglioramento della sfera emotiva e della qualità della vita.

I rapporti alquanto problematici tra la condizione del diabetico, soprattutto quello DT1, e l'intervento terapeutico nei confronti della malattia, secondo la stessa ADA (American Diabetes Association), implicano da subito una valutazione psicologica. Tale valutazione non deve limitarsi all'osservazione del paziente nel suo atteggiamento nei confronti del diabete, ma essa deve esplicitarsi in particolare sulle aspettative relative alla cura della patologia, sulla sua evoluzione, sugli affetti e l'umore che lo pervade, sulle sue preoccupazioni emozionali e sulle ricadute sociali.
Un'accurata valutazione deve concentrarsi necessariamente sulle problematiche psicosociali come depressione, disturbi alimentari, scarsa rispondenza sul versante cognitivo quando l'adesione al trattamento è deficitaria.
Sono fondamentali le competenze di ogni membro dell'equipe sanitaria, il cui apporto professionale deve essere considerato irrinunciabile e dove la valutazione e il sostegno psicologico per il benessere psichico diventa essenziale nei piani di cura della malattia.

È molto importante considerare il fatto che il diabetico si trova di fronte ad una realtà che lo fa sentire diverso dagli altri e solo.
Egli ha difficoltà ad accettare il fatto che è ammalato ed ha reazioni emotive tali da poter influenzare seriamente il modo con cui gestisce la malattia e la stessa adesione alla terapia.
Insorge nel paziente un alto livello di stress a partire dal momento in cui gli viene comunicata la diagnosi, e ancor più con le successive complicanze dovute alla cronicità della malattia. Il comportamento che il paziente deve assumere con l'introduzione della terapia va ad incidere nei vari ambiti in cui egli vive quotidianamente, per esempio lo studio, il lavoro, gli amici e le abitudini alimentari.
In tal modo, si vengono a generare delle reazioni emotive in opposizione allo stress, come ansia e depressione.
Poi, il diabetico attraversa determinate fasi: lo shock e il rifiuto di accettare una malattia che lo accompagnerà per tutta la vita; l'impotenza e la collera.
Il paziente gradualmente si isola e riduce sempre più la sua partecipazione verso l'esterno del suo mondo, e così si convince che è diverso rispetto agli altri e teme di dare fastidio se trova un interlocutore con il quale aprirsi.
Egli cerca di minimizzare il suo problema di salute, magari rimuoverlo per poterlo meglio sopportare.
L'ambiente sociale e familiare nel quale il paziente si manifesta può sostenerlo aiutandolo ad adattarsi alla malattia, ma può anche al contrario destabilizzarlo se tale ambiente si limita a comunicare con lui attraverso la sua parte malata, e dalla quale non può che prendere forma un'immagine distorta che non permette l'integrazione del diabetico. Tale ambiente può determinare nel paziente anche una riduzione dell'autostima, soprattutto nel conflitto tra l'immagine che il paziente ha di sé e l'immagine che vorrebbe avere. La conseguenza più diretta è quella dell'isolamento sociale con importanti aspetti di esclusione ed emarginazione.
La risposta che riceve il paziente dall'ambiente, che rappresenta il suo punto di riferimento, è importante dal punto di vista qualitativo per far sì che egli possa poi rispondere positivamente all'adattamento alla patologia e al decorso della stessa.
In ogni caso con l'insorgere della patologia il paziente si crea una nuova immagine corporea diversa da quella che aveva precedentemente; quindi egli opera riconfigurando una sua nuova immagine che ricomprende sia la dimensione fisica che quella psichica.
Con il persistere dell'isolamento, l'esclusione e l'emarginazione del paziente si consolidano nel tempo.
Il trattamento avrà un esito positivo quando il paziente riuscirà a mediare le sue esigenze di fronte alle limitazioni che gli verranno imposte; è proprio in questa fase, quella della mediazione, che l'attenzione agli aspetti psicosociali del paziente assumeranno un ruolo decisivo per il buon andamento della

**Bibliografia**

AA.VV. (2002) *Dizionario dei sintomi*, Novara: Boroli Editore.
American Diabetes Association, (2014). *Diabetes Care*, 37 (1),14-80.
American Diabetes Association, (2015). *Diabetes Care*, 38(1)1-2.
Anderson, K.N. (a cura di). (1999). *Dizionario medico enciclopedico*. Padova: Piccin Nuova Libraria.
Barnard, K.D., Skinner, T.C. & Peveler, R. (2006). The Prevalence of Co-Morbid Depression in Adults with Type 1 Diabetes: Systematic Literature Review. *Diabet Med.*, 23(4), 445-448. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01814.x
Cannon, W.B. (1959). *Le esperienze di uno scienziato nel campo delle indagini mediche*. Milano: Bompiani.
Chew, B.H., Shariff-Ghazali, S. & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *Wold J Diabetes*, 5(6), 796–808.doi: 10.4239/wjd.v5.i6.796
Dall'Olio, G. (2007). Diabete e Laboratorio nell'Ottocento. Il "paraglucoso". *RIMEL- IJLaM*, 3 (3), 218-221. https://www.sipmel.it/it/riviste/articolo.php/2203
Daumit, G. L., Dickerson, F. B. & Wang, N-Y. (2013). A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness. N Engl J Med, 368,1594-1602. DOI: 10.1056/NEJMoa1214530
Druss, B.G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N.A., Wang, P.S. & Kessler, R.C. (2009). Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry, *14 (7)*, 728-37. doi: 10.1038/mp.2008.13. Epub 2008 Feb 19.
Ducat, L., Philipson, L.H. & Anderson, B.J. (2014). The Mental Comorbidities of Diabetes. *JAMA, 20, 312(7)*, 691-2. doi:10.1001/jama.2014.8040
English, A. & Sills, M. (1998). *Fattori psicologici, stimmate e conseguenze familiari*. In Court, S. & Lamb, B. *Il diabete nell'infanzia e adolescenza*. Roma: Guidotti Editore.
Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Cooper, P. J. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812. DOI: 10.1192/bjp.154.6.807
Ferraresi, A., Gaiani, R. & Manfredini, M. (2006). *Educazione terapeutica: Metodologia e applicazioni*. Roma: Carocci.
Fiedorowicz, J. G., Palagummi, N. M., Forman-Hoffman, V. L., Miller, D. D. & Haynes, W. G. (2008). Elevated prevalence of obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk factors in bipolar disorder. Ann Clin Psychiatry, 20, 131-137. http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10401230802177722
Francescato, D., Tomai, M. & Ghirelli, G. (2007). *Fondamenti di psicologia di comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci.
Gonzales, J., Safren, S.A., Cagliero, E., Wexler, D.J., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M.A., Meigs, J.B. & Grant, R.W. (2008). Depression, self-care and medication adherence in type 2 diabetes. *Diabets Care, 31(12)*, 2398-2403. doi.org/10.2337/dc07-0158
Jacobson, A.M. (1993). Depression and diabetes. *Diabetes Care, 16*, 1621-1623. doi.org/10.2337/diacare.27.9.2154
Kübler-Ross, E. (2013). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
Lacroix, A. & Assal, J. P. (2005). *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
Lioyd, C. (2008). The effects of Diabetes on depression and depression on diabetes, *Diabetes Voice, 53(1)*, 23-26. http://oro.open.ac.uk/id/eprint/11673
Lustman, P. J. &Anderson, R. J. (2000). Depression and poor glicemic control – A meta-analitic review of the literature. *Diabetes Care, 23(7)*, 934-42. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/23/7/934.full.pdf
Macrodimitris, S. D. & Endler, N. S. (2001). Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes, *Health Psychol., 20(3)*, 208-16. doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.208
Mangiarotti, G. (1981). *Lineamenti di biologia. Dai geni agli organismi*. Torino: UTET.
Marcus, M. D. & Wing, R. R. (1990). *Eating disorders and diabetes*. In Holmes, C.S. (ed.). *Neuropsychological and Behavioral of Diabetes*. New York, Springer-Verlag, 102-121.
Musacchio, N., Arcangeli. A., Cavallo. M. R., Giancaterini, A., Noto, G. & Orlandini, D. (2007). *I profili di assistenza per le malattie croniche: il modello Diabete Mellito*. AMD, Edizioni Springer.
Panigatti, R. (2003). *I sintomi parlano*. Milano: TEA.

Pellai, A. (2002). *Educazione sanitaria. Principi modelli, strategie*. Milano: Franco Angeli.
Ricci Bitti, P.E. (1977). Aspetti psicologici del giovane diabetico con particolare riferimento alle dinamiche intrafamiliari. *Giornale di Clinica Medica*, 58, 197-204.
Roberts, A. L., Agnew-Blais, J.C., Spiegelman, D., Kubzansky, L.D., Mason, S.M., Galea, S., Hu, B.F., Edwards, J.W.R. & Koenen, K.C. (2015). Post traumatic Stress Disorder and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus in a Sample of Women: A 22-Year Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 203-10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2632
Rotella, C. M., Mannucci, E. & Cresci, B. (1999). *Il diabete mellito. Criteri diagnostici e terapia: un aggiornamento*. Firenze: SEE Editrice.
Selye, H. (1956). *Stress senza paura*. Milano: Rizzoli.
Skinner, T. C., Davies, M. J., Farooqi, A. M., Jarvis, J., Tringham, J. R. & Khunti, K. (2005). Diabetes screening anxiety and beliefs, *Diabet Med., 22(11),*1497-502. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2005.01680.x
Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link?. *Diabetes Care, 23(10),* 1556-62.
Trento, M., Passera, P., Miselli, V., Bajardi, M., Borgo, E., Tomelini, M., Tomalino, M., Cavallo, F. & Porta, M. (2006). Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long-term management by group care. *Diabetes Metab., 32(1),* 77-81.
Young-Hyman, D. & Peyrot, M. (Edt) (2012). *Psychosocial Care of People with Diabetes*. Alexandria, VA, American Diabetes Association.
Zani, B. & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.
Zanussi, C. (2004). *Terapia medica pratica*. Torino: UTET.
Zelmanovitz, T., Gerchman, F. & Balthazar, A. P., (2009). Diabetic nepphropathy, *Diabetol Metab Syndr, 21 (1),* 10.

Dott.ssa Susanna Basile



Psicologo clinico, counselor sessuologico (ISC di Roma) e specializzando in psicoterapia funzionale presso la S.E.F. di Catania, laurea v.o. Esperto di processi di formazione, laurea magistrale in Scienze filosofiche, conduttore di Esercizi Bioenergetici (S.I.A.B. Roma), master triennale Scuola di teatro Alcatraz (Gubbio) con Dario Fo e Franca Rame, master triennale Scuola di Recitazione Sardo/Cappelli di indirizzo Grotoskiano a Catania. Mi occupo da oltre 10 anni di formazione per adulti attraverso l'uso della movie therapy e theater therapy cioè l'utilizzo di film e del teatro come supporto alla terapia psicologica. Ho in programma diversi spettacoli/conferenze sul benessere sessuale. Ho pubblicato la mia ricerca sulla movie therapy con Franco Angeli nella rivista *Sessuologia Clinica* supplemento giugno 2016, e sulla rivista scientifica *The Journal of Sexual Medicine* ISSM maggio 2017 in occasione del 23° convegno mondiale di WAS e partecipato a diversi convegni con i lavori sul film Nymphomaniac di Trier e Lolita di Kubrick. Ha partecipato allo spettacolo *Studio di carne da macello* in coproduzione con il Teatro Stabile di Catania e il Banned Theatre come professionista psicosessuologa autrice e attrice. Lo spettacolo è stato premiato per l'importante valenza sociale ed educativa nel raccontare con emozione la cruda realtà del femminicidio e della violenza di genere durante la manifestazione "Canalicchio sotto le stelle" tenutasi a Tremestieri Etneo. A novembre inizierà un progetto teatrale intitolato Psicologia dei Miti Greci. Sono vicepresidente di una casa editrice scientifica work in progress.

# Cinema-terapia: dipendenza sessuale e il film Nymphomaniac di Lars Von Trier

Susanna Basile[1]

*L'uso dei film come utile supplemento alla terapia è stato documentato in letteratura, in diverse modalità terapeutiche (individuale, familiare, di gruppo) e in numerosi orientamenti teorici (psicanalitico, psicodinamico, cognitivo-comportamentale, umanistico, sistemico-relazionale, funzionale). Il film Nymphomaniac per la sua tematica e la sua conformazione in otto capitoli offre al/ai paziente/i una maggiore comprensione della vita di relazione, esaminando temi che riguardano la vita interiore, riconoscendo e ritrovando in se stesso abilità come problem-solving, coping, mirroring e trasformazione della relazione. Il film è diviso in due volumi: I volume che illustra la storia di Joe, la quale si definisce una ninfomane. La donna racconta la sua vita dall'infanzia fino alla giovinezza ad un professore in pensione di nome Seligman. Il II Volume si occupa della seconda parte della vita di Jo, fino alla maturità e di tutte le complicazioni derivate dal suo "cattivo" comportamento. Il film ha una narrazione a flashback senza rispettare necessariamente una cronologia. Dopo una breve introduzione del terapeuta il film viene proiettato e a seguito avviata la dinamica di gruppo con discussione suggerita dagli stimoli dello stesso. La visione del film durante il setting*
*terapeutico ha incentivato le riflessioni personali da parte dei pazienti affetti da dipendenza sessuale,*
*affettiva, pornografia, cyber-pornografia, anoressia sessuale. Gli indicatori psicologici emersi all'interno del gruppo dopo la visione del film sono stati: autodeterminazione, solitudine, disperazione, seduzione manipolativa, dolore, piacere, anticonformismo, parità sessuale, ipersessualità, dipendenza, monogamia, promiscuità, religiosità, blasfemia, senso di colpa, vergo-*



## Perché Nymphomaniac?

Da diversi decenni sia in Europa che negli Stati Uniti esiste la cinema-terapia (o la movie-teraphy) che viene utilizzata come valido strumento parallelo ad una terapia psicologica. Spesso le donne che si presentano al terapeuta con situazioni di dipendenza affettiva o love-addiction, nascondono una non dichiarata dipendenza sessuale per questioni sociali caratteriali definite dalla cultura vigente: "ciò di cui non si può dire né tanto meno pensare" (Guerreschi, 2015).
Infatti nel 2012 la terapeuta Paola Hall condusse una ricerca in Inghilterra nella quale il 25% delle pazienti affette da dipendenza sessuale erano donne e il 60% di queste non aveva mai chiesto aiuto per tale problema. È evidente che la paura dello stigma sociale è ancora viva e condiziona anche il fatto che le donne si presentino all'attenzione dei clinici più come *love addicted* che come *sex addicted* preferendo focalizzare l'attenzione sul lato relazionale del sesso (50% donne versus 13% degli uomini) rispetto all'atto sessuale in sé (Hall, 2013).
L'utilizzo di un film dove in luogo della dipendenza affettiva (o dipendenza dalla relazione) viene utilizzata in maniera così esplicita la dipendenza sessuale femminile (anche il titolo del film rappresenta un'etichetta dura a morire nel linguaggio gergale popolare, anche se la comunità psichiatrica del DSM-5 ha eliminato i termini *ninfomania* per la donna e *satiriasi* per l'uomo) sicuramente ha un forte impatto sulle pazienti. Il gruppo delle pazienti che visionavano il film erano affette da dipendenze eterogenee: affettiva, sessuale, cibo, shopping, droghe, alcool, gioco. Il ritrovarsi sul grande schermo con tutte le implicazioni del caso di fronte a un vissuto caratterizzato dalla "ricerca del piacere per il piacere" senza connotazioni sentimentali, poneva la paziente,

1 Psicologo clinico, specializzando in Sessuologia clinica e Psicoterapia funzionale, movie-trainer laureato in Scienze Filosofiche

magari in maniera estrema, a rispecchiarsi rispetto ad una libertà di costumi esente da sensi di colpa e vergogna. Il regista Lars Von Trier utilizzando magistralmente la storia di Joe, la protagonista di Nymphomaniac, ci illustra quali sono i presupposti, per cui una donna diventa una "ninfomane" e quali sono i limiti per cui si passi da una sessualità feconda e viva ad una dipendenza da comportamento. In realtà cambia la sostanza o il comportamento dal quale si è dipendenti ma "il sintomo della dipendenza fondamentalmente è determinato da una mancanza che diventa compensazione" (Caretti, La Barbera, 2005).
Alcune caratteristiche familiari di coloro i quali hanno sviluppato in seguito una dipendenza affettiva e/o sessuale sono (Norwood, 1985):
- Famiglie in cui i bisogni emotivi non vengono riconosciuti. Il bisogno di affetto e amore vengono trascurati, ma cosa più invalidante, vengono ignorate le percezioni e i sentimenti dell'individuo fin dall'infanzia, il quale di conseguenza tende ad adattare le sue percezioni a quello che gli viene detto dalle sue figure di riferimento. Gli esiti sono la perdita della fiducia in sé stesso/a e nelle proprie percezioni, che da adulti comporta l'incapacità di discernere tra le situazioni e/o le persone che possono arrecare danno.
- Presenza di violenza tra i genitori e/o tra genitori e figli.
- Comportamento sessuale scorretto da parte di un genitore verso una bambina o un bambino, che può andare dalla seduttività fino all'abuso sessuale.
- Presenza costante di litigi e tensioni.
- Lunghi periodi di tempo in cui i genitori rifiutano di parlarsi tra loro.
- Un genitore incapace di avere rapporti normali con altri membri della famiglia e che li evita di proposito, dando loro la colpa del suo isolamento.
- Abuso di alcol o di altre droghe.
- Genitori in competizione tra loro o con i loro figli.
- Comportamenti compulsivi, bisogno irresistibile di continuare a mangiare, lavorare, pulire, giocare d'azzardo, spendere, ecc. Questi comportamenti coatti sono come droghe, processi patologici progressivi; tra i molti effetti dannosi, distruggono e impediscono contatti sinceri e intimità nella famiglia.
- Genitori che hanno atteggiamenti o valori conflittuali o manifestano comportamenti contraddittori l'uno in competizione con l'altra per ottenere la complicità dei bambini.
- Estrema severità in fatto di denaro, religione, lavoro, uso del tempo, manifestazioni di affetto, sesso, politica ecc. Una qualsiasi di queste ossessioni può precludere i contatti e l'intimità, perché non si dà importanza ai rapporti, ma all'obbedienza alle regole.

Le famiglie disturbate possono avere problemi diversi, ma tutte hanno in comune un effetto sui figli: sono tutti bambini in qualche modo sminuiti nella loro capacità di comprendere i sentimenti propri e altrui e di mettersi in relazione con gli altri.
Dall'introduzione del testo *Donne che amano troppo* (Norwood, 1985): *"Se mai vi è capitato di essere ossessionate da un uomo, forse vi è venuto il sospetto che alla radice della vostra ossessione non ci fosse l'amore, ma la paura; noi che amiamo in modo ossessivo siamo piene di paura: paura di restare sole, paura di non essere degne di amore e di considerazione, paura di essere ignorate, o abbandonate, o annichilite. Offriamo il nostro amore con la speranza assurda che l'uomo della nostra ossessione ci protegga dalle nostre paure; invece le paure e le ossessioni si approfondiscono, finché offrire amore nella speranza di essere ricambiate diventa la costante di tutta la nostra vita. E, poiché la nostra strategia non funziona, riproviamo, amiamo ancora di più. Amiamo troppo."*

**Cinema e terapia, la scuola italiana**

In Italia le prime esperienze di visione di un film con relativo lavoro psicologico risalgono alla fine degli anni 60. In *Cinema d'arte, alienazione e psicoterapia* Max Beluffi (1969) descrive un'indagine, svolta nel reparto psichiatrico di un ospedale, con dei pazienti psicotici riuniti per una psicoterapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale, i quali, dopo aver assistito alla proiezione di alcuni film, venivano invitati a discutere in gruppo i contenuti di ciò che avevano visto. Il cinema è qui considerato un'arte del tutto particolare, che possiede dimensioni speciali, in grado di sollecitare la ricostruzione del tempo interiore, che nel soggetto psicotico, in quanto alienato, viene a mancare. Per Beluffi il cinema è in grado di stimolare le giuste "sollecitazioni immaginifiche" in un gruppo di psicotici. Esso dunque oltre a dare un buon esempio della dimensione creativa partecipativa collettiva, offre anche quei "contenuti stilistico-formali della catarsi rappresentativa" utilizzabili in una situazione in cui esiste una psicopatologia dell'espressione; ciò è possibile attraverso l'interpretazione da parte dei componenti del gruppo del film visto, con

una discussione nel gruppo di psicotici, la cui caratteristica principale è l'alienità (Giusti, Cinti, 2008). L'alienità rappresenta uno degli ostacoli principali della dinamica di gruppi psicotici, intendendo per alienità: "quella condizione umana peculiare per cui il soggetto psicotico si rivela incapace di sviluppare un autentico processo esperienziale nella cognizione degli eventi. Questo modo di esistere comporta estraneità rispetto a se stessi e agli altri". (Ibidem). Quindi il lasciar parlare il gruppo "con le sue parole" per descrivere un film consente di sperimentare nuove possibilità rivelatrici del linguaggio, che permettono al messaggio comunicativo di esistere e di essere condiviso (Argentieri, Sapori, 1988). Assistiamo ad una vera e propria "presa emotivo-partecipazionale della situazione cinematografica nel suo complesso" che secondo Morin (1982) è legata ad un insieme di fattori eccitatori che includono anche una partecipazione affettiva, quali ad esempio quelli legati alle risorse tecniche del cinema: la mobilità della camera, la successione dei piani, l'accelerazione, il rallentamento e la rottura del tempo, l'illuminazione e diversi altri fattori. Infine è possibile individuare un potenziale magico nella fluidità dello scorrere delle immagini in cui tempo e spazio vengono evocati, suggeriti, trasferiti nuovamente attraverso la sfera del sensibile e percettiva. Grazie al rilassamento para-onirico, le normali difese psicologiche comunque legate ad una dimensione spazio-temporale tipica della normale esperienza umana, vengono abbassate in virtù dell'evocazione di una nuova dimensione spazio-temporale.

### ***La Cinelogia, il cinema e l'inconscio*** **di Meneghetti**

Negli anni '80 è stato Meneghetti nel suo testo *Cinelogia*: *il cinema e l'inconscio* (1980) a proporre l'utilizzo delle pellicole cinematografiche, non in un ambito psichiatrico, ma in quello dello sviluppo esistenziale professionale. L'approccio della *cinelogia* è di tipo psicologico e psicosociologico sulle linee guida di un modello integrato a matrice umanistico/esistenziale. Il lavoro si struttura sia attraverso interventi di pura psicoterapia che per gruppi di formazione di diversa tipologia. Il film viene scelto dal conduttore del gruppo sulla base della tematica che vuole approfondire e delle specifiche finalità cliniche o formative perseguite. Prima della proiezione del film nel gruppo il conduttore "ambienta" i partecipanti e contestualizza la visione, fornendo alcune indicazioni per la lettura del film. La discussione di gruppo avviene appena conclusa la proiezione. Lo scopo non è quello di fare cultura o analisi semiologica del film, quanto quello di verificare la capacità dei presenti di leggere in modo obiettivo la realtà interiore ed esteriore, e di individuare quali eventuali ostacoli di ordine mentale, emotivo e relazionale impediscono una razionalità adeguata e la conseguente riuscita della propria vita (Ibidem).

L'utilizzo del film nella psicoterapia è indipendente dall'approccio psicoterapeutico utilizzato. Sebbene le prime indagini sul cinema dal punto di vista psicologico siano state fondamentalmente di tipo psicoanalitico, nel caso della psicoterapia per l'adozione del film nel trattamento dei pazienti non ci sono state discriminazioni. Che sia di indirizzo psicodinamico, o cognitivista, o comportamentista, o sistemico, o funzionale (e non si citano tutti i modelli), lo psicoterapeuta può utilizzare il film in combinazione con i concetti e le modalità proprie del suo approccio. La cinelogia è un particolare metodo di interpretazione, a scopo introiettivo, del mondo delle immagini filmiche, che le immagini non siano mai neutre e che procurino emozioni a chi le osserva. Risulta quindi importante l'analisi delle dinamiche emotive attivate nello spettatore dall'impressione e dal contatto con immagini in scorrimento durante la proiezione di un film. L'idea di Meneghetti è che tutta la conoscenza dell'individuo sia basata sul meccanismo della proiezione: la realtà è in un modo, ma lo spettatore la registra e la vive secondo i propri modelli mentali. Di fatto raramente la coscienza coincide con il reale oggettivo, con conseguente sottrazione di funzionalità operativa per il soggetto. Attraverso la cinelogia, lo spettatore prende coscienza del proprio mondo interiore e della propria emozione e trova quindi un metro di confronto per il rivelarsi a se stesso. Generalmente si proietta un film la cui trama rappresenta uno spaccato di vita, quindi si passa all'esposizione, da parte dei partecipanti, del vissuto emotivo e delle riflessioni critico/esistenziali sperimentate durante la proiezione del film. Infine, si conclude con l'analisi e la verifica della funzionalità dei rispettivi modi di utilizzo del pensiero e delle emozioni da parte di un esperto di tale metodica (Meneghetti 1980).

Gli obiettivi e gli effetti della cinelogia sono i seguenti:

- portare il soggetto partecipante ad un'esatta comprensione di se stesso e di conseguenza ad una maggiore comprensione della realtà in cui vive. Le sue scelte e i suoi modelli mentali contribuiscono in

modo determinante a costruire la sua storia
- stimolare nel partecipante una riflessione critica su tante situazioni date per scontate affinché sia possibile un miglioramento esistenziale ed una conseguente attivazione dell'intelligenza pratica operativa
- permettere al partecipante di acquisire una sempre maggiore consapevolezza della realtà oggettiva dei fatti, ed una maturazione critica sui ruoli e sulle ideologie che caratterizzano stabilmente individui e società.

**Altre esperienze di cinema e terapia**

In Italia, le esperienze più recenti di cinema e terapia sono legate ai lavori di:
- E. Sogaro, dell'Istituto di Neuroscienze di Firenze
- S. Argentieri, didatta dell'Associazione Italiana di Psicanalisi e dell'International Psycho-analytical Association
- V. Mastronardi, dell'Università "La Sapienza" di Roma
- F. Marcolongo di Genova
- I. Senatore e L. Ravasi Bellocchio per quanto riguarda il legame tra cinema e psicanalisi (cinematerapia analitica)
- G. Ciappina dell'Istituto "Solaris" di Roma
- R.M. Lombardo in Sicilia, uso della T.E.E.F. (tecnica di educazione alle emozioni con i film)



Mastronardi (2005) psichiatra e criminologo clinico presso la Sapienza, utilizza da tempo la cinematerapia e ha catalogato i film in base alle problematiche e alle particolari fasi della vita; ha stilato degli elementi basati sui contenuti emotivi, una sorta di guida per chi vuole utilizzare il cinema come strumento di riflessione e autocoscienza. Ci sono, ad esempio, film consigliati a chi ha bisogno di acquisire fiducia e sicurezza; pellicole adatte a chiarire e definire i rapporti di coppia; storie da usare nelle relazioni tra genitori e figli; ciò che è importante è trovare l'indicazione giusta al momento giusto.
Senatore (2002) non nega che la visione di una pellicola metta in moto meccanismi psicologici come la regressione, la proiezione o l'identificazione, ma ritiene che solo la relazione terapeutica sia in grado di "curare"; afferma anche, però, che se ci si focalizza sugli spunti di riflessione su se stessi e la propria vita che un'opera cinematografica può fornire, si possono individuare notevoli potenzialità. Il cinema può curare e nutrire. Il cinema si prende cura delle persone, suscita emozioni, mette in scena i sogni e le paure di ognuno. Le sue potenzialità curative dipendono solo dal cliente/spettatore e dal modo specifico con cui il terapeuta e cliente costruiscono insieme la narrazione e il processo terapeutico. Un film in terapia potrebbe essere utilizzato come approfondimento o come opportunità di creare uno spazio di accoglienza e il beneficio di una pellicola potrebbe essere legato alla rielaborazione che se ne fa all'interno della relazione. Non è però così automatico che un film produca vantaggi su una determinata patologia, né che uno stesso film possa avere risultati positivi su qualsiasi spettatore. Qualsiasi film dal meno impegnato o modesto sotto il profilo artistico al più coinvolgente e ben realizzato, può teoricamente aiutare a stare meglio o può fare molto per qualcuno e nulla per qualcun altro. Tutto dipende non tanto dalla pellicola nata in modo assolutamente personale, ciascuno reagisce ad essa. Per alcune persone un film produce un potente effetto antistress, mentre per altre suscita solo noia e insofferenza. Un film, qualunque esso sia, svolge un'azione positiva per la psiche quando riesce a scuotere l'emotività dello spettatore, inducendolo a immedesimarsi nei protagonisti o, comunque, a prendere le distanze dalla realtà. (Senatore, 2002).
Secondo Senatore (2004) in via generale il cinema può:
- stimolare la creatività e la capacità di sognare
- esorcizzare alcune paure profonde
- indurre a riflettere su se stessi e sulle relazioni interpersonali
- ricordare con grande chiarezza la distinzione tra il bene e il male, il giusto e lo sbagliato, suscitare ricordi, suggerendo di immedesimarsi nei vari personaggi di turno, per poi provare le stesse sensazioni intense di dolore e felicità
- scuotere e accompagnare in una dimensione diversa da quella reale, in cui è più facile sia analizzare se stessi che prendere in considerazione il punto di vista degli altri, acquisendo una maggiore apertura nei confronti del mondo esterno
- aiutare ad identificarsi e a far comprendere che non si è i soli al mondo alle prese con situazioni difficili
- suggerire soluzioni che non erano state prese in considerazione, proporre modelli di comportamento cui è possibile ispirarsi per migliorare il proprio modo di essere
- forme spunti per agire per prendere iniziative che possano modificare positivamente la vita.

Senatore (2002), utilizzando il concetto di "narrazione" in psicoterapia, rileva un parallelismo tra il lavoro del terapeuta e quello del regista. Il primo tenta di aiutare il cliente

a ricostruire il senso e il significato della "trama" della propria vita; il secondo, per mezzo della sceneggiatura, del montaggio, della fotografia, cerca di dare coerenza e senso al "girato" per comunicare un racconto che deve poi poter essere compreso dallo spettatore. Il cinema può essere quindi fonte di consigli e di stimoli per uno psicoterapeuta: poiché nella simulazione delle vicende di vita, dei ruoli, delle complicazioni, dei conflitti, delle parole e degli atteggiamenti di questo mondo parallelo, è come se si potesse osservare un paziente da un'altra prospettiva.

Anche Ravasi Bellocchio (2004) psicoterapeuta junghiana, che lavora con la cinematerapia con un taglio più analitico, ritiene rilevante l'analisi del racconto in chiave psicanalitica. Durante la visione cinematografica si attivano meccanismi di identificazione e proiezione. Inoltre lo schermo è paragonabile all' interlocutore che interroga e si lascia interrogare, creando un dialogo per mezzo del quale, mentre si cerca di conoscere l'altro, si entra in contatto con se stessi. Un film può essere terapeutico poiché, parlando all'inconscio, permette la proiezione delle proprie ombre psichiche (le parti di sé che non piacciono o che è faticoso accettare) e favorisce il processo di rispecchiamento, inducendo cambiamenti nelle risposte individuali; *"un film si prende cura in modo forte del nostro inconscio aiuta a recuperare i legami, crea appartenenza, restituisce alla memoria la funzione fondamentale di traghettarci tra un luogo l'altro della nostra esistenza senza perderci"* (Ravasi Bellocchio, 2004). Il cinema è un mezzo di cura che entra direttamente nella stanza dello psicanalista e a quel luogo si ispira: *"Non la parola mi tocca, ma quella specie di parola-visione che circonda attorno, la parola poetica visionaria che si produce nello spazio analitico. C'è tutto: l'impianto narrativo, le luci, i primi piani, i campi lunghi, il commento musicale. Il copione si snoda, prende corpo di seduta in seduta, in modo imprevedibile in una regia a due che improvvisa le battute, che allarga o stringe il campo visivo, che fissa un particolare, e da lì ri-racconta la storia perché qualcosa ci ha detto che quel frammento, quel fotogramma, è decisivo per ricominciare"* (Ravasi Bellocchio, 2004).

Secondo Giusti e Cinti Luciani (2008) la visione di un film e la successiva discussione sbloccano momenti di stallo. L'effetto più immediato è un aumento di consapevolezza e di autocoscienza rispetto a problematiche che non si è abituati a prendere in considerazione, e anche un miglioramento della comunicazione con se stessi e con gli altri.

In Italia si occupa di cinematerapia anche Ciappina (2004) il quale ritiene che l'obiettivo di tale disciplina non sia tanto quello di curare patologie quanto di:

- stimolare la riflessione
- agevolare processi di trasformazione esistenziale, sostenendo la motivazione al cambiamento
- migliorare la consapevolezza dell'autoconoscenza
- aumentare la percezione dei pensieri positivi
- ridurre drasticamente le fantasie spiacevoli e pessimiste
- ridurre la cosiddetta "ruminazione mentale"
- aumentare la conoscenza profonda delle proprie emozioni
- aiutare le persone a prendere decisioni importanti: per esempio come comprendere un autentico benessere per migliorare la qualità della propria vita
- aumentare la capacità di entrare in contatto con l'altro
- favorire i punti di forza
- facilitare la crescita delle aree in cui è possibile migliorare

La cinema-terapia non è quindi né una forma di psicoterapia, né una metodologia clinica o psicologica ma si rivolge a persone interessate alla riflessione profonda e che desiderano trasformare meccanismi psicologici obsoleti, non rivolgendosi quindi solamente a persone con specifiche patologie psicologiche o psichiatriche. L'approccio agli argomenti non è di tipo medico, ma di tipo esistenziale. La cinema-terapia aiuta a decodificare il messaggio allegorico del film facilitando lo spettatore nella proiezione delle proprie virtù e dei propri talenti sui personaggi e gli eroi dello schermo. Analogamente al lavoro analitico sul sogno, la cinema-terapia permette di acquisire consapevolezza di strati molto profondi della coscienza, rendendo possibile migliorare la qualità della vita delle persone attraverso un percorso guidato di film specificatamente selezionati. Un film viene visto come strumento e mezzo di trasporto per giungere nell'intimità delle persone e sciogliere situazioni delicate e complesse; può essere un aiuto pratico e concreto per chi non ha tempo per lunghe terapie e desidera ricevere sostegno e aiuto in un momento di bisogno (Ciappina, 2004).

Nei suoi gruppi, Ciappina fa vedere solo alcune parti del film e l'attenzione è rivolta all'evoluzione emotiva della vicenda, escludendo tutti gli elementi legati alla tecnica

cinematografica. Il cliente viene invitato ad abbandonarsi alle emozioni piacevoli e a mettere da parte la critica o lo spirito polemico. Inoltre dal momento che i film hanno un'elevata capacità di influire sulle coscienze e sono di facile utilizzo e fruizione, è evidente quanto siano adatti per un lavoro sulle emozioni e per mettere a nudo aspetti spesso totalmente inconsci della vita degli individui. Il modo in cui funziona la cinematerapia è legato al fascino e al potere evocativo delle immagini, della trama, che nelle mani di uno psicoterapeuta, diventano un vero e proprio strumento di rinnovamento profondo, da affiancare ai processi decisionali che accompagnano qualsiasi processo esistenziale. Tutto sta nella cosiddetta "chiave di lettura" o argomento centrale del film che il terapeuta consegna prima della visione. La vicenda, quindi, viene riletta secondo un taglio particolare che spesso può abolire del tutto alcuni elementi del film, per concentrarsi su uno o più argomenti importanti. Il film viene osservato eliminando gli aspetti più specifici della tecnica cinematografica, fotografica, della critica culturale o sociologica, e si focalizza esclusivamente sulle emozioni scaturite dalla storia. Il terapeuta lavora nel profondo del singolo individuo aiutandolo a sciogliere timori, antichi condizionamenti, pregiudizi che neppure lontanamente immaginava di avere. Il tutto accade con un naturale processo di "presa di coscienza" (Ibidem).

Per Indick (2005) la cinema-terapia è una forma di terapia psicologica che utilizza la visione di film e la discussione dei sentimenti e delle emozioni che questo suscita. Mentre negli Stati Uniti la cinema-terapia viene usata come supporto alla psicoterapia e i terapeuti prescrivono ai pazienti la visione di determinati film attinenti alle loro problematiche, Indick la utilizza in alternativa alla psicoterapia. Il lavoro viene fatto in piccoli gruppi di pazienti omogenei per età e tipo di disagio psichico generalmente si tratta di 4-5 persone che vedono il film e successivamente ne discutono con lo psicologo e/o con lo psichiatra. La discussione ha come obiettivo la psicoterapia, l'esplorazione dei vissuti personali e la possibilità di offrire e di instaurare uno spazio di riflessione, sia fisico che psicologico, per dare voce alle emozioni che il film suscita nelle persone, superando quel momento in cui l'esperienza sembra essere individuale e non condivisibile proprio quando la realtà riacquista preponderanza, è allora possibile ripercorrere i propri vissuti in relazione al film.

**Dipendenza sessuale o Ipersessualità?**

L'Ipersessualità o Dipendenza Sessuale, o Sex Addiction, è un disturbo caratterizzato da un'eccitazione sessuale ricorrente intensa che si manifesta attraverso fantasie, desideri o comportamenti sessuali inappropriati da cui consegue una dipendenza dall'ideazione sessuale o dall'attività sessuale analoga alla dipendenza da sostanze, da alcol o da gioco d'azzardo. La classificazione di questo disturbo in ambito diagnostico è ancora molto controversa, si veda il costrutto di Ipersessualità nella preparazione del DSM-5 e la decisione finale della task-force di non includerlo nella parte II del manuale (Cantelmi & Lambiase, 2015). La dipendenza sessuale rappresenta infatti un quadro sindromico di grande interesse, dalle svariate interpretazioni eziopatogenetiche a causa del suo manifestarsi lungo un continuum che va dal normale al patologico, da una condizione egosintonica a una egodistonica, oltre che dalla eterogeneità delle sue manifestazioni comportamentali e sintomatologiche che possono anche avere delle notevoli ricadute sul piano sociale e penale. L'insorgenza della dipendenza sessuale deriva dalla conseguenza di esperienze relazionali disfunzionali sperimentate nelle prime fasi evolutive e successivamente nel corso della vita caratterizzate da memorie traumatiche, non elaborate che non hanno consentito l'integrazione tra identità compresa e identità corporea con la conseguente generalizzazione di una regolazione degli impulsi disfunzionale, in particolare degli impulsi sessuali nell'ambito dei fenomeni del craving (Avenia, Pistuddi, 2007).

**Osservazioni scientifiche sulla sesso-dipendenza**

Le prime osservazioni scientifiche sulla dipendenza sessuale si devono allo psichiatra austriaco Von Krafft-Ebing (ed.2007) che sottolineava la centralità del desiderio sessuale nella vita sociale, emotiva e cognitiva del soggetto dipendente. Più recentemente, per una definizione e descrizione completa, dobbiamo riferirci allo psichiatra americano Carnes (1992) che, nel libro *Out of the shadows: understanding sexual addiction*, parla del dipendente sessuale come di colui *"che sostituisce una sana relazione con gli altri con una relazione malata con un oggetto o un comportamento. La relazione, con un'esperienza in grado di modificargli l'umore, diventa centrale nella sua vita; i dipendenti sessuali si tirano progressivamente indietro dalla realtà dei loro amici, della famiglia e del lavoro. Nella misura in cui i di-*

*pendenti sessuali distorcono la realtà, la dipendenza sessuale diventa una forma di malattia"*.
Alcuni anni dopo Goodman (2001) definisce la dipendenza da sesso *"qualsiasi forma di comportamento sessuale finalizzata sia a produrre piacere, sia a diminuire situazioni di disagio che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi"*. Allo stato attuale, la dipendenza sessuale è una patologia la cui definizione ufficiale risulta essere ancora incerta e controversa, tanto da essere considerata da alcuni una condizione ossessivo-compulsiva, da altri un fenomeno di mancato controllo degli impulsi o una vera e propria dipendenza. L'assenza di aspetti di devianza sociale ne fa comunque un'entità nosografica autonoma che comprende la masturbazione compulsiva, la promiscuità protratta (nei sottotipi eterosessuale, omosessuale e bisessuale), la dipendenza da materiale visivo pornografico, da telefonate erotiche, il cybersesso, l'uso di sostanze eccitanti o allucinogene o di oggetti accessori per l'incremento del piacere sessuale e per l'espletamento dell'attività stessa e l'incompatibilità grave del desiderio sessuale, ovvero eccessive richieste sessuali al partner, tali da creare un problema all'interno della relazione interpersonale (Cantelmi, 2015).
Manley & Koehler (2001), affiancando la dipendenza sessuale ai disturbi sessuali e dell'identità di genere, propongono l'inserimento di una nuova categoria, *disturbi del comportamento sessuale*, che possa contenere quei comportamenti sessuali, sia eccessivi che restrittivi, che il soggetto è incapace di modificare, nonostante causino un disagio clinicamente significativo e interferiscano con una o più aree del funzionamento individuale e sociale.
Liggio (2007), individuando la dipendenza da sesso come una dipendenza da sostanze stupefacenti endogene, propone il termine *dipendenza da reazione orgasmica* (DRO), condizione psicofisiopatologica a cui si correla un'alterazione del sistema cerebrale della gratificazione implicante una coartazione della modalità con cui l'individuo si procura soddisfazione e piacere. Durante un rapporto sessuale, l'acme orgasmico determina la caratteristica sensazione di benessere e distensione accompagnata da euforia analibidica per la produzione endogena immediata di □-endorfine e a cui segue una momentanea saturazione del desiderio orgasmico. I soggetti affetti da DRO, una volta smaltito l'incremento endorfinico indotto dalla *reazione orgasmica* (RO), si sentono insoddisfatti, infelici, irrequieti, motivo per cui ricercano sollievo immediato attraverso la ripetizione della stimolazione erotica provocante la RO, instaurando così un ingestibile circolo vizioso: il bisogno di avere un orgasmo diviene fondamentale per ottenere l'effetto placante e rilassante. In base ai differenti apporti teorici presentati, la dipendenza sessuale sembra essere la categoria più idonea a descrivere e spiegare l'eccesso nei comportamenti sessuali. Restano, tuttavia, ancora da definire i criteri diagnostici della dipendenza sessuale, in assenza dei quali diversi studiosi hanno proposto alcuni elementi individuativi che possono servire da base per costruire criteri ufficiali. Dal punto di vista descrittivo è certamente complicato, senza entrare in parametri e misurazioni soggettive, identificare e definire un comportamento sessuale eccessivo in base alla sola frequenza dell'attività sessuale. Carnes (1991) propone nove pattern comportamentali per il riconoscimento della dipendenza sessuale:
- comportamenti fuori dal controllo
- incapacità di smettere nonostante le gravi conseguenze
- persistente perseguimento di comportamenti autodistruttivi e rischiosi
- crescente desiderio o sforzo di controllare i comportamenti sessuali
- ossessioni sessuali e fantasie come strategie primarie di coping
- incremento dell'attività sessuale quando l'attuale livello di attività non è più soddisfacente
- gravi cambiamenti dell'umore dovuti all'attività sessuale
- smodato aumento del tempo speso nella ricerca di esperienze sessuali, nel consumarle o nel riprendersi da esse
- trascuratezza d'importanti attività sociali, lavorative e ricreative

Secondo l'autore questi pattern comportamentali possono operare a tre livelli:
- il primo livello comprende comportamenti socialmente accettabili o tollerabili
- il secondo livello racchiude comportamenti abbastanza pericolosi e vittimizzanti che potrebbero meritare sanzioni legali (esibizionismo, voyeurismo, telefonate e comportamenti indecenti)
- il terzo livello include comportamenti che violano i confini sociali e hanno gravi conseguenze per la vittima e conseguenze legali per il dipendente (abuso sessuale e pedofilia).

Goodman (2005) mutua i propri criteri da quelli proposti dal DSM per la dipendenza da sostanze, definendo la dipendenza sessuale come *"una modalità patologica di comportamento sessuale che conduce a menomazione o disagio clinicamente signi-*

*ficativo come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in qualsiasi momento dello stesso periodo di 12 mesi".*
Criteri diagnostici della dipendenza sessuale di Goodman (Ibidem):
-Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti sintomi: a) il bisogno di un aumento di quantità ed intensità del comportamento al fine di raggiungere l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo del comportamento allo stesso livello di intensità.
-Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti sintomi: a) la caratteristica sindrome da astinenza di tipo psicofisiologico descritta da cambiamenti psicologici o fisiologici dovuti all'interruzione del comportamento; b) lo stesso (o strettamente correlato) comportamento messo in atto per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.
-Il comportamento viene spesso messo in atto in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
-Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare i comportamenti.
-Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a preparare il comportamento, a metterlo in atto, o a riprendersi dai suoi effetti.
-Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dei comportamenti.
-Uso continuativo del comportamento nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente e ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente da esso causato o esacerbato.
L'insorgenza oltre la mezza età, la regressione da una forma precedente di sessualità normale, l'eccessiva aggressività o disinibizione, la presenza di sintomi epilettici, la comparsa di alterazioni neurologiche aspecifiche orienterebbero a considerare i comportamenti sessuali eccessivi come secondari a un disturbo organico; la manifestazione o l'intensificazione del problema durante il consumo di droghe, la tendenza a incrementare la frequenza e l'intensità dei comportamenti sessuali durante la sospensione del consumo, potrebbero far sospettare la secondarietà ad uso di sostanze, escludendo la diagnosi di dipendenza sessuale. Infine, è necessario distinguere la dipendenza sessuale dalla *love addiction o dipendenza relazionale*, caratterizzata dal marcato coinvolgimento dell'individuo in relazioni sentimentali, nelle quali individua l'unica fonte di conforto, gratificazione e sostegno; tali quadri psicopatologici condividono la paura del rifiuto del partner e la difficoltà a gestire l'aggressività; tuttavia mentre nella dipendenza relazionale i disturbi si manifestano con comportamenti sottomessi e adesivi, nella dipendenza sessuale si realizzano mediante il controllo e il disinvestimento affettivo (La Barbera et al., 2005).

**Dipendenza sessuale femminile**

Storicamente la ricerca ha suggerito che la dipendenza sessuale sia prevalentemente un problema maschile e l'incidenza delle donne sui campioni di pazienti in cerca di trattamenti è stimata tra l'8 e il 20 % (Hall, 2013). In realtà fino al 2000, il settore della dipendenza femminile è stato quasi completamente ignorato a parte alcuni casi (Kasl,1989; Ross, 1996; Schneider & Scheneider, 1991).
Gli studi sulla dipendenza sessuale che prendevano in considerazione entrambi i sessi presentavano una larga sproporzione tra uomini e donne. Carnes e Delmonico (1996) nel loro campione di 290 auto-definitisi sesso-dipendenti vedevano 58 donne, cioè il 20%. Negli studi di Black e colleghi (1997), su 36 soggetti che riportavano un comportamento sessuale compulsivo, le donne erano 8 (22%).
Uno dei problemi degli studi citati era il reperimento del campione, che avveniva tramite l'auto-identificazione. È facile supporre che alla metà degli anni '90 risultasse più difficile per soggetti di sesso femminile l'auto-definizione come sesso-dipendenti e la partecipazione a uno studio in merito. La mancanza di internet, e della maggiore sensazione di anonimato che questo consente, influiva in misura notevole sulla scelta di non rispondere ad annunci che pubblicizzavano uno studio scientifico sul comportamento sessuale, considerato lo stigma sociale associato alla patologia in ambito femminile (Ferree, 2002).
Ci sono comunque delle eccezioni. Nel 1998 Rinehart e McCabe conducono uno studio sul comportamento ipersessuale su un campione di 69 maschi e 93 femmine. Si tratta, però, in questo caso di studenti universitari, inseriti cioè in un contesto dove i fattori culturali associati ai comportamenti sessuali delle donne sono sostanzialmente diversi rispetto alla popolazione generale. Data la sproporzione di studi su uomini e donne, non sorprende che negli anni '90 la letteratura scientifica riporti che "il comportamento sessuale compulsivo riguarda più gli uomini che le donne" (Goodman, 1992).

Marnie Ferree (2001) suggerisce che questa mancanza di studi sia dovuta a una serie di malintesi riguardanti le donne e la dipendenza sessuale. Pertanto analizza sei "miti" che hanno contribuito a questo silenzio, al fine di operare un cambio di paradigma rispetto al binomio dipendenza sessuale-maschio. Tali miti sono:
- le donne non soffrono di dipendenza sessuale
- le donne che potrebbero soffrire di dipendenza sessuale sono dipendenti solo dalle relazioni o dall'amore, non dal sesso
- la motivazione delle donne che agiscono sesso compulsivo è il bisogno
- la dipendenza sessuale femminile può essere nascosta dietro altri problemi
- le conseguenze permanenti della dipendenza sono le stesse per gli uomini e per le donne
- sono utilizzabili i medesimi strumenti diagnostici per gli uomini e per le donne

Ferree conclude la sua disamina di miti con la considerazione che, al di là delle differenti concettualizzazioni della dipendenza sessuale, i comportamenti in questione sono fonte di difficoltà e il dolore, e l'esperienza delle donne con la dipendenza sessuale si conforma a questo criterio. Pertanto auspica uno sforzo specifico da parte della comunità scientifica affinché gli strumenti di assessment includano anche le donne. Negli ultimi anni i lavori pubblicati presentano un campione femminile più rilevante, pari alla metà e oltre dei soggetti coinvolti. Seegers (2003), in uno studio sui sintomi di dipendenza sessuale ambientato nel campus di un college analizza 171 donne e 69 maschi. Nel 2004 la ricerca sulla Dipendenza da Sesso promossa dall'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS) analizza un campione di 1046 soggetti, di cui il 53,5% sono donne (Avenia & Pistuddi, 2007). Dodge e colleghi (2004) esaminano la compulsione sessuale su un campione di 876 studenti di college eterosessuali, di cui 551 sono donne (63%). Langstrom e Hanson (2006) conducono il loro studio sul comportamento sessuale su un campione di 2.450 soggetti, con 1.171 donne (47,8%). McBride e colleghi (2008) testano la loro Sexual Compulsivity Scale su un campione di 390 giovani adulti, di cui 274 sono donne (70,3%). Winters e colleghi (2010) presentano una percentuale femminile preponderante (55,1%) nel loro campione di 14.396 soggetti. Solo 69 donne dichiarano tuttavia di essere state in terapia per "compulsione sessuale", contro 107 soggetti maschi.

Per quanto riguarda studi focalizzati esclusivamente sulle donne, dopo l'articolo di Ferree, Charlotte Kasl (2002) fa il punto sulla dipendenza sessuale nelle donne lesbiche e sulle specifiche istanze da considerare nel trattamento, quali, tra le altre la mancanza di supporto sociale nelle relazioni lesbiche, l'omofobia sociale e interiorizzata, le dinamiche subculturali e i processi di coming out delle lesbiche.

Nel 2003 Blumberg pubblica uno studio su 44 *highly sexual women*. Nel 2009 Opitz e colleghi hanno analizzato un campione di 99 donne auto-identificatesi sesso-dipendenti per verificare l'esistenza di eventuali elementi primitivi e predittivi della dipendenza sessuale femminile. È interessante notare che ancora, in tempi molto recenti Carnes e colleghi (2010), nel creare una versione aggiornata del Sexual Addiction Screening Test (SAST-R), dichiarano la scarsità di dati clinici riguardanti le donne.

Nel 2012 Paola Hall conduce una ricerca in Inghilterra nella quale il 25% dei rispondenti sono donne, il 60% delle quali non ha mai chiesto aiuto per questo problema contro il 42% degli uomini. È evidente che la paura dello stigma sociale è ancora viva e condiziona anche il fatto che le donne si presentino all'attenzione dei clinici più come love addicted che come sex addicted preferendo focalizzare l'attenzione sul lato relazionale del sesso (50% versus 13% degli uomini) rispetto all'atto sessuale in sé (Hall, 2013). In primo luogo è importante definire chiaramente cosa si intende per "dipendenza sessuale" nelle donne.

Ferree (2001) descrive la dipendenza sessuale femminile in diversi pattern di dipendenza: *dipendenza dalla relazione, dipendenza dal sesso in senso stretto* (con o senza pornografia o dal sesso on-line), *anoressia sessuale*.

- *Le dipendenti dalla relazione o love addicted* sono ossessionate dai rapporti sentimentali e cercano compulsivamente un'immersione totale in tali rapporti da cui ricavano un'illusione di potenza, controllo e anche di dominio. Si lasciano coinvolgere in relazioni multiple non contemporanee, che iniziano con intensa passione, ma finiscono in tempi relativamente brevi. Queste dipendenti utilizzano il sesso e la seduzione erotica per agganciare e trattenere il partner, ma non sono primariamente interessate al sesso come agito in sé, né all'orgasmo, per il quale possono segnalare apatia o addirittura avversione. Spesso non sono in grado di evitare o interrompere rapporti tossici, anche se sono infelici, depresse, sole, trascurate o in pericolo.
- *La dipendenza dal sesso in senso stretto* è caratterizzata da un'ossessione sessuale e

una compulsione verso l'attività sessuale. Le sesso-dipendenti tipicamente si impegnano nella masturbazione cronica, con o senza la pornografia, e nel fare sesso anonimo con persone conosciute on-line o in altro luogo. Per queste dipendenti la relazione è meno importante dell'emozione generata dall'esperienza sessuale. Questa forma di dipendenza sessuale si realizza con le stesse forme comportamentali della dipendenza sessuale maschile (Carnes et al., 1991) anche se, nonostante le somiglianze, esistono differenze di genere e diverse preferenze comportamentali. Diversi autori (Ferree, 2001; Briken e colleghi, 2007) sottolineano la presenza di: masturbazione compulsiva, uso di pornografia, incontri sessuali più o meno anonimi, ma le percentuali con cui questi comportamenti vengono messi in atto dalle donne dipendenti si rivelano piuttosto diverse rispetto a quelle degli uomini. Alcuni esempi: la pornografia è utilizzata dal 73% di donne contro l'89% degli uomini; il feticismo al contrario vede una percentuale del 36% delle donne contro il 24% degli uomini; il sesso con sconosciuti è praticato dal 41% di donne dipendenti contro il 32% degli uomini; si coinvolgono in relazioni multiple il 54% delle donne contro il 37% degli uomini (Hall, 2013). Un'area in cui i generi si distanziano moltissimo è poi quella del ricorso al sesso a pagamento, praticato da 3% delle donne contro il 30% degli uomini dipendenti. Le donne hanno una maggiore predilezione per l'esibizionismo (in alcuni casi sono spogliarelliste o ballerine esotiche) anche in virtù del fatto che lo stigma sociale associato all'esposizione del corpo femminile è elevato nella nostra società. Presentano minor voyeurismo rispetto agli uomini ed esercitano la prostituzione vendendo sesso per denaro, droga, o "amore" in misura maggiore (Ferree, 2010). Come per gli uomini, gli agiti delle donne dipendenti dal sesso possono essere eterosessuali, omosessuali, con animali e oggetti. - L'ultima categoria individuata dalla letteratura è quella delle *anoressiche sessuali*, donne che reprimono le loro pulsioni negando la propria sessualità ed evitando attivamente tutti gli stimoli e le circostanze che potrebbero far emergere la pulsione sessuale. Spesso l'anoressia sessuale è una fase successiva a un periodo prolungato di ipersessualità e rappresenta pertanto una strategia di fronteggiamento. In una recente Women's Sexuality Survey (Corleye, Delmonico, 2001) 261 donne auto-identificatesi come dipendenti per il 64% ha dichiarato di percepirsi come dipendente affettiva mentre solo il 36% si identifica come dipendente dal sesso. Sesso dipendenza e dipendenza affettiva non sono tra l'altro mutualmente escludentesi. Reid e colleghi (2014) hanno identificato differenze personologiche tra dipendenti sessuali maschi e femmine: oltre il 51% delle donne tende a non fidarsi degli altri rispetto al 15% degli uomini; il 60% delle donne riporta difficoltà a gestire lo stress contro il 32% degli uomini; circa la metà delle donne non ha ambizioni di motivazione al successo contro 17% degli uomini; infine una grande quantità di donne (42%) ha più alti livelli di craving per l'eccitazione e la stimolazione rispetto a donne non sesso-dipendenti contro l'8,5 % degli uomini.

**Concettualizzazione della dipendenza sessuale femminile**

Dal punto di vista della concettualizzazione della dipendenza sessuale vanno attenzionate le ultime ricerche di Carnes (2010) che enfatizza le differenze delle donne rispetto agli uomini, ove ravvisabili. Le *credenze di base individuali*, come fondamento emotivo del soggetto dipendente sono sostanzialmente sovrapponibili tra uomini e donne: *l'inadeguatezza* (sono una persona cattiva, di scarso valore); *la non-amabilità* (nessuno mi amerebbe così come sono; nessuno soddisferà i miei bisogni), *la confusione tra nutrimento emotivo e sesso* (il sesso è il mio bisogno principale). Ciò che determina le credenze di base sono le influenze familiari e socio-culturali. L'adolescente di sesso femminile con una spinta sessuale superiore alla media può sentirsi molto più "sbagliata" per condizionamenti culturali trasmessi dai media o anche da gruppi di pari e/o per modelli educativi familiari, rispetto al coetaneo maschio che, invece, riceve una forte approvazione sociale nell'esplorazione della propria sessualità. A partire da credenze intermedie di base così disfunzionali, queste ultime derivate dai disordini dell'attaccamento e dalle esperienze traumatiche precoci di cui abbiamo accennato, i dipendenti sessuali sia uomini che donne sviluppano meccanismi di coping focalizzati prevalentemente sulle emozioni che comprendono fuga dal disagio emotivo, distrazione e negazione. Per sfuggire a disagi motivi di svariata natura (paura, dolore, vergogna, colpa, solitudine) si lasciano coinvolgere in un'intensa attività sessuale o *preoccupation* nella terminologia di Carnes nei confronti di una persona o di una situazione che permette loro di dissociarsi e di rifugiarsi in uno stato alterato di coscienza. Nella fase successiva, per permanere nello stato desiderato, innal-

zare l'arousal e diminuire il disagio emotivo fanno ricorso alle ritualizzazioni. I rituali allontanano ulteriormente il sesso dipendente dalla realtà e, una volta iniziati, la probabilità di interrompere la sequenza comportamentale che porta all'agito diminuisce notevolmente: la necessità di compiere l'atto sessuale viene percepita come irresistibile. La sesso-dipendente donna, nello specifico, può mettere in atto complicati rituali di cura di sé, se l'acting-out prevede l'interazione, anche solo virtuale, con un partner (Carnes, 2010).
Corley e Delmonico (2011) hanno riscontrato come il 43% delle dipendenti sessuali, contro il 17% delle non dipendenti, dichiara di spendere una gran quantità di tempo in rituali di bellezza per essere seducente, flirtare o cercare partner sessuali; il 40%, contro il 18%, indossa abiti provocanti; il 60%, contro il 22%, si sente bene quando si percepisce come provocante. Alcune dipendenti sessuali affermano di trovare addirittura più gratificante l'inseguimento e il corteggiamento dell'attività sessuale in sé. Naturalmente i rituali sono tantissimi e idiosincratici. Nel caso di sessualità solitaria le visualizzazioni possono riguardare il comportamento che precede ad esempio, l'accensione del computer per consultare siti pornografici, la sistemazione dell'ambiente per un'attività masturbatoria e così via. Il cuore della dipendenza sessuale è quindi la compulsività sessuale, l'acting-out. La compulsività si deduce dalla perdita della capacità di controllare il comportamento rispetto agli impegni presi con se stessi o con altri e a dispetto delle conseguenze negative. Anche in questo caso i comportamenti agiti dalle dipendenti sessuali sono numerosi e diversificati: dall'incontro con partner multipli, alla masturbazione compulsiva, alla visione per svariate ore di materiale pornografico, al coinvolgimento massivo in attività di cybersex. Per alcune non si tratterà di acting-out ma di acting-in, un comportamento di totale eliminazione dell'attività sessuale con medicamento compulsivo di pensieri, sensazioni, comportamenti di natura sessuale. Sebbene alcune donne possano provare un temporaneo sollievo nella fase della sessualità compulsiva, la fase successiva del ciclo è costituita inesorabilmente dalla disperazione, fatta di sentimenti di vergogna, colpa e un senso di profonda degradazione personale. Tali sentimenti non fanno che confermare dolorosamente le credenze di base negative sul sé, producono intento disagio emotivo e spingono a cercare modalità di gestione dello stress. L'incapacità di affrontare questi vissuti interiori avvia nuovamente il ciclo della dipendenza (Cantelmi & Lambiase, 2015).

**Nymphomaniac: il film**

Il film Nymphomaniac (2014) di Lars Von Trier è il terzo film facente parte della trilogia della depressione: gli altri due sono Antichrist (2009) e Melancholia (2011). Il film è diviso in due volumi. Si narra la storia Joe, una donna, che viene trovata sanguinante e semisvenuta in un vicolo da Seligman, un pensionato dalla vita tranquilla. Egli la porta a casa propria e la cura. Joe per dimostrare la sua malvagità gli racconta tutta la sua vita, fortemente segnata da una ipersessualità che lei stessa definisce ninfomania che ne ha dominato quasi tutti i tempi e gli spazi, complicando e danneggiando i rapporti sociali, familiari, affettivi e lavorativi. La storia viene raccontata con una serie di flashback, non sempre in ordine cronologico, suddivisi in otto capitoli. Vista la lunghezza (circa 4 ore) la narrazione è stata suddivisa in due film (Nymphomaniac vol. 1 e Nymphomaniac vol. 2), il primo contiene i primi cinque capitoli: The Compleat Angler, Jerôme, Mrs. H, Delirium, The Little Organ School mentre il secondo contiene gli ultimi tre e l'epilogo: The Eastern and the Western Church (The Silent Duck), The Mirror, The Gun. Esiste una versione integrale del film che non è stata distribuita nelle sale italiane con una censura di circa 90 minuti (Ariano, 2014).

**Capitolo 1: The Compleat Angler**

Nel primo capitolo Joe, piccola bambina, scopre il sesso comprendendo di essere già una ninfomane. Si prelude anche il rapporto coi genitori: odio verso una madre indifferente ed un amore morboso per il padre, un medico amante della natura. Questo "amore naturale" è forse l'unico che Joe proverà e a cui ricorrerà nei momenti di tristezza e di dolore. A 15 anni, Joe decide di perdere la verginità, chiede a Jerôme appena conosciuto, e glielo propone brutalmente come se dovesse liberarsi solo di un gravoso problema. Nella versione originale Joe e le sue amiche costituiscono un gruppo politico e solidale dove avere rapporti sessuali sempre con uomini diversi, prescrivendo come una medicina una libertà e un potere mai conosciuto prima: *mea vulva mea vulva mea maxima vulva*, sarà il loro grido di battaglia. Il capitolo ha come tema il *pescaggio di uomini*. Joe ha ormai diciassette anni e insieme alla sua amica Betty fanno una scommessa a chi riesce ad avere più uomini

diversi su un treno, prima che giunga a destinazione. Il premio sarebbe stato un sacchetto di cioccolatini.

**Capitolo 2: Jerôme**

Joe, trova lavoro come segretaria e scopre che il suo datore di lavoro è Jerôme, il ragazzo con il quale lei perse la verginità. Inizia una storia sentimentale senza sesso dove Joe scopre di innamorarsi di Jerôme.

**Capitolo 3: Mrs. H**

Joe, esprime la propria "ninfomania", iniziando ad avere tantissimi rapporti sessuali quotidiani con decine di uomini, e diventa complicato gestire il traffico e la confusione regnante nella sua casa. Uno di questi amanti porta la moglie e i bambini per giurare davanti a Joe che li lascerà per lei. Ma Joe si rifiuta dicendo che aspetta un altro, infatti arriva l'uomo delle ore 19.00 e umilia Mr H l'uomo che ha umiliato la moglie Mrs H e i figli davanti a lei.

**Capitolo 4: Delirium**

Questo capitolo del film è girato interamente in bianco e nero e racconta la morte del padre di Joe, che avviene per delirium tremens. Joe sul letto di morte in ospedale mentre il padre muore ha un orgasmo. Dolore e piacere, amore e lutto, sensazioni e sentimenti, per Joe passano attraverso il corpo, e in un solo modo.

**Capitolo 5: The Little Organ School (La scuola di Organo)**

Il titolo di questo capitolo prende il titolo da un volume di Bach, l'Orgelbüchlein. L'attività sessuale di Joe viene accostata alla polifonia. Joe tra i tanti rapporti che intrattiene, distingue quelli con tre uomini, F. G. e Jerôme, visti come le tre parti principali di una composizione polifonica, in cui ogni voce è indipendente dalle altre, ma tutte insieme danno luogo ad una composizione completa. Joe incontra Jerôme in un parco, dove lei va spesso per ritrovare un po' di tranquillità dalla sua vita confusa e infelice. I due vanno a vivere insieme e Joe riesce a ritrovare forse l'unica persona della quale è stata innamorata, e insieme a lui inizia una nuova vita, ma deve sempre dar voce alla sua "esagerata" sessualità. Proprio durante un rapporto sessuale con Jerôme, la ragazza scopre di non riuscire ad arrivare più all'orgasmo e lo stesso la induce a cercare altri uomini perché non è in grado di soddisfare la "sua voglia infinita di fare sesso". Si chiude cosi il primo volume di Nymphomaniac.

**Capitolo 6: The Eastern and the Western Church (The Silent Duck) (La chiesa d'Oriente e d'Occidente (L'anatra silenziosa)**

Joe e Jerôme, giocano a fare marito e moglie, tanto da mettere al mondo un figlio (Marcel), ma Jerôme non ce la fa più a sopportare i ritmi sessuali richiesti dalla compagna. Per questo Jerôme propone a Joe di ritornare ad avere rapporti sessuali con altri uomini in modo da respirare un po' di pace. Dopo circa tre anni Joe, scopre il sadomasochismo, grazie a K. che pur con gentilezza e classe, sottopone le sue schiave a torture particolarmente dolorose e brutali lasciandole in sala d'aspetto in luoghi squallidi per ore ad aspettare. Joe trascura la famiglia ed il figlio per recarsi da K. ad ogni ora in cui lui la chiama e glielo ordina. Jerôme, decide quindi di abbandonare Joe portandosi via il figlio e dandolo in affidamento.

**Capitolo 7: The Mirror (Lo Specchio)**

Joe ha problemi fisici, sanguinamenti genitali e, anche sul lavoro viene ripresa per il suo andamento di vita. Decide di frequentare una terapia di gruppo per sex-addicted ma l'ipocrisia della terapeuta e delle pazienti diventa insostenibile. Joe non riesce a sopportare l'uso e l'abuso della terminologia sulla patologia oggetto del gruppo: "io sono ninfomane, non dipendente da shopping". Così abbandona gruppo e lavoro.

**Capitolo 8: The Gun (La Pistola)**

L'ultimo capitolo ci racconta la nuova attività di Joe, una sorta di "recupero crediti". Questa proposta viene fatta proprio a lei perché conosce e comprende molto bene il funzionamento degli uomini. Joe si trova un'assistente, una giovane ragazza P. che diventa la sua amante, così da provare l'aspetto non ancora esplorato dell'omosessualità. In tutti questi anni ha guadagnato bene e non vuole più continuare a fare questo lavoro: proprio l'ultimo incarico sarà quello fatale. Quando lei e P. arrivano all'abitazione assegnatagli, Joe si rende conto che si tratta di Jerôme, che non aveva più visto da anni e decide che è meglio che il lavoro venga svolto solo dalla sua assistente. La ragazza propone a Jerôme un piano di rimborso in sei mesi. Cosicché l'assistente dovrà recarsi dall'uomo più di una volta diventan-

done l'amante. Joe motivata da una cieca gelosia cerca di uccidere Jerôme, con la pistola della ragazza., ma il colpo non parte perché Joe, inesperta, ha lasciato la sicura, sarà Seligman a spiegarle il suo errore. Jerôme pesta a sangue Joe, lasciandola a terra rantolante, poi, per sfregio fa l'amore con la giovane amante. Tutta la scena si svolge nel vicolo in cui Joe è rimasta a terra, e dove verrà soccorsa da Seligman. Il racconto di Joe finisce così, con la grande soddisfazione di essersi potuta raccontare a un uomo che l'ha ascoltata e capita, Seligman. Tuttavia, quest'ultimo, lasciatosi prendere dal racconto di Joe, esce dalla stanza e rientra completamente nudo, cercando di avere un rapporto sessuale con Joe, la quale non commette due volte lo stesso errore e spara all'uomo uccidendolo.

**Conclusioni**

Come si evince dalla sintesi del film, ogni capitolo ha un tema specifico che può essere utilizzato nell'ambito della terapia individuale e di gruppo a cui fa seguito una discussione sull'episodio visionato. Principali argomenti da poter utilizzare sono: autodeterminazione, solitudine/disperazione, seduzione manipolativa, dolore/piacere, anticonformismo, parità sessuale, ipersessualità, dipendenza, monogamia, promiscuità, religiosità, blasfemia, senso di colpa, vergogna, rimorso, altre reificazioni e il contatto fisico che per Joe è un surrogato del contatto emotivo, con se stessa e con gli altri. Joe sembra condannata a non si ferma mai a riflettere e interiorizzare ciò che vive. Esiste l'unica possibilità di una continua ripetizione, nel tentativo di far proprio qualcosa che non riesce a diventare un oggetto interno, che può essere contattato ma non contenuto. La figura di Seligman, definibile quasi "terapeutica" per Joe, la quale sente il forte biosgno di raccontarsi e confrontarsi con qualcuno, offre una griglia intellettuale del vissuto della protagonista. Seligman sembra inizialmente possedere una grande capacità di ascolto, empatica e priva di pregiudizi. In realtà Seligman, che confida a Joe di non aver mai goduto di esperienze sessuali e di essere perciò morbosamente curioso della vita di Joe, non riesce a cogliere tutto il dolore delle vicende che la donna gli racconta. Mentre Joe vive e soffre tutto nella carne, Seligman si ferma all'intelletto e alla razionalità che non gli permettono di sentire sul suo corpo le ferite della donna, spossata nel corpo, sfinita dalle botte prese per strada da Jerome. Seligman è lì, capace solo di capire con la mente e l'immaginazione. Joe e Seligman hanno una storia fondamentalmente diversa, eppure sono simili: Joe vive e ha vissuto come se non avesse un'anima, una mente capace di contenere le emozioni ed esprimerle all'interno di una relazione, sfruttando il suo corpo in un'infinita serie di incontri. Seligman ha vissuto nutrendo la sua curiosità intellettuale ed il desiderio di conoscenza, mettendo da parte la sessualità, l'incontro col corpo dell'altro di cui invece Joe è esperta. Nessuno dei due sembra in grado di sintonizzare mente e corpo dentro di sé: Seligman pensa, Joe sente piacere e dolore. Si può dunque supporre che la 'nymphomaniac' del regista danese perturba il panorama cinematografico non tanto per il contenuto esplicitamente sessuale del film, quanto per il fantasma maschilista implicito che la pellicola potrebbe mettere in crisi. La 'buona infinità' del desiderio femminile è ridotta spesso ad una subdola deprecazione da parte di un mascolino incapace di fronteggiare l'enigma del desiderio femminile, acefalo e slegato dalla logica pulsionale per cui il tentativo è quello di castrare il "fuori-norma" e lo "sconfinato" del godimento della donna (Recalcati, 2012). La storia di Joe è una storia di solitudine, all'insegna dell'impossibilità di incontrare l'altro senza maschere: ed è fondamentalmente un grido di aiuto. Le donne che hanno visto il film e continueranno a vederlo piuttosto che identificarsi in maniera esplicita e diretta danno voce al loro piccolo o grande Sé nascosto nelle pieghe dell'anima. Il cambiamento spesso corrisponde alla presa di coscienza della propria condizione che è accomunata da un destino che abbiamo creato con le nostre azioni, pensieri e condizionamenti senza rendercene conto.

**Bibliografia**

Argentieri, S. & Sapori, A. (1988). *Freud a Hollywood*. Nuova Eri: Torino.
Ariano, R. (2014). *Nymphomaniac*. 40k Movie: Milano.
Avenia, F. & Pistuddi, A. (2007). *Manual sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Franco Angeli: Milano.
Bireda, M. R. & Roberats, P. (1991). *Love Addiction: A Guide to Emotional Independence*. New Harbinger Publications: Minneapolis.
Black, D., W., Kehrbwrg, L., Flumerfelt, D., & Schlosser, S. (1997). Characteristis of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior, *American Journal of Psichiatry, 154*, 243-249. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9016275.
Blumberg, E.S. (2003). The lives and voices of highly sexual women, *The journal of Research, 40*, 146-157. doi: http://dx.doi.org/10.1080/00224490309552176.
Borgioni, M. (2015). *Dipendenza e controdipendenza affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota*. Edizioni Alpes: Roma.
Cantelmi, T. & Lambiase, E. (2015). *Schiavi del sesso. Sesso patologico, eccessi, dipendenza e tecno sex*. Edizioni Alpes: Roma.
Carcione, A. (2002). *Visione di un film e funzionamento meta cognitivo: riflessioni su un uso psicoeducativo*. In Pancheri, P. & Siracusano, A. (a cura di). *Psichiatria e Mass Media, Prima conferenza tematica nazionale*. CIC Edizioni internazionali: Roma.
Caretti, V. & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina: Milano.
Carmagnola, F. (2004). *Plot, il tempo nel raccontare nel cinema e nella letteratura*. Meltemi: Roma.
Carnes, P. (1992). *Out of the shadows. Understanding sexual addiction*. Hazelden: New York.
Carnes, P. & Delmonico, D. (1996). Childhood abuse and multiple addiction: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sexual Addiction Compulsivity*, 3, 258-268. doi: http://dx.doi.org/10.1080/10720169608400116
Caretti, V. & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina: Milano.
Ciappina G.& Capriani, P. (2004). *Manuale di cinema terapia*. Ed. Istituto Solaris: Roma.
De Mari, M., Marchiori, E. & Pavan, L. (2006). *La mente altrove. Cinema e sofferenza mentale*. Franco Angeli: Milano.
Dodge, B. (2004). Sexual compulsivity among heterosexual college students, *Journal of Sex Research, 41*, 342-350. doi: http://dx.doi.org/10.1080/00224490409552241.
Ferree, M. C. (2002). *No stones: Women redeemed from sexual shame*. Xulton Press: Fairfax.
Galassi, F. (2012). *Pillole di carta e celluloide. Libri e film per curare la propria mente*. Franco Angeli: Milano.
Ghezzani, N. (2015). *L' amore impossibile. Affrontare la dipendenza affettiva maschile e femminile*. Franco Angeli: Milano.
Ghezzani, N. (2011). *Quando l'amore è una schiavitù. Come uscire dalla dipendenza affettiva e raggiungere la maturità psicologica*. Franco Angeli: Milano.
Goodman, A. (2005). *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Astrolabio: Roma.
Goodman, A. (1992). Sexual addiction: designation and treatment, *Journal of sex and Marital Therapy, 18*, 303-314. doi: http://dx.doi.org/10.1080/00926239208412855.
Giusti, E. & Cinti Luciani A. (2008) *Proiezioni terapeutiche. Il cineforum della consapevolezza per una cura da Oscar*. Sovera: Roma.
Guerreschi, C. (2015). *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?*. Franco Angeli: Milano.
Hall, P. (2013). *Understanding and treating sex addiction: A comprehensive guide for people who struggle with sex addiction and those who want to help them*. Reutledge: London.
Indick, W. (2005). *Psicanalisi per il cinema. Meccanismi e patologie dell'inconscio per costruire storie e personaggi universali*. Audino Editore: Roma.
Iori, V. (2001). *Guardiamoci in un film. Scene di famiglia per educare alla vita emotiva*. Franco Angeli: Milano.
Kasl, C. (1989). *Women, sex, and addiction: A search love and power*. Ticknor & Fields: New York.
La Barbera, D., Caretti, V., Lambiase, E. & La Bua, M. (2005). Postfazione. *Compulsività ses-*

*suale: un inquadramento diagnostico, clinico e psicosomatico delle dipendenze sessuali*. In Goodman, A, *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Astrolabio: Roma.
Lago, G. (2002). *Orientamenti diagnostici in psichiatria e psicoterapia clinica. Tra teoria, casi clinici e personaggi cinematografici*. Edizione Magi: Roma.
Liggio, F. (2007). *Dipendenza e compulsività e dipendenza da reazione orgasmica*. In Avenia, F. Pistuddi, A. *Manuale sulla sex addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Franco angeli: Milano.
Mastronardi, V. (2005). *Filmtherapy. I film che ci aiutano a stare meglio*. Armando Editore: Roma.
Meneghetti, A. (1980). *Cinelogia: il cinema e l'inconscio*. Psicologia Editrice: Roma.
Morin, E. (1982). *Il cinema o l'uomo immaginario*. Feltrinelli: Milano.
Norwood, R. (1985). *Donne che amano troppo*. Feltrinelli: Milano.
Ravasi Bellocchio, L. (2004). *Gli occhiali d'oro. Il cinema nella stanza dell'analisi*. Moretti & Vitali: Bergamo.
Recalcati, M. (2012). *Jacques Lacan. Desiderio, godimento, soggettivazione*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
Ross, C. (1996). A qualitative study of sexually addicted women.Sexual addiction and Compulsivity, 3, 43-53. doi: http://dx.doi.org/10.1080/10720169608400099.
Schneider, J. & Schneider, B.H. (1991). Women sex addicts and their husbands: problem and recovery issues. *American Journal of Preventive Psichiatry Neurology, 3*, 1-5. Institute for Behavioral Medicine: Golden Valley.
Senatore, I. (2002). *Curare con il cinema*. Centro Scientifico Editore: Torino.
Senatore, I. (2004). *Il cineforum del dottor Freud*. Centro Scientifico Editore: Torino.
Shaeffer. B. (2009). *Is It Love Or Is It Addiction? The Book That Changed the Way We Think about Romance and Intimacy*. Hazelden Publishing: Center City Hazelden Publishing, Center City, Minnesota.

Dott.ssa Valeria Saladino



Sono psicologa, specializzata in scienze criminologiche e forensi ed in psicologia giuridica. Nel corso della mia formazione mi sono interessata all'ambito della psicologia della devianza, in particolare al fenomeno dell'istituzionalizzazione e alle dinamiche psicologiche che costituiscono quest'ultimo. Ho avuto modo di entrare in contatto con la realtà del carcere, partecipando ad interventi di valutazione e trattamento e alla progettazione di interventi rieducativi nei confronti di minori autori di reato. Mi sono soffermata in particolar modo sui reati a sfondo sessuale, facendo ricerca sulla categoria dei sex offender.
Attualmente mi occupo di *new addiction* e gestisco il Behavioral Addictions Research Team, Centro di ricerca sulle dipendenze comportamentali, attivo nella prevenzione e nella ricerca dei fattori di rischio connessi allo sviluppo delle nuove dipendenze.
Oltre alla ricerca svolgo attività di tutoring per chi è interessato al settore della ricerca e alla costruzione di elaborati di tesi a carattere sperimentale, fornendo le competenze necessarie per realizzare un approfondito lavoro di analisi nell'ambito della psicologia, della pedagogia ed affini; e attività di orientamento ai metodi di studio in ambito sia scolastico che universitario.
Una delle mie più grandi passioni è la scrittura, infatti scrivo spesso recensioni di libri e articoli inerenti la psicologia e supervisiono la rivista scientifica Quale Psicologia, della Scuola di specializzazione ad approccio breve strategico, l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie.

# Sexual offending. Aspetti psicologico-forensi

Valeria Saladino[1]

*Le teorie sulla devianza susseguitisi nel tempo sono diverse e presentano molteplici aspetti culturali, sociali e normativi. La psicologia ha analizzato meticolosamente le varie prospettive ed i fattori che possono incidere sullo sviluppo di una parafilia o condurre un individuo a trasformarsi in un pedofilo o in uno stupratore. Tali variabili sono state esaminate dalla teoria psicoanalitica Freudiana, dalle*
*teorie biologiche e del controllo degli impulsi, dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby, sino a congiungersi nelle teorie integrate (ITSO), le quali permettono una visione multi prospettica del comportamento deviante. Ulteriore punto da prendere in considerazione è la differenza fra la prospettiva giuridico-forense e quella puramente psicologica. Infatti, ciò che costituisce un disturbo parafilico non sempre equivale al reato. Ciò che è vero per la legge è da interpretare diversamente nel linguaggio psicologico. In ultimo verrà definito il profilo del pedofilo o child molester, il quale per quanto appartenente ad un gruppo eterogeneo, è identificabile in alcune caratteristiche che lo distinguono, quali il disimpegno morale e le distorsioni cognitive. Verranno dunque illustrati i prin-*

## Child Molester: prospettiva psico-giuridica

Il concetto di perversione sessuale ha visto copiose interpretazioni nell'arco dei secoli, da istinto procreativo, a forma istituzionalizzata di pedagogia, sino a condotta disdicevole. Da ciò si deduce che non esiste una visione unica e predeterminata di tale concetto ma connessa alla cultura ed al periodo storico da cui è influenzata. Il termine perversione sessuale può essere esplicitato in diverse accezioni: biologica, sociologica, psicologica e giuridica. In passato la devianza sessuale è stata concettualizzata in rapporto alla capacità dell'individuo di orientare i propri istinti sessuali in modo funzionale alla procreazione. Ne consegue che qualora l'istinto sessuale non fosse in rapporto con l'esigenza procreativa, o se dovesse volgere al soddisfacimento in modo non convenzionale, si parli di perversione sessuale. Tuttavia, nell'accezione puramente biologica il bisogno sessuale viene posto alla stregua delle necessità di nutrimento, dunque l'innata capacità di rispondere agli stimoli sessuali in condizioni di eccitamento, dimostra che in natura l'istinto alla sessualità è correlato sia alla necessità di soddisfacimento del bisogno sessuale che alla procreazione. La scelta del partner tra i mammiferi, come dimostrato dagli zoologi, è affidata sia al soddisfacimento immediato dell'istinto sessuale che alla maggiore probabilità di continuazione della specie. Dunque secondo tale lettura si potrebbe definire la perversione sessuale come libera espressione della natura umana. Tuttavia a livello sociale il comportamento dell'uomo potrebbe differire dalla sua natura biologica a causa delle costrizioni ambientali in cui esso agisce. Nella cultura greca infatti la formazione del fanciullo avveniva tramite iniziazione sessuale da parte di un uomo adulto, da ciò il termine pederastia, dalla radice παῖδ e ἐραστής "amore per i ragazzi". Analogamente, a seguito dell'ellenizzazione, tale concezione si diffuse anche a Roma. La pederastia e la sodomia non costituivano reato nei confronti di giovani liberi ed erano praticate dalle maggiori personalità politiche e militari dell'Antica Roma. Con l'andare del tempo le usanze greche persero parte dalla loro originaria filosofia. La pederastia fu completamente assorbita dalla sodomia e resa illegittima dal Cristianesimo. L'intolleranza proseguì nei secoli successivi. Durante il Rinascimento vigeva ancora la pratica di mandare a rogo i sodomiti, prevista dal sistema giudiziario della Santa Inquisizione. Nella medesima epoca in Francia vigeva la monarchia assoluta, il re Enrico III trasformò la corte in un harem di pederasti. In tale pro-

1 Psicologo clinico, esperto in psicologia giuridica e criminologia investigativa, PhD, Università di Cassino e del Lazio Meridionale.

spettiva spicca un personaggio noto come il Marchese de Sade, portavoce dell'infamia e del vizio, esponente del libertinaggio radicale, critica incredibilmente severa tanto al dogmatismo religioso quanto all'assolutismo politico. Egli introdusse una nuova correlazione fra sessualità e condotta deviante ponendo in essere molte perversioni conosciute oggi come parafilie: sadismo, masochismo, feticismo, coprofagia. Concetti simili alla filosofia sadista furono ripresi dallo psichiatra tedesco Richard Von Krafft-Ebing, il quale pubblicò nel 1886 *Psychopathia sexualis*, opera in cui enfatizzava l'influenza della sessualità nello sviluppo delle competenze sociali, definendola pulsione che stimola l'apprendimento, la creatività e la crescita individuale. Dunque la componente sessuale è la radice da cui nascono tutti i vizi e le virtù, in una complementarietà capace di descrivere la complessità umana. Krafft-Ebing tralasciò le influenze ambientali ed affermò che le perversioni dipendevano sia da una predisposizione all'aberrazione sessuale trasmessa da un parente affetto, che da regressioni a fasi dello sviluppo psicosessuale precedenti, le quali impedivano di progredire verso un comportamento sessualmente sano. L'autore divideva tali aberrazioni in base allo scopo e all'oggetto. Analogamente Sigmund Freud (1975) nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* classificava le perversioni in base all'*oggetto sessuale*, ciò che produce l'attrazione e, alla *meta sessuale*, ossia l'azione verso la quale la pulsione spinge. Secondo Freud una perversione è tale nel momento in cui il comportamento deviante diviene l'unica modalità di soddisfacimento sessuale. Come Freud, Kernberg (1993) definisce la perversione una deviazione dall'atto sessuale normale che prevede una modifica dell'oggetto e della meta sessuale. Lo studio delle perversioni sessuali tuttavia, data la mancanza di un concetto univoco che le rappresenti, ha visto un'ulteriore interpretazione in epoche più recenti. I movimenti femministi e l'antipsichiatria promossero il dibattito sulle perversioni, considerandole una trasgressione connotata da elementi ludici e capaci di amplificare l'evoluzione sessuale e l'autorealizzazione dell'individuo. In tale prospettiva prese piede in Italia la teoria del pansessualismo, dal prefisso greco *pan*, tutto. Il maggior esponente di tale approccio, Mario Meli, partendo dalle teorie freudiane sulla bisessualità, riteneva l'uomo un essere polimorfo e completo propenso a provare attrazione per entrambi i sessi. Tuttavia, nella maggior parte dei casi le perversioni, piuttosto che slancio creativo e sperimentazione ludica, erano il frutto di rigidi rituali e stereotipie a cui gli stessi soggetti, incapaci di stabilire relazioni sessuali funzionali, erano costretti per accedere alla propria sessualità. Da ciò si vide il bisogno di definire la perversione sessuale sia da un punto di vita psicologico che giuridico, distinguendola così dalle concezioni filosofiche e liberiste. Le due prospettive, psicologica e giuridica, derivano da radici epistemologiche diverse e propendono verso scopi differenti. Il diritto si basa su definizioni formali del lecito e dell'illecito, premurandosi di stabilire le condotte equivalenti al reato sessuale e differenziando la fattispecie di violenza su minori in base all'età della vittima, determinando la gravità della pena. Mentre la psicologia, in quanto scienza umana, è regolata da un'organizzazione più flessibile che non tiene conto unicamente del comportamento agito ma anche delle fantasie che, pur non traducendosi in atto sessuale incidono sul benessere individuale. Un'ulteriore distinzione operata dalla psicologia riguarda la propensione dell'autore del reato verso soggetti prepuberi o puberi, determinando la diversa definizione di pedofilo o autore di abuso sessuale su minore. La classificazione a cui fa riferimento la psicologia è quella riportata nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* promosso dall' American Psychiatric Association (1987). Nella sua terza edizione il *Manuale* (Ibidem) definì con il termine parafilie le perversioni sessuali, per sfuggire al giudizio moralistico ed evidenziare la scientificità del concetto. Nell'edizione successiva il DSM-IV (Andreoli & Rossi, 2005), come riportato da Petruccelli (2008), colloca le parafilie nella sezione dei "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere". Queste sono caratterizzate dalla presenza di fantasie, impulsi o comportamenti ricorrenti ed eccitanti sessualmente, rivolti ad oggetti inanimati, alla sofferenza o all'umiliazione di sé o del partner, a bambini o persone non consenzienti, per un tempo di almeno sei mesi (criterio A). Inoltre, tali condizioni devono compromettere a vari livelli la vita del soggetto, causando un disagio clinicamente significativo (criterio B). Le parafilie sono manifestazioni patologiche della sfera sessuale derivate da un'incapacità di investire su un oggetto specifico. Tale instabilità conduce il soggetto ad agire comportamenti rigidi, ossessivi e compulsivi per colmare l'angosciante senso di vuoto provato, deumanizzando così la vittima. Nella sua ultima edizione il *Manuale*, con l'obiettivo di aggiornare il concetto di parafilia rispetto agli ultimi riscontri empirici e clinici, ha appor-

tato cambiamenti significativi riguardo la criteriologia in merito all'identificazione della stessa. Partendo dal presupposto che la presenza di interessi sessuali atipici non comporti un disturbo mentale, il DSM-V, nel diagnosticare un "disturbo" parafiliaco, necessita della percezione egodistonica dei propri interessi sessuali; della sperimentazione di un forte distress non dovuto alla disapprovazione sociale e della presenza di desiderio sessuale o comportamenti che prevedono l'uso della coercizione e della violenza su soggetti non consenzienti. Inoltre, per definire ulteriormente il confine tra un comportamento sessualmente atipico ed un disturbo, la nomenclatura è stata modificata, aggiungendo al nome della parafilia il termine disturbo. Tale differenza terminologica, seppur sottile, rende possibile per un individuo impegnarsi in un comportamento sessualmente atipico, con partner consensuale, senza essere etichettato come affetto da un disturbo mentale. I criteri identificativi del disturbo parafiliaco riguardano, come nella precedete versione, l'oggetto dell'attenzione sessuale (criterio A) le conseguenze ed il disagio ad esso connesse (criterio B). Un individuo potrebbe soddisfare il primo criterio ma non il secondo, dunque avere una parafilia ma non un disturbo. Tali disturbi contenuti nella sezione "Disturbi parafilici" del DSM-V, si dividono in due gruppi. Il primo gruppo concerne i disturbi della *predilezione per attività inconsuete* e contiene i *disturbi del corteggiamento* (disturbo voyeuristico, disturbo esibizionistico e disturbo frotteuristico); e *disturbi algolagnici*, ossia che implicano dolore (disturbo da masochismo sessuale e disturbo da sadismo sessuale). Il secondo gruppo riguarda la *predilezione per l'atipicità dell'oggetto sessuale*, quindi si parla di disturbo pedofilico se l'attrazione sessuale coinvolge un soggetto minorenne, invece si parla di disturbo feticistico e da travestitismo se l'attenzione non è rivolta ad un essere umano. Il diritto, a dispetto della psicologia, enfatizza il bisogno di tutelare i valori del sociale ed i soggetti maggiormente esposti alla vittimizzazione. Per il diritto colui il quale commette un reato sta producendo un evento contrario rispetto alla specificità di un dato interesse. Nel caso della violenza sessuale ciò che viene ad essere lesa è la libertà della persona, dunque la sua violazione corrisponde a reato. Il concetto di lecito ed illecito nel contesto legislativo italiano si è evoluto nel tempo in base al contesto di riferimento. In precedenza infatti i delitti sessuali erano collocati dal legislatore del 1889 nel titolo VIII del secondo libro del Codice Penale "Dei delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie". Dunque si riconosceva la sessualità come un bene di categoria il quale rientra nel buon costume e nell'ordine delle famiglie. Nello specifico il giurista definisce buon costume "ordine etico-giuridico costituito dalla osservanza di quei limiti che sono ritenuti necessari per la sicurezza, per la libertà e per la moralità dei rapporti sessuali"; mentre l'ordine delle famiglie era *connesso all'istituto giuridico familiare regolato dallo Stato nel pubblico interesse, considerato nel complesso di quelle norme che tendono ad assicurare la moralità sessuale nelle famiglie ed in rapporto ad esse, e che impongono l'osservanza delle leggi giuridico-naturali delle generazioni* (Petruccelli & Petruccelli, 2004). In quest'ottica non era il soggetto ad essere tutelato ma bensì l'interesse sociale insito nell'assicurare l'inviolabilità dello stesso. Il Codice Zanardelli del 1889 riconosceva le violenze sessuali in due fattispecie: violenza carnale (art.519) e atti di libidine violenta (art.521). La prima categoria concerne la costrizione di un soggetto alla congiunzione carnale. La seconda invece l'utilizzo di violenza o minaccia per compiere atti di libidine non finalizzati alla violenza carnale. Secondo il medesimo Codice dunque bisognava che gli illeciti fossero imposti con violenza o minaccia, per cui il mancato consenso della persona non garantiva il perpetrarsi della fattispecie. In seguito, nel Codice Rocco del 1930 i reati sessuali vengono collocati nel titolo IX del secondo libro del Codice nei delitti contro "la moralità pubblica ed il buon costume". Il presente Codice si distingue dal precedente poiché ha introdotto la "libertà sessuale" tra i beni di categoria. Nonostante ciò l'interesse dello Stato verte comunque sulla tutela dei beni giuridici della moralità pubblica e del buon costume, in quanto fa rientrare nella libertà sessuale il senso di pudore e di onore sessuale. Rimangono dunque invariati i contenuti distintivi circa le due fattispecie di violenza sessuale e atti di libidine. Un cambiamento radicale si ebbe con la legge del 15 febbraio n.66 del 1996 "Norme contro la violenza sessuale", che rappresentò un notevole cambio di prospettiva rispetto al reato di violenza sessuale. Quest'ultima colloca i delitti sessuali da reati contro "la moralità pubblica ed il buon costume", a "delitti contro la persona", punisce la violenza sessuale e prevede la sanzione di adulti che consumino rapporti sessuali con soggetti minori ed in stato di inferiorità fisica o psichica. La libertà sessuale viene in tal modo riconosciuta come parte della libertà indivi-

duale del soggetto e diritto inviolabile pronunciato dalla Corte Costituzionale del 18 dicembre 1987 n.561. Questa afferma infatti *essendo la sessualità uno degli essenziali modi di espressione della persona umana, il diritto di disporne è senza dubbio un diritto soggettivo assoluto, che va ricompreso tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione ed inquadrato tra i diritti inviolabili della persona umana che l'art. 3 Cost. impone di garantire* (Ibidem). La legge 66/96 conferma inoltre le predisposizioni del dibattito internazionale precisate dalle *Regole minime per l'amministrazione della giustizia minorile*, adottate durante l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 29 Dicembre 1985 a New York; la *Convenzione sui Diritti del fanciullo*, New York 20 novembre 1989 e ratificata con la legge del 27 maggio 1991, n.176; la *Convenzione europea di Strasburgo sull'esercizio dei diritti dei minori*, adottata dal Consiglio d'Europa a Strasburgo il 25 gennaio 1996. Ulteriore modifica apportata dalla legge 66/96 è l'abrogazione dei delitti di violenza carnale e atti di libidine violenta e l'introduzione di un unico delitto di violenza sessuale, da cui deriva l'articolo 609 *bis*. Il legislatore riassume sotto il nome di "atti sessuali" le due fattispecie, violenza carnale e atti di libidine e riconosce due tipologie di atti sessuali, quelli abusivi e quelli fraudolenti. Si parla di atto abusivo quando viene perpetrato con l'abuso di autorità, oppure se agito su soggetto affetto da inferiorità fisica o psichica, mentre si parla di reato fraudolento qualora sia stato commesso fingendosi un'altra persona. Inoltre tale legge prevede delle aggravanti determinate dall'età del soggetto e da condizioni peculiari (art.609 *ter*). La pena della reclusione sarà maggiore qualora il reato venga perpetrato nei confronti di persona infra decenne e infra quattordicenne; se vede l'uso di armi o sostanze alcoliche o narcotiche; se agito da persona che si finga pubblico ufficiale o su persona sottoposta a limitazioni della libertà personale e compiuto su soggetto di anni sedici qualora il colpevole sia tutore, genitore o ascendente. Da quanto detto si evince come il comportamento abusante sia ascrivibile a quelle interazioni coercitive a cui è sottoposto un individuo all'interno di una relazione non paritaria. Si definisce l'abuso sessuale in un range di comportamenti riguardanti la violenza sessuale e l'abuso infantile. Tali condotte comprendono stupro, sodomia, sesso orale, masturbazione, carezze e baci forzati, atti di esibizionismo e voyeurismo. L'eterogeneità delle condotte e delle personalità abusanti riscontrata nelle copiose ricerche susseguitesi nel tempo ha ostacolato l'affermarsi d'una interpretazione univoca cui fare riferimento. Attualmente vi sono svariate teorie esplicative sul comportamento abusante che si focalizzano su determinati fattori. Alcune limitano l'osservazione del fenomeno a singole variabili e prendono il nome di *Single Factor Theories*. Mentre modelli più contemporanei pongono l'accento sull'interazione di diversi fattori, ossia le *Multifactor Theories*. Della prima categoria fanno parte tutte quelle teorie che tengono conto unicamente di singoli fattori esplicativi la condotta umana. In tal modo si semplificano atteggiamenti complessi, ed il comportamento viene definito in maniera determinista. Fanno parte di tale categoria l'approccio biologico, cognitivo comportamentale, sistemico relazionale e psicoanalitico. Secondo le teorie biologiche è possibile riscontrare dei fattori predisponenti al crimine ed in particolare alle condotte sessuali devianti. Il Dr. Gene G. Abel (1977) si dedicò allo studio dell'eccitamento sessuale nei sex offender, riscontrando come questi mostravano una maggiore eccitazione sessuale quando gli venivano proposte scene di aggressioni sessuali, rispetto a soggetti di controllo. Inoltre tale metodo permise di discriminare il pedofilo dallo stupratore, il quale non sperimenta un'eccitazione deviante. Dunque il pedofilo, che raramente usa violenza sul bambino, elicita un *arousal* sessuale unicamente in sua presenza, mostrando un'attivazione fisiologica ad uno stimolo normalmente inibente l'eccitazione sessuale (Petruccelli & Pedata, 2008). Secondo l'approccio medico-biologico gli ormoni sessuali investono un ruolo importante nell'influenzamento dei comportamenti di abuso e violenza sessuale. Questi possono essere trattati attraverso procedure come la castrazione chimica a base di medroxy progesterone acetato ed il ciproterone acetato (Ibidem). Barbaree e Marshall (1991) hanno riscontrato, oltre al deficit nel controllo della risposta riportato da Abel, un deficit nel controllo dello stimolo. In tale prospettiva assume fondamentale importanza l'associazione stimolo-risposta, derivante dall'esperienza. A tal proposito, secondo il modello di controllo dello stimolo dell'approccio cognitivo-comportamentale, il sex offender ha imparato durante il suo sviluppo ad associare lo stimolo sessuale deviante all'eccitazione sessuale. Tale risposta *stimulus equivalence* (Stewart & Boles, 2010) deriva, nella violenza sessuale, dall'associazione tra elementi di forza e sottomissione e l'eccitazione. Il sex offender dà inizio all'abuso e lo

perpetra nel tempo in quanto l'atto in sé produce ulteriore soddisfacimento, alimentando lo stato emozionale del soggetto agisce da rinforzo positivo. Dunque l'eccitazione sessuale viene prima valutata e secondariamente agita. Il pedofilo valuta positivamente l'abuso sul bambino, non percependo il danno arrecato né l'eventuale punizione. Per tale motivo l'eccitazione sessuale verso il minore sarà facilitata dalla valutazione cognitiva positiva e di conseguenza agita. Ulteriore approccio di notevole importanza è il sistemico-relazionale secondo cui il bambino non subisce esclusivamente violenze sessuali ma, anche maltrattamenti fisici e psicologici ed è spesso vittima di incuria, discuria o ipercuria da parte dei genitori. Secondo Montecchi (1998) esistono due tipologie di abuso sessuale: intrafamiliare che comprende abusi sessuali manifesti, mascherati e pseudo abusi, ed extrafamiliare, che comprende tipologie di abuso commesse al di fuori del nucleo familiare. La maggior parte degli abusi sessuali infantili sono perpetrati all'interno delle mura domestiche. Il sistema familiare incestuoso è costituito da confini rigidi (Minuchin, Nichols & Lee, 1998) in cui vige una gerarchia inflessibile. In ultimo, l'approccio psicoanalitico pone la teoria della libido freudiana ed il funzionamento della *libido dell'Io* all'origine delle perversioni sessuali. Qualora si verificasse un arresto in una delle fasi dello sviluppo i desideri sessuali rimangono fissati e regrediscono a stadi infantili. La libido dell'Io è anche una libido *narcisistica*, lo stesso Bowlby (1999) definì la relazione madre-bambino una ricerca continua di omeostasi narcisistica. Qualora il soggetto non riesca a stabilire un contatto intimo con la figura di riferimento, a causa di abusi o maltrattamenti, rischierebbe di nutrire timore nei confronti degli adulti, investendo la sua pulsione sessuale verso un oggetto meno ansiogeno. Questo è il caso del pedofilo, il quale ricerca un'identificazione narcisistica nel bambino per colmare il vuoto lasciato dal bisogno di dipendenza. Secondo lo psicoanalista Stoller (1978) le perversioni sono forme erotiche dell'odio, per cui il pedofilo non è attratto dal bambino in quanto tale ma per ciò che rappresenta, la deumanizzazione della vittima è funzionale al trionfo dell'adulto sul senso di impotenza post-traumatica. Dunque, come afferma Groth (Strano, 2003) la reale motivazione dell'abusatore è pseudo sessuale, in quanto mira alla soluzione di drammi esistenziali. Nella prospettiva delle teorie multifattoriali o delle ITSO (*Integrated theory of sexual offending*), invece, è l'interazione tra fattori culturali, biologici ed individuali che crea condizioni favorevoli o sfavorevoli la condotta abusante. Marshall e Barbaree (1990) proposero una teoria integrata o l'Integrated Theory, la quale suggerisce che l'essere esposti a maltrattamenti e violenze sistematiche in età precoce influenza lo sviluppo di comportamenti aggressivi e sessuali. Ciò rende l'individuo vulnerabile a future problematiche socio-relazionali e di autoregolazione emotiva e degli impulsi. La persona, a causa di queste vulnerabilità derivate dall'infanzia, potrebbe esperire la fase adolescenziale con maggiore disagio e riproporrà il comportamento appreso anche nel corso dell'età adulta, servendosi del sexual offending per riacquistare l'autostima ed il controllo della sua vita. Ulteriore approccio di riferimento è il modello multivariato quadripartito elaborato da Hall e Hirschman (1992), i quali considerano l'interazione di quattro precursori motivazionali nell'analisi dell'abuso sessuale: attivazione sessuale fisiologica, giustificazioni cognitive all'agito sessuale, disregolazione emotiva, fattori personologici. Inoltre, varie combinazioni di questi fattori caratterizzano distinti sottotipi di abuso. Un primo sottotipo vede come precursore l'arousal sessuale deviante, modulato da fantasie su soggetti prepuberi. Il precursore cognitivo implica una valutazione degli stimoli esterni distorta dalla razionalizzazione dell'agito deviante e dunque ad un'errata interpretazione del comportamento della vittima, spesso definito sessualmente provocatorio, che giustifica così l'incesto o lo stupro. La disregolazione emotiva, invece, conduce spesso il soggetto a commettere violenze dettate da impulsi non sessuali, come lo stupratore per rabbia o il pedofilo situazionale. L'ultimo precursore comprende i disordini di personalità evolutivi. A questo sottogruppo appartengono coloro i quali, a causa di esperienze traumatiche infantili, fautrici di deficit affettivi, intellettivi ed emozionali, hanno sviluppato scarse abilità socio-relazionali. L'emarginazione sociale ed il senso di inadeguatezza porta tali soggetti a preferire relazioni sessuali con i bambini, in sostituzione dei coetanei, nei confronti dei quali nutrono una profonda insicurezza. Un altro modello di riferimento è quello di Finkelhor (1984), il quale suggerisce la presenza dei seguenti fattori necessari al verificarsi dell'abuso sessuale: corrispondenza emotiva, eccitazione sessuale, blocco, disinibizione. Da questi fattori derivano quattro precondizioni che si verificano in una sequenza temporale. La prima precondizione è la motivazione all'abuso, favorita

da una condizione di blocco che garantisce una corrispondenza emotiva verso il bambino, divenuto oggetto di eccitazione sessuale. La seconda precondizione riguarda il fattore della disinibizione, ossia il superamento delle inibizioni interne al soggetto che ostacolano la normale proibizione del comportamento deviante. La terza precondizione è caratterizzata invece dal superamento di fattori inibitori esterni, ossia la presenza di un ambiente garante la sicurezza del bambino che non dia opportunità al pedofilo di compiere l'abuso. L'ultima precondizione è caratterizzata dalla neutralizzazione delle resistenze della vittima. Le strategie utilizzate dall'offender comprendono il fare regali, il graduale avvicinamento del bambino, lo stabilire un rapporto di fiducia, ed anche l'uso della violenza. Le ultime due precondizioni sono associate al processo che conduce all'abuso sessuale, non sono dunque correlate ai quattro fattori che lo motivano.

**Child Molester Profile**

Sovente si è tentato di individuare le peculiarità dell'autore di reato sessuale, soffermandosi su specifiche caratteristiche demografiche, di personalità ed altre variabili. Nonostante cospicue ricerche abbiano sfatato il mito dell'esistenza del profilo del sex offender, sottolineando l'eterogeneità delle caratteristiche demografiche, ambientali, socio-economiche, intellettive, familiari, psicopatologiche e personologiche, dall'analisi di un vasto campione di abusatori sessuali è stato possibile riscontrare alcune caratteristiche comuni:

***Interessi sessuali devianti***: i sex offender sono accomunati da fantasie devianti da cui deriva l'arousal sessuale, tali interessi possono iniziare durante la fanciullezza per poi meglio definirsi in età adulta. L'incontro sessuale pre-pensato viene riprodotto in maniera ritualizzata e coartata, perdendo la spontaneità e la creatività e deumanizzando i protagonisti. La precocità delle fantasie sessuali e la fissazione ad uno stato di gratificazione derivata dall'atto masturbatorio, influenzano lo sviluppo dell'intera struttura psichica, ledendo le capacità interpersonali. Nell'immaginazione il soggetto può ricavare piacere dall'inversione dei ruoli, come nella monade sadomasochistica proposta da De Masi (2007) in cui il proprio corpo diviene teatro di aggressioni e vittimizzazioni escludendo la partecipazione di altri. La perversione è una fuga in stati psichici sessualizzati che ha inizio durante l'infanzia ed impedisce un normale sviluppo psico-affettivo, in quanto determina il ritiro in un mondo interiore a cui il soggetto è assuefatto. Il passaggio dalla fantasia all'agito criminale deriva dalla ricerca tossicomanica di una dose di eccitamento sempre maggiore che conduce a una escalation pericolosa, sino alla distruzione dell'oggetto. Tali fantasie includono impegnarsi in relazioni con bambini o adolescenti, avere rapporti sessuali con soggetti non consenzienti, infliggere dolore o umiliazione, partecipare ad aggressioni o violenze, atti di esibizionismo e voyeurismo.

***Distorsioni cognitive***: diverse teorie concordano nel ritenere i sex offender consapevoli dell'illegalità e della gravità del loro comportamento e tuttavia propensi a perpetrarlo. L'abuso è dunque il risultato di distorsioni cognitive atte a legittimare l'azione deviante, minimizzando il danno e squalificando la vittima. Mann e Beech (2003) suggeriscono che le attitudini di pro-offending scaturiscono da schemi disfunzionali che, interagendo con stimoli ambientali, producono distorsioni cognitive. Gli stupratori prediligono schemi categoriali di ostilità verso le donne, mentre i pedofili credono nello stereotipo del bambino sessualizzato. Gli schemi dotano di significato gli stimoli ambigui, attivando il sistema mnestico ed emotivo-motivazionale del soggetto, il quale interpreta lo sguardo di una donna o il sorriso di un bambino coerentemente con essi. I *bias* interpretativi sono influenzati a loro volta dalle credenze che l'offender ha nei confronti di se stesso e del rapporto con gli altri. Ad esempio alla credenza "io devo controllare gli altri", "loro vogliono farmi del male", quando il soggetto si sentirà minacciato incrementerà tali schemi di potere, favorendo emozioni di rabbia ed ansia che si tradurranno in aggressioni o violenze.

***Deficit socio-relazionali***: ulteriore caratteristica comune ai sex offender riguarda le scarse capacità comunicative, relazionali, empatiche e di *coping*. Tra i fattori d'influenza dell'abuso l'attaccamento ha un ruolo centrale nello stabilire e mantenere relazioni intime. L'attaccamento preoccupato è maggiormente ravvisabile nel pedofilo, il quale sessualizza la relazione con la vittima per fronteggiare il bisogno non riconosciuto di intimità. Mentre gli stupratori mostrano un attaccamento evitante che si traduce in forti sentimenti di ostilità e violenza contro le donne. Inoltre esperienze educative punitive ed abusi fisici e sessuali comportano lo sviluppo di un quadro antisociale che inficia la capacità empatica. In-

fatti il confine tra aggressività e sessualità è talmente labile, che nel momento in cui il soggetto non riesce a soddisfare i suoi bisogni interpersonali, utilizza la forza ottenendo un contatto attraverso la coercizione della vittima. Tale comportamento è facilitato dal deficit empatico, che può essere generalizzabile o specifico. I sex offender hanno spesso problemi nel gestire appropriatamente le emozioni, ciò genera un forte disagio psicologico che unito alle carenze comunicative e alle scarse capacità di coping favorisce un comportamento impulsivo. L'individuo ricerca così nell'intimità la sua *self-efficacy*. Dunque egli utilizza il mezzo della violenza sessuale per un bisogno non sessuale.

***Disturbi, tratti e personalità***: uno dei problemi maggiormente affrontati circa la ricerca in ambito di reati sessuali riguarda l'appartenenza dei sex offender a gruppi eterogenei, per cui risulta difficile situarli sotto un unico profilo personologico. Consci di tale precisazione diversi studi hanno riscontrato la prevalenza di disturbi d'ansia, dell'umore e da uso di sostanze, oltre che disturbi di personalità di cluster B e C nei soggetti che commettono reati a sfondo sessuale. Tra i disturbi evidenziabili nei sex offender il *Disturbo Borderline di Personalità* (BPD) rimanda ad una modalità pervasiva di instabilità nelle relazioni interpersonali e nell'immagine del sé che può comportare reati sessuali e crimini violenti motivati da uno stato di tensione e sentimenti di rivalsa. Inoltre il BPD è correlato ai disturbi dell'umore, del controllo degli impulsi e di abuso di sostanze. Simile al quadro borderline è il *Disturbo Istrionico di Personalità*, in cui il soggetto manifesta dispersione dell'identità, disturbi delle relazioni oggettuali, mancanza di controllo degli impulsi, comportamenti sessuali perversi e tendenze antisociali. Mentre il *Disturbo Narcisistico di Personalità* è caratterizzato da un senso grandioso di importanza, fantasie di successo, richiesta di ammirazione, sensazione che tutto gli sia dovuto, mancanza di empatia e sfruttamento interpersonale che conducono il soggetto al ritiro sociale e depressione a seguito di umiliazioni subite e, ad episodi ipomaniacali in situazioni gratificanti che possono sfociare in abusi o violenze. L'atteggiamento prepotente, arrogante e la percezione di dover essere soddisfatti in ogni bisogno è una caratteristica tipica di molti sex offender, soprattutto coloro i quali scelgono di rapportarsi con i minori per paura di ricevere umiliazioni dal confronto con un adulto, il quale rischierebbe di ledere ulteriormente la loro autostima. Un altro è il *Disturbo Antisociale di Personalità*, fortemente correlato con l'abuso di sostanze e caratterizzato da incapacità di rispettare le norme sociali, mancanza di lealtà e manipolazione a fini personali, impulsività, agiti aggressivi in stati di irritabilità, inosservanza della sicurezza propria ed altrui, incapacità progettuale e mancanza di rimorso. Pur non esistendo una psicopatologia univoca né un profilo standard di pedofilo o stupratore, è possibile distinguere diverse tipologie basate su caratteristiche dell'abuso sessuale. La pedofilia può svilupparsi in modo lieve, moderato e grave. Nel primo caso è presente un disagio connesso agli impulsi parafiliaci che vengono unicamente fantasticati, senza essere agiti. Il grado lieve è tipico dei pedofili *latenti*, i quali nutrono fantasie erotiche verso i minori ma non arrivano ad agire. Nel secondo caso il pedofilo mette in atto le sue fantasie solo quando gli si presenta l'occasione, mentre nel livello grave il soggetto attua sistematicamente l'abuso. Quest'ultimo potrebbe configurarsi nel pedofilo *attivo* che mette in atto il comportamento abusante, a volte tramite l'uso della violenza, e potrebbe essere affetto da disturbi che esulano dalla componente sessuale. Il disturbo pedofilico ha inizio durate l'adolescenza ed ha un decorso cronico, coinvolge maggiormente il sesso maschile, nonostante vi siano anche tipologie di pedofilia femminile. Le principali caratteristiche differenziali delle condotte pedofiliche riguardano la situazionalità o sistematicità dell'abuso, il sesso, l'età ed il grado di conoscenza della vittima, la motivazione principale ed il livello di aggressività utilizzato. Holmes e Holmes (Giulini & Xella, 2011) a partire dalla classificazione di Nicolas Groth, hanno proposto una categorizzazione delle condotte pedofiliche, distinguendo il pedofilo in *preferenziale e situazionale*. Della prima tipologia fanno parte gli individui che proiettano le loro fantasie sui bambini, ingaggiando rapporti sessuali con essi. La pedofilia preferenziale o maligna, come definita da Lanning (Strano, 2003) è egosintonica e si può manifestare sia attraverso un erotismo parziale unito alla violenza che tramite la seduzione. La suddivisione di Holmes e Holmes prevede tre sottotipi di pedofilia preferenziale:

- ***Pedofilo sadico***: il bambino è unicamente una facile preda da sottomettere al dominio distruttivo del sadico, la cui escalation dipende dal grado di assuefazione promosso dalle torture, che si intensificano sino al raggiungimento del piacere orgasmico, culmi-

nante con l'omicidio. Pianifica l'azione studiandone i minimi dettagli ed agisce in maniera ritualizzata, analogamente al serial killer a sfondo sessuale.
• ***Pedofilo seduttivo***: interagisce con la vittima e spesso ne abusa sistematicamente per lungo tempo. Il seduttivo tende a corteggiare il bambino con doni e attenzioni, sfruttando la fiducia di quest'ultimo in quanto precedentemente conosciuto.
• ***Pedofilo fissato***: il pedofilo fissato o "romantico" (De Masi, 1998) è principalmente un soggetto che, spinto dal rifiuto del mondo adulto, rifugia l'angoscia di morte attraverso una strutturata sfera sessuale ed affettiva rivolta verso bambini e adolescenti, idealizzando la vita infantile come luogo di eterna felicità.
Nella pedofilia situazionale o benigna, il pedofilo non è spinto all'abuso da esigenze affettive strutturate ma da una gratificazione occasionale in cui può rivolgersi a soggetti vulnerabili, sia adulti che bambini. La predilezione verso il mondo infantile deriva unicamente dal fatto che il minore è più facile da assoggettare e dominare rispetto all'adulto. A differenza del preferenziale è egodistonico e contrariamente alla struttura sadica il pedofilo situazionale non prevede l'uso della violenza ma riconosce i bisogni del bambino, con il quale cerca di instaurare un rapporto di complicità, assicurando il segreto circa l'abuso. All'interno di questa categoria vi sono quattro sottotipi di pedofilo:
• ***Pedofilo regressivo***: questo tipo di pedofilo è solitamente capace di vivere una vita apparentemente normale, ha una famiglia, un lavoro e delle amicizie. La sua incapacità nella gestione dei fattori stressogeni potrebbe condurlo a rivolgere la sua attenzione verso il minore percepito come pseudo adulto.
• ***Pedofilo moralmente indiscriminato***: il pedofilo moralmente indiscriminato è un individuo immaturo, con carenze psico-affettive, incapace di valutare coscientemente le conseguenze delle sue azioni. Egli agisce impulsivamente soprattutto sui figli.
• ***Pedofilo sessualmente indiscriminato***: anche in questo caso il pedofilo agisce impulsivamente e sceglie il bambino poiché preda facile. La differenza principale riguarda il coinvolgimento della vittima in abusi sessuali di tipo perverso e bizzarro. L'esperienza sessuale con il minore deriva dalla volontà di sperimentare sessualmente qualcosa di nuovo ed eccitante.
• ***Pedofilo inadeguato***: l'inadeguato è un soggetto portatore di deficit psichici che lo portano a non distinguere fra bene e male, né a provare sentimenti di colpa. A causa di tale condizione l'individuo è emarginato socialmente, vive spesso con i genitori e nonostante fantastichi rapporti con i coetanei, non riesce a rapportarsi con essi. La sua insicurezza lo porta a preferire i bambini, pur non essendone naturalmente attratto.
Ulteriore tentativo di classificazione è stato portato avanti a partire dalle ricerche sulla relazione fra vittima e autore di reato. Importane contributo si deve ai ricercatori Knight e Prentky (Petruccelli & Petruccelli, 2004) i quali hanno raccolto presso il Massachusetts Treatment Center (MTC) dati esplicativi la complessità delle tipologie pedofile. Il CM3 (Child Molester, Version 3) è un modello di classificazione basato sulle caratteristiche del pedofilo e sull'interazione con le vittime, si divide in due assi. Il primo (Degree of fixation) è basato sul grado di fissazione del soggetto alla perversione in relazione al livello di competenza sociale. In tal modo è possibile ricavare quattro condizioni diverse: alta fissazione/alta competenza sociale, alta fissazione/bassa competenza sociale, bassa fissazione/alta competenza sociale, bassa fissazione/bassa competenza sociale. Il secondo asse (Amount of contact) riguarda il livello di contatto tra il pedofilo e la vittima. Il livello alto si divide in due categorie basate sul tipo di relazione a cui il soggetto mira, interpersonale o narcisistica.
• ***Tipo interpersonale***: tale tipologia è tipica di quei soggetti che cercano un alto contatto con il bambino, conosciuto in precedenza, con lo scopo di instaurare una relazione a lungo termine. L'atto viene pianificato dal pedofilo e non prevede il coinvolgimento dei genitali.
• ***Tipo narcisistico***: nonostante la ricerca di alto contatto, il narcisistico, a differenza dell'interpersonale ha un interesse auto centrato, si avvicina al bambino per il solo scopo di ottenere gratificazione sessuale. Il suo è un atto impulsivo e prevede atti di tipo fallico. La vittima è sconosciuta ed èabusata in un unico episodio, non sistematicamente.
Il livello basso invece definisce la presenza di violenza nell'abuso da cui derivano quattro tipologie:
• ***Tipo situazionale***: questa tipologia prevede uno scarso contatto con la vittima ed un'aggressione non erotizzata di tipo fallico. La vittima è sconosciuta, l'atto non è pianificato. Tale abuso riscontra poche ferite sul corpo della vittima.
• ***Tipo sadico-inibito***: anche in questo caso la vittima è sconosciuta, la ricerca di contatto è scarsa e le ferite riportate sono poche.
• ***Tipo aggressivo***: nel tipo aggressivo il con-

tatto ed il grado di pianificazione sono scarsi e la vittima straniera. Il livello di aggressività è maggiore, per cui le ferite riportate rappresentano un grado elevato ed inoltre gli atti sessuali sono altamente fallici e privi dell'elemento erotico.
• ***Tipo sadico:*** il pedofilo di tipo sadico ricerca uno scarso contatto e pianifica attentamente l'atto. La vittima è sconosciuta ed il grado di violenza inferta è elevata.

Ulteriore approccio alla classificazione dei sex offender è stato proposto da Ward e Hudson (Lambine & Leguizamo, 2010) con il *Self Regulation Model*. Questo modello si basa sull'individuazione di specifici gruppi divisi per obiettivi, di approccio o fuga e per strategie, attive, passive, automatiche ed esplicite. Da ciò si evincono quattro categorie distinte:
• ***Fuga-passivo***: gruppo composto da individui che tendono ad evitare l'azione deviante, verso la quale sono spinti dalle scarse strategie di coping e dall'eccessiva impulsività, che li vede incapaci di autocontrollo.
• ***Fuga-attivo***: i soggetti appartenenti a questo gruppo mettono in atto una serie di strategie per raggiungere l'obiettivo di fuga rispetto l'abuso. Ad esempio se colto da fantasie devianti verso una potenziale vittima, anziché cedere all'acting sessuale, il soggetto potrebbe assumere alcolici o mettere in atto un comportamento masturbatorio. Alcuni riescono a controllarsi, altri invece utilizzano strategie disfunzionali.
• ***Approccio-automatico***: il sex offender che segue un obiettivo di approccio desidera compiere l'abuso ma non necessariamente pianificando attivamente l'atto. Egli potrebbe infatti utilizzare copioni appresi e sepolti nel subconscio, riattivati da una situazione stimolo.
• ***Approccio-esplicito***: il soggetto in questo caso non solo desidera compiere l'abuso ma pianifica l'azione, per poterla portare a termine nel migliore dei modi. Questo gruppo di soggetti identifica e mira ad uno specifico tipo di vittima, ne studia le abitudini e pazientemente riduce la distanza che li separa.

**Disimpegno morale e Distorsioni cognitive**

Vi sono casi in cui l'individuo si trova in una situazione vantaggiosa i cui benefici possono essere raggiungi unicamente tramite l'azione deviante. Allora entrano in gioco dei meccanismi atti a neutralizzare temporaneamente la coscienza connessa alla condotta trasgressiva. Questi ultimi derivano dall'apprendimento di due tipologie di sanzioni dinnanzi la violazione delle norme etiche e sociali: le sanzioni sociali, che espongono il soggetto a punizione in base alle normative di riferimento e le sanzioni internalizzate, le quali operano anticipando le conseguenze del proprio comportamento. L'internalizzazione della sanzione è profondamente radicata nella personalità del soggetto, tuttavia è comunque possibile agire un comportamento deviante senza ledere l'autostima o nutrire sensi di colpa, ottenendo così i vantaggi sperati, attraverso i meccanismi di disimpegno morale. Lo psicologo canadese Albert Bandura (1971) espone tale costrutto a partire dalla riformulazione delle tesi cognitivo-evolutive di Piaget e Kohlberg (Vianello, 2009) riguardo lo sviluppo della molalità. Secondo lo psicologo canadese il disimpegno è reso possibile non da un deficit intellettivo, come riferiva Piaget, né da principi morali presenti in una gerarchia precostituita definita da Kohlbeg, ma deriva piuttosto da una costellazione di esperienze che influiscono sull'individuo a partire dalla prima infanzia. Bandura approfondisce le condizioni che favoriscono l'inibizione del controllo morale interno e che rendono possibile il comportamento immorale tramite l'attivazione dei meccanismi di disimpegno. Questi sono applicabili a tre fasi di cognizione: la valutazione della condotta deviante, la valutazione delle conseguenze in relazione al senso di *agency* e la valutazione della vittima.

**Valutazione della condotta deviante**:
• ***Giustificazione morale***: simile al meccanismo psicodinamico della razionalizzazione, la giustificazione morale rende accessibile alla condotta un comportamento socialmente disdicevole, tramite l'ideologizzazione della devianza mistificata in imperativo sociale. Un esempio è il delitto d'onore o in nome della patria o della propria ideologa religiosa.
• ***Etichettamento eufemistico***: l'autore di reato fugge l'efferatezza del crimine commesso tramite l'utilizzo dell'eufemismo, figura retorica dal significato di "parlar bene", che tende ad affievolire il contenuto di un'espressione particolarmente grave. L'etichettamento eufemistico permette al reo di alleggerire il carico emotivo connesso all'azione deviante.
• ***Confronto vantaggioso***: tale meccanismo permette di alterare la percezione del giudizio riguardo l'azione deviante attraverso il confronto con una condotta ancora più disdicevole. Il rapporto di paragone sarà dunque inversamente proporzionale, in quanto più riprovevole sarà il fatto posto a confronto, più la condotta dell'offender passerà

in secondo piano. Il soggetto inibisce il deterrente interno garantendo l'auto approvazione dinnanzi condotte devianti che saranno così fonte di autostima.

**Valutazione delle conseguenze in relazione al senso di agency o capacità di azione del soggetto**:
• ***Dislocazione della responsabilità***: il soggetto tramite questo meccanismo non si sente direttamente responsabile del proprio operato poiché lo riconduce ad un ordine superiore. Milgram (2003) nei suoi esperimenti sull'autorità, dimostrò che l'obbedienza cresce proporzionalmente all'autorità che assegna i comandi.
• ***Diffusione della responsabilità***: la diffusione della responsabilità fa sì che il singolo esperisca l'azione come parcellizzata in tante parti singolarmente innocue ma che nel contesto danno vita ad un'azione crudele. In tal modo la responsabilità ricade sul gruppo e rende possibile il perpetuare l'azione senza rimorsi. Come ci dimostra Zimbardo (2008) ideatore dell'esperimento carcerario di Stanford.
• ***Distorsione delle conseguenze***: minimizzare il fatto reato permette al reo di riportare alla mente unicamente le informazioni vantaggiose, negando il resto. Dunque avviene una selezione strumentale dell'informazione a propria discolpa.



**Valutazione della vittima**:
• ***Disumanizzazione della vittima***: la percezione della vittima come oggetto utile alla soddisfazione dei bisogni permette all'offender di scemare il senso di angoscia arrecato dalla sofferenza di quest'ultima.
• ***Attribuzione di colpa***: attribuire la colpa alla parte avversa garantisce la giustificazione del proprio comportamento sia dinnanzi a se stessi che al sociale. I bambini aggressivi tendono ad attribuire l'ostilità ad altri, ritorcendosi contro questi legittimamente.

Da una mole di ricerche circa il disimpegno morale nei sex offender, si evinse come tra le caratteristiche principali di questa categoria di autori di reato rientra l'atteggiamento di negazione e minimizzazione relativamente alla propria responsabilità circa il fatto-reato e le conseguenze sulla vittima. La negazione ha assunto una notevole importanza soprattutto per quanto riguarda il coinvolgimento dei sex offender in progetti trattamentali. La principale questione rispetto al trattamento concerne l'assunzione della negazione come strategia difensiva conscia o apparato strutturale radicato nella personalità. Inoltre la negazione non è un costrutto dicotomico ma si evolve lungo un continuum. Analogamente ai tre momenti valutativi del disimpegno morale, dal lavoro sui sex offender emergono tre componenti della negazione, riguardanti il comportamento agito, la responsabilità e la gravità del fatto. Kennedy e Grubin (1992), esaminando i *patterns* di negazione, riscontrarono le seguenti sottoscale: negazione dei fatti, della responsabilità, attribuzione interna di colpa, attribuzione esterna di colpa, negazione di preferenze sessuali devianti, negazione di effetti negativi sulla vittima, negazione del bisogno di una sanzione sociale. Marshall, Anderson e Fernandez (2001) identificano due tipologie di negazione: totale e parziale. Qualora il soggetto utilizzi la negazione totale, egli negherà completamente il fatto. Se invece dovesse usare la negazione parziale, asserirà di aver commesso il fatto, minimizzando il reato, il danno, la responsabilità, la premeditazione o le fantasie. Dunque in un'ottica di negazione come difesa strumentale rientra il così detto modello adattivo, in base al quale maggiori sono i vantaggi ottenuti tramite la negazione maggiore sarà la probabilità di negare il fatto. L'auto-protezione tuttavia non deriva unicamente dal bisogno del soggetto di mantenere una buona immagine di sé, ma anche dalla volontà di evitare sanzioni sociali e legali. Ciò è ravvisabile anche nei reparti "protetti" degli istituti penitenziari in cui l'ammissione del fatto da parte del sex offender ne segnerebbe la stigmatizzazione dai detenuti comuni. Per cui lo stesso contesto sociale, oltre che penale, modula il meccanismo della negazione spesso perpetrandone l'uso e facilitando la recidiva. Da un punto di vista di struttura di personalità invece, la negazione differisce nei sex offender in base alle categorie di reato. Barbaree (1991) riscontrò che il 54 % degli stupratori e il 66% dei molestatori di bambini negavano il reato; il 42% degli stupratori ed il 33% dei pedofili minimizzavano.
Tuttavia, data la variabilità dei risultati, il sex offender, sia aggressore sessuale che molestatore di bambini, può utilizzare il meccanismo della negazione in maniera sia conscia che inconscia, delineando un quadro più o meno pervasivo. Oltre al disimpegno morale un altro costrutto tipico dei sex offender è quello di distorsione cognitiva. Nella letteratura sui sex offender il concetto di distorsione cognitiva si riferisce alla modalità attraverso cui l'offender descrive l'azione compiuta ed il contesto di attitudini e credenze precedenti l'offesa. A partire da

tali considerazioni Ward e Keenan (1999) avanzarono l'idea che i sex offender fossero influenzati da una serie di credenze che facilitano l'azione deviante, identificate come teorie implicite (ITs, Implicit Theories). Ward descrive le ITs come particolari tipologie di schemi, i quali spiegano e predicono il comportamento deviante. Tali schemi hanno la peculiarità di mostrare le strutture e i processi cognitivi profondi che soggiacciono ai prodotti cognitivi più superficiali. Tenendo conto che non tutti i sex offender condividono le stesse teorie implicite, Ward Gannon e Keown(2006) rivalutarono l'Implicit Theories Theory, individuando uno schema di riferimento più ampio, il modello di giudizio delle distorsioni cognitive, *Judgment Model of Cognitive Distortions*, (JMCD). In base a tale modello le distorsioni cognitive superficiali emergono dalle così dette reti tematiche, *Thematic Networks* (TN). Gli autori riscontrarono tre temi comuni ai molestatori di bambini e agli aggressori sessuali: incontrollabilità, mondo pericoloso, autorizzazione; due specifici dei pedofili: bambini come oggetti sessuali, natura del danno; due specifici degli stupratori: donne impossibili da conoscere, donne come oggetti sessuali. Le reti tematiche emergono dall'interazione di tre tipologie di giudizi: giudizi basi sulle credenze, giudizi basati sui valori, giudizi basati sulle azioni.

***Rete tematica comune a pedofili e stupratori*:**
**Incontrollabilità** (uncontrollability):

• ***giudizi basati sulle credenze***: la credenza riguardante l'incontrollabilità porta l'abusatore sessuale a percepire se stesso come incapace di inibire le spinte interne che lo sovrastano. L'impotenza e la passività conducono dunque ad agire senza controllo né consapevolezza delle conseguenze. Il sex offender ritiene di essere vittima delle sue stesse fantasie e pulsioni, le quali una volta realizzate vengono scisse dalla consapevolezza.
• ***giudizi basati sui valori***: il valore connesso alla credenza di incontrollabilità è il senso di autoregolazione e autonomia nello stabilire un progetto e degli obiettivi e nell'operare in modo da portarli a termine.
• ***giudizi basati sulle azioni***: l'azione che deriva dalla percezione di incontrollabilità delle proprie pulsioni delinea un quadro caotico di comportamenti in cui l'offender, essendo incapace di gestire la situazione, maschera la sua responsabilità dietro meccanismi di giustificazione. Tramite essi la condotta deviante diviene il risultato di un imperativo che dall'esterno condiziona la volontà dell'offender.

**Mondo pericoloso** (dangerous world):

• ***giudizi basati sulle credenze***: il giudizio sul mondo pericoloso porta il soggetto a percepire l'ambiente astioso ed ostile ed a reagire tramite due alternative. L'offender potrebbe assumere un atteggiamento introverso e ritirarsi in solitudine creando relazioni con prepuberi; oppure reagire con un atteggiamento schivo ed aggressivo.
• ***giudizi basati sui valori***: gli obiettivi che guidano l'offender riguardano il senso di giustizia ed il bisogno di stabilire relazioni di fiducia in cui sentirsi sicuro. Il bambino per antonomasia è il simbolo dell'innocenza e della benevolenza. Dunque la relazione con il minore garantisce all'abusante l'amorevolezza che un adulto ostile non potrebbe mai dargli.
• ***giudizi basati sulle azioni***: le azioni si accompagnano alla percezione di aver subito un torto e vedono l'offender coinvolto in condotte aggressive volte a vendicarsi dell'ingiustizia subita. Queste azioni sono celate da giustificazioni atte a far sembrare una giusta punizione lo stupro o il maltrattamento inflitto al minore.



**Autorizzazione** (entitlement):

• ***giudizi basati sulle credenze***: il soggetto ritiene di essere superiore agli altri e dunque di avere il diritto di soddisfare i propri bisogni incondizionatamente. Tale atteggiamento conduce a nutrire delle aspettative di gratificazione, secondo l'offender meritata, da parte delle altre persone.
• ***giudizi basati sui valori***: secondo l'opinione del sex offender esistono specifiche condizioni le quali permettono di attestare un maggiore o minore valore alle persone. Coloro i quali possiedono qualità superiori dovrebbero essere valorizzati.
• ***giudizi basati sulle azioni***: l'azione conseguente la credenza di essere legittimati ad agire congruentemente con i propri bisogni, conduce a percepirsi autorizzati a fare qualsiasi cosa per soddisfarli.

***Rete tematica dei pedofili***
**Bambini come oggetti sessuali** (children as sexual objects):

• ***giudizi basati sulle credenze***: in base a tale credenza il bambino è già consapevole dei suoi desideri sessuali e dunque ha il diritto di esercitare la sua facoltà di scelta rispetto al rapporto intimo. Il pedofilo ritiene

il bambino soggetto attivo e sessualmente ricettivo.
• ***giudizi basati sui valori***: il valore che fa da sfondo al bambino come essere sessualizzato è l'efficacia del sesso nella sua valenza benefica, come qualsiasi altro bene primario trasmissibile.
• ***giudizi basati sulle azioni***: lo sfruttamento sessuale, la pedopornografia, le violenze sono spacciate per pratiche educative necessarie allo sviluppo del bambino.

**Natura del danno** (nature of harm):

• ***Giudizi basati sulle credenze***: il sex offender minimizza l'abuso nei confronti del bambino, non percependone l'entità del danno. Egli potrebbe riferire che esistono sofferenze peggiori e che la sua azione non ha conseguenze gravi.
• ***Giudizi basati sui valori***: il sex offender non ritenere dannoso un abuso sessuale poiché percepisce il sesso come qualcosa di naturale e positivo.
• ***Giudizi basati sulle azioni***: le azioni di sfruttamento del bambino non vengono messe in dubbio dal pedofilo e sono dunque giustificate allo stesso modo delle credenze precedenti.



Il modello del giudizio delle distorsioni cognitive presenta numerosi vantaggi, tiene conto delle debite peculiarità insite nelle categorie dei sex offender e valuta la reciproca influenza delle credenze sulle azioni in base alla corrispondenza con i valori, non sminuendo la cornice socio-culturale. Inoltre ha alle spalle una vasta mole di ricerche condotte attraverso l'uso di strumenti quali l'Implicit Association Test (IAT) e l'Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) che hanno stabilito la prevalenza associativa tra il bambino e categorie sessuali da parte dei sex offender rispetto ai non sex offender. Le teorie enunciate e i profili descritti ci danno un'idea della percezione psicologica e giuridica del fenomeno sexual offending. Non è semplice identificare le modalità migliori per agire sui sex offender, per tale motivo è importante continuare ad indagare le origini e le modalità di sviluppo del fenomeno. Ciò comporterà l'evoluzione e l'elaborazione anche di programmi preventivi oltre che trattamentali.

**Bibliografia**

Abel, G., G., Barlow, D., H., Blanchard, E., B. & Guild, D. (1977). The components of rapists'-Sexual Arousal. *Arch Gen Psychiatry, 34*, 895-903. doi:10.1001/archpsyc.1977.01770200033002
American Psychiatric Association. (1987). *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, DSM-III-R*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione. DSM-5*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
Andreoli, V., Cassano G.B. & Rossi R. (a cura di). (2005). DSM-IV-TR *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali*. Text revision. Milano: Masson.
Arnold, V. G. (2012). *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.
Baldwin, K. & Roys, D.T. (1998). Factors associated with denial in a sample of alleged adult sexual offenders. Sexual Abuse: *A Journal of Research and Treatment*, 10 (3), 211-226. doi.org/10.1177/107906329801000305
Barbaree, H.E. & Marshall W.L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 1991, 621-630. DOI: 10.1037//0022-006X.59.5.621
Baron-Cohen, S. (2012). *La scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*. Milano: Raffaello Cortina.
Bertetto, P. (2007). *Lo specchio e il simulacro*. Milano: Studi Bompiani.
Bettetini, G. (1991). *La simulazione visiva*. Milano: Bompiani.
Bowlby, J. (1999). *Una base sicura*. Milano: Cortina Raffaello.
De Felice, F. & Pascucci, A. (2007). *Cinema e psicopatologia*. Roma: Aracne.
De Masi, F. (1998). Il mondo del pedofilo. *Famiglia Oggi, 12*. Retrieved fromhttp://www.stpauls.it/fa_oggi00/1298f_o/1298fo20.htm
De Masi, F. (2007). *La perversione sadomasochistica. L'oggetto e le teorie*. Torino: Bollati Boringhieri.
De Ruggieri, F. (1996). Tempo e scrittura nel linguaggio cinematografico. *Idee: rivista di filosofia, 32*, 71-86. DOI Code: 10.1285/i15910733v31-32p71
Di Guglielmo, C. (2001). La valutazione testale degli abusanti sessuali intrafamiliari: costanti diagnostiche, *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 3(2), 83-93.
Ebing, R.V.K. (1886). *Psychopathia sexualis*. Milano: Manfredi Editore.
Eggers, M., Muñoz, J. P., Sciulli, J. & Hickerson, P.A. (2006). The Community Reintegration Project: Occupational Therapy at Work in a County Jail. *Occupational Therapy in Health Care*, 20, 17-37. doi: 10.1080/J003v20n01_02
Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: The Free Press.
Fleming, M., Piedmont, R. & Hiam, C. (1990). Images of Madness: Feature Films in Teaching Psychology. *Teaching of Psychology, 17( 3)*, 1-185. doi/abs/10.1207/s15328023top1703_12
Freud, S. (1975). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Torino: Bollati Boringhieri.
Giulini, P. & Xella, C.M. (2011). (a cura di). *Buttare la chiave? La sfida al trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Hall, G.C.N. & Hirschman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology, *Criminal Justice and Behavior*, *19*, 8-23. doi/abs/10.1177/0093854892019001003
Hancock, G. (2006). *Sciamani. I maestri dell'umanità*. Milano: TEA.
Hare, R. D. (2009). *La psicopatia, valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Roma: Astrolabio.
Jung, C. G. (2012). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. Torino: Bollati Boringhieri.
Kernberg, F. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Lambine, M. & Leguizamo, B.A. (2010). *The Self Regulation Model research findings and implication for treatment*. Feinstein College of Art & Sciences Faculty Papers.
Lloyd, C. (1987). Sex Offender Programs. Is There a Role for Occupational Therapy? *Occupation Therapy in Mental health, 7 (3)*, 55-67. doi/pdf/10.1300/J004v07n03_04
Lombardi, T. ( 1989). *Manuale di dinamica mentale e comportamentale. Dinamica mentale del profondo e dinamica PSI*. Milano: Cortina Libreria.
Lowen, A. & Lowen, L. (1979). *Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.

Lowen, L. (1983-2004). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli.
Lowen, L. (1994). *Arrendersi al corpo. Il processo dell'analisi bioenergetica*. Astrolabio-Ubaldini: Roma.
Lucarelli, C. & Picozzi, M. (2012). *Sex Crimes, storie di passioni morbose e di efferati delitti*, Milano: Oscar Mondadori.
Machover, K. (1969). *Il disegno della figura umana*. Firenze:Organizzazioni Speciali.
Mann, R.E. & Beech, A. (2003). Evaluation of a national prison-based treatment programme for sexual offenders in England and Wales. *Journal of Interpersonal Violence, 18 (7)*, 744-759. doi.org/10.1177/0886260503253236
Marshall, W. L. & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In Marshall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E. (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum. 257– 275.
Mastronardi, V.M. & De Luca, R. (2013). *I Serial Killer, il volto segreto degli assassini seriali: chi sono e cosa pensano? Come e perché uccidono? La riabilitazione è possibile?*. Roma: Newton Compton Editori.
McGrath, M., Cann, S. & Konopasky, R. (1998). New measures of defensiveness, empathy, and cognitive distorsions for sexual offenders against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10(1)*, 25-36. doi.org/10.1023/A:102210253
Minuchin, S., Nichols, M.P. & Lee, W-Y. (2009). *Famiglia: un'avventura da condividere. Valutazione familiare e terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
Montecchi, F. (a cura di). (1998). *Gli abusi all'infanzia: dalla ricerca all'intervento clinico*. Roma: Carocci.
Petruccelli, F. & Petruccelli, I. (a cura di) (2004). *Argomenti di Psicologia giuridica*. Milano: Franco Angeli.
Petruccelli, I. & Pedata, L.T. (2008). *L'autore di reati sessuali. Valutazione, trattamento e prevenzione della recidiva*. Milano: Franco Angeli.
Stewart, I. & Boles, S. (2010). Sketch. A sketch of the implicit relational assessment procedure (IRAP) and the relational elaboration and coherence (REC) model. *The psychological Record, 60*, 527-242.
Strano, M. (2003). *Manuale di Criminologia clinica*. Firenze:SEE.
doi.org/10.1007/BF03395683
Stoller, R. J. (1978). *Perversione. La forma erotica dell'odio*. Milano: Feltrinelli.

Dott.ssa Concetta Rametta



Laureata in psicologia clinica (LM-51) il 27 Novembre 2014 presso l'Università Kore di Enna, ho conseguito il master in neuropsicologia clinica: età evolutiva, adulti ed anziani, il 6 Aprile 2017 presso l'Istituto Skinner di Roma, inoltre, sto frequentando la scuola di psicoterapia cognitivo-comportamentale presso l'ASCoC di Lamezia Terme. Tra i miei principali interessi vi è lo studio della senescenza, sia che si tratti di quella fisiologica che di quella patologica, ossia il decadimento cognitivo. Oltre a ciò, è interessante contribuire al miglior funzionamento nella vita quotidiana e quindi al miglioramento dei rapporti familiari. Ritengo fondamentale considerare non solo l'aspetto ambientale ma anche l'aspetto biologico, tenendo conto sia della mente che del cervello per fare una buona valutazione e capire come poter aiutare la persona nel modo migliore.

# L'Alzheimer: una comune realtà

Concetta Rametta[1]

*Oggi, gli anziani rappresentano una fascia numerosa della popolazione. Addirittura, nei Paesi industrializzati, tra questi vi è anche l'Italia, il numero di anziani supera il numero dei bambini. Come viene ribadito dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS), è un diritto di tutte le persone riuscire a conservare un buono stato di salute, per più tempo possibile, ma chiaramente non è solo un*
*discorso quantitativo ma anche qualitativo. Proprio per questo motivo, gli studi sulle persone anziane sono molto aumentati, oggi si fa strada l'idea che è fondamentale la prevenzione.*
*Anche per cercare di prevenire la demenza, viene studiata sempre di più la fase del decadimento cognitivo lieve, ossia il Mild Cognitive Impairment (MCI). Oggi, si è capito che può evolversi in vari tipi di demenza, anche se vi è una percentuale maggiore che si trasformi in Alzheimer.*
*E' opportuno precisare che quella che comunemente era chiamata demenza, prende il nome di disturbo neurocognitivo, nel caso dell'Alzheimer si parla di disturbo neurocognitivo dovuto ad Alzheimer. Tutti i disturbi neurocognitivi possono essere sia lievi che maggiori.*
*Dato che non esiste una cura per questi disturbi, si tenta di capire quali sono i fattori di rischio e quali i fattori di protezione in modo che si provi a ritardarne l'insorgenza ed in ogni caso si cerca di ritardarne il decorso anche quando la patologia è in corso. Si è visto quanto è importante l'esercizio fisico, l'alimentazione ed inoltre è fondamentale svolgere degli esercizi che tengono allenata la memoria.*
*Sicuramente, anche grazie all'avvento di nuove tecniche di neuroimaging, le conoscenze su queste patologie sono migliorate e si sono ampliate, è chiaro che comunque è possibile migliorare ancora*



## L'MCI: tra normalità e patologia

La senescenza implica, anche in assenza di disturbi neurocognitivi, una perdita di funzioni cognitive ed anche problemi motori e più ingenerale riguardanti la salute; questo vale ancora di più se si è in presenza di disturbi neurocognitivi. Oggi, questa fase della vita viene sempre di più considerata, in quanto il numero degli anziani è sempre più in aumento. Questo si deve al miglioramento della vita e delle condizioni medico-sanitarie e soprattutto igieniche. In passato, l'età di vita media era intorno ai 40 anni, poi col passare del tempo la prospettiva di vita è via via migliorata.
C'è da dire che, la prevenzione delle malattie senili è fondamentale, anche perché la cura delle malattie ha sempre un costo maggiore rispetto alla prevenzione, inoltre è chiaro che questi costi gravano sul sistema assistenziale pubblico; quindi sarebbe meglio prevenire che curare.
Purtroppo, vi è una differenza nel modo in cui gli anziani vengono considerati, in quanto mentre nei Paesi industrializzati, gli anziani vengono considerati un "peso", nei Paesi in via di sviluppo sono considerati fonte di saggezza e quindi di ricchezza. Queste differenze di prospettive è chiaro che vanno ad incidere nella maniera in cui gli anziani vengono trattati. Infatti, nei Paesi in via di sviluppo, avere un anziano a casa viene visto come una benedizione, l'anziano viene ancora considerato il pater familias, lui o lei viene considerato/a saggio/a; in altre parole i giovani chiedono consigli alla persona anziana, per cui quest'ultima non si sente un peso, ma si sente di avere un ruolo e di saper fare qualcosa.
Al contrario, nei Paesi sviluppati, l'anziano viene visto come una persona di cui occuparsi, si cercano delle strutture, delle case di riposo dove poter portare l'anziano, per poter continuare la propria vita, questo perché si dice di essere impegnati nel lavoro e nella

1 Psicologo clinico, esperto in neuropsicologia clinica

crescita dei figli.
Oggi, soprattutto nei Paesi sviluppati si parla di declino cognitivo e questo sia perché qui le persone vivono più a lungo grazie alle condizioni igieniche e sanitarie che sono migliori rispetto ai Paesi in via di sviluppo, ma anche perché in queste popolazioni vengono condotti più studi.
Tra l'invecchiamento normale e quello patologico, ossia la demenza, vi è una fase di transizione che prende il nome di Mild Cognitive Impairment (MCI). Coloro che né sono affetti sono persone anziane che non subiscono delle compromissioni nel funzionamento quotidiano ma che comunque presentano un deficit cognitivo subclinico ed isolato e sono potenzialmente più a rischio di sviluppare demenza, in modo particolare la malattia di Alzheiemer (Petersen et al.,1999; Petersen et al., 2000).
Il Mild Cognitive Impairment costituisce un'entità con caratteristiche cognitive eterogenee, di fatti evolve in modo vario nei diversi pazienti. Infatti, la conversione in demenza dipende dall'interazione di una molteplicità di fattori, quali la predisposizione genetica, in comorbidità con i fattori ambientali, ma anche una "personale riserva cognitiva" che ciascun individuo ha accumulato nel corso della sua vita, questa è influenzata ad esempio dall'attività fisica svolta, dal livello culturale, dal background socio-economico.
Gli studi condotti da Petersen, hanno confermato l'ipotesi che le persone affette da decadimento cognitivo (quello che prima veniva chiamato demenza), hanno attraversato, in un momento precedente, una fase di compromissione cognitiva lieve caratterizzata dalla compromissione di una singola area cognitiva, molto probabilmente la memoria, questo è stato dimostrato anche da uno studio condotto da Clark e colleghi (2013). In questo studio si è confermata non solo l'idea di Petersen, secondo cui l'MCI che vede coinvolto un solo dominio cognitivo ossia quello mnesico e probabile che diventi Alzheimer; mentre l'MCI non amnesico, sia singolo dominio che multi-dominio, evolve in altre forme di deterioramento cognitivo (Clark L.R. et al.,2013).
Petersen, ha individuato diversi tipi di MCI (2004):
Amnesic MCI (a-MCI): implica il coinvolgimento del dominio cognitivo mnesico del soggetto;
MCI con deficit di memoria più altre funzioni cognitive (a-MCI multiple domain) implica una compromissione mnesica ma anche una compromissione lieve di altre funzioni cognitive diverse dalla memoria;
Single domain impairment (sd-MCI): in cui è coinvolto un unico dominio cognitivo, diverso da quello mnesico;
Multi-domain impairment (md-MCI): in cui sono coinvolti più domini cognitivi, diversi da quelli mnesici: si tratta di una patologia più comune rispetto a quella descritta sopra single domain impairmet.
È chiaro che la compromissione cognitiva non può mai raggiungere una gravità tale da interferire con il funzionamento quotidiano del paziente e quindi, in passato, non poteva essere fatta la diagnosi di deterioramento cognitivo (Petersen, 2000). Quindi, studiare l'MCI è utile per provare a ritardare sempre di più l'Alzheimer e più ingenerale le varie forme di deterioramento cognitivo.

**Alzheimer: l'aspetto biologico**

Questa patologia deve il suo nome al medico che per primo l'ha descritta e riscontrata in due suoi pazienti: Auguste Deter e Johann Feigl, anche se all'epoca veniva chiamata demenza senile. Di fatti, il nome che ancora oggi porta la patologia venne dato da Krapelin.
L'Alzheimer è la forma di demenza più frequente (varia dal 50% al 60%), essa colpisce di solito persone con età maggiore ai 65 anni e la prevalenza di questa malattia aumenta con l'età (Mariani,et al., 2009). La frequenza di questa patologia è destinata ad aumentare sempre di più e questo perché il numero degli anziani è destinato a subire un maggiore incremento con il passare del tempo. A seconda dell'età di insorgenza può assumere aspetti diversi dal punto di vista clinico, patologico e biomedico:
il tipo I, si osserva su persone che hanno in media 70 anni e si contraddistingue per un declino cognitivo meno grave ed inoltre vi sono meno alterazioni biochimiche e strutturali; mentre il tipo II ha, di solito, un esordio più grave e vi sono più alterazioni morfologiche e biochimiche. Solitamente la patologia di Alzheimer di tipo II, ossia quella con insorgenza giovanile è una forma di Alzheimer con eziologia familiare (FAD) che è geneticamente codificato e si distingue dall'Alzheimer sporadico ad eziologia sconosciuta (SAD) (Jaworska, et al., 2013). Le forme genetiche, ossia quelle che hanno un esordio giovanile sono caratterizzate da mutazioni del precursore della amiloide (APP), questa scoperta è risultata importante perché da delle informazioni su ciò che avviene nella prima fase di malattia (Thordardottir, et al., 2017).
Questa patologia ha un andamento cronico-progressivo, che col trascorrere del tempo

peggiora ma non porta alla morte, in quanto la corteccia cerebrale non è importante per la sopravvivenza. Infatti, la morte può sopraggiungere per malattie intercorrenti, che in genere si verificano in un quadro di cachessia. Tuttavia, grazie al miglioramento del livello di assistenza di questi pazienti, che sono incapaci di prendersi cura di sé stessi e di segnalare i propri bisogni, si può sopravvivere più a lungo.
Dal punto di vista neuropatologico, è importante dire che c'è una perdita di neuroni in varie aree cerebrali, tra cui, in particolare nei nuclei basali del telencefalo, nell'ippocampo, nell'amigdala, nella corteccia entorinale e nelle aree associative della corteccia cerebrale (temporali, frontali e parietale) (Casanova, et al.,2013).
Dal punto di vista istopatologico, le principali caratteristiche di questa patologia sono l'accumulo di beta-amiloide nelle placche neuritiche (o senili) e nella parte dei vasi sanguigni, lo sviluppo di grovigli neurofibrillari e la perdita di neuroni. Tutto questo altera le reti neuronali dei centri nervosi e la corretta funzione neurotrasmettitoriale.
È sempre più dimostrato che la produzione e l'accumulo del peptide beta-amiloide, gioca un ruolo importante nello sviluppo delle alterazioni cerebrali e questo vale soprattutto per l'Alzheimer (Hardy & Selkoe, 2002).
Le placche di amiloide comprendono un nucleo centrale di amiloide circondato da prolungamenti neuronali in fase di degenerazione. Dentro la placca è possibile notare l'attivazione di fattori correlati all'infiammazione. Uno stadio iniziale potrebbe essere costituito da placche diffuse, piccole, limitate a depositi di amiloide senza lesione dei neuroni adiacenti. La sostanza amiloide è costituita essenzialmente dall'accumulo di un peptide di 39-42 aminoacidi (peptide B-amiloide) che deriva da un precursore di maggiori dimensioni (APP) codificato da un gene localizzato sul cromosoma 21, proprio per questo la sindrome di Down rappresenta un fattore di rischio. L'APP è una proteina transmembrana che solitamente viene scissa dall'alfa-secretasi all'interno del peptide di beta-amiloide, in modo da impedirne l'accumulo. Un'aumentata produzione di questo peptide potrebbe essere all'origine di eventi che provocano la degenerazione neurofibrillare e la morte neuronale (ipotesi della cascata amieloide e di un aumento di funzione tossica). Un'altra ipotesi è la perdita della proteina APP. Nella patologia di Alzheimer, le placche di beta-amiloide nel cervello sono destinate ad aumentare, insieme ai depositi intracellulari di tau ipersforilata che formano i caratteristici grovigli neurofibrillari (Ballard, et al.,2011).
Ruiz A. e colleghi (2013) hanno dimostrato che la pressione sanguigna diastolica è costantemente correlata con i livelli ematici delle placche di beta-amiloide.
Studiare il cervello delle persone malate di Alzheimer è stato sempre molto difficile, in quanto si può studiare solo post-mortem, questo rende impossibile la formulazione di una diagnosi certa di Alzheimer, che di fatti si può fare con certezza solo dopo la morte. Oggi, grazie all'analisi dei cervelli effettuata dopo la morte, si è ampliata sempre di più la conoscenza di questa patologia; questo si deve anche agli strumenti che oggi sono migliorati.
Racine e colleghi (2014) hanno osservato, grazie al Diffusor tensor imaging (DTI), i cambiamenti preclinici dei soggetti affetti da malattia di Alzheimer, anche se è necessario effettuare ulteriori studi. Il DTI consente di sondare gli effetti delle malattie e dell'invecchiamento sulla microstruttura del cervello e questo è possibile grazie alla sensibilità dello strumento nella registrazione dei cambiamenti strutturali e microstrutturali. Questo studio suggerisce di ampliare le conoscenze che si hanno sul rapporto tra amiloide e materia bianca e questo senza dubbio porta a saperne di più sull'Alzheimer e sui meccanismi che portano al declino cognitivo (Buckley et al., 2017). Di fatti i cambiamenti provocati dall'amiloide, portano a dei cambiamenti assonali o mielinici. Ampliare questi studi è importante perché è bene ricordare che vi sono stadi asintomatici della malattia, che comunque sono l'inizio della patologia e che poi porta alla comparsa dei sintomi. Inoltre è importante precisare che la beta-amiloide tende ad accumularsi nella parete della leptomeninge e della corteccia e questo si riscontra anche negli anziani non affetti da demenza, ma si osserva ancora di più nei pazienti affetti da Alzheimer.
La degenerazione neurofibrillare (DNF) è dovuta all'accumulo di proteina tau sotto forma di ammassi fibrillari all'interno del soma e dei dendriti del neurone. È stato dimostrato che esiste una correlazione della DNF ed il deterioramento cognitivo. Èinteressante notare che l'estensione della DNF ha inizio nelle stesse aree, nelle quali di solito, comincia la degenerazione dovuta alla malattia di Alzheimer, cioè parte dalla corteccia entorinale arriva all'ippocampo, all'amigdala, alla neocorteccia temporale, fino a raggiungere la corteccia associativa parietale e frontale.

## Fattori di rischio e fattori di protezione

L'individuazione dei fattori di rischio e di protezione è importante perché si può pensare di prevenire o comunque di ritardare sia la comparsa di questa patologia che il decorso. Fare questo è importante, giacché l'Alzheimer non ha una cura e inoltre con l'aumento del numero degli anziani, è essenziale garantire non solo la quantità ma anche la qualità della vita. Tra i principali fattori di rischio vi è l'età, di fatti di solito l'Alzheimer ma comunque tutte le forme di declino cognitivo esordiscono tra i 65-70 anni circa, poi vi è comunque un'individualità; è opportuno dire che nel caso della malattia di Alzheimer giovanile ossia quella familiare (FAD) si ha un esordio precoce intorno ai 50 anni ma può verificarsi, anche se più raramente anche intorno ai 40 anni. Un altro fattore di rischio è rappresentato dal sesso cioè è una patologia che segue gli scompensi ormonali che, per via della menopausa, sono più comuni nelle donne e per questo nelle donne è più comune la malattia di Alzheimer e più ingenerale i deterioramenti cognitivi (Imitiaz et al., 2017). Un altro fattore di rischio può essere rappresentato dalle vasculopatie, di fatti si ha un'ipoperfusione a seguito di un restringimento dei vasi, questo aumenta le probabilità di sviluppare il declino cognitivo; nel caso dell'Alzheimer il restringimento dei vasi a seguito di accumulo di grasso proprio nelle pareti dei vasi. Per questo l'obesità e anche la presenza di diabete sono considerati fattori di rischio (Wolter et al., 2017). Il fatto che i soggetti obesi hanno una probabilità maggiore di sviluppare demenza è stato dimostrato nello studio condotto da Kryscio e colleghi e di fatti è più probabile lo sviluppo di patologie metaboliche (Kryscio et al.,2013). È stato ampiamente dimostrato che il fumo riduce la durata della vita di almeno 6,6 anni. Inoltre, uno studio ha dimostrato (Mielke et al., 2014) che i recettori nicotinici, soprattutto nei pazienti affetti da Alzheimer, sono ridotti. Pertanto è stato ipotizzato che la nicotina potrebbe essere usata per prevenire o ritardare la patologia. Ma è bene precisare che poiché la sigaretta contiene altre tossine, è cancerogena, rappresenta, infatti, un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie polmonari e cerebrovascolari, quindi può aumentare il rischio di sviluppare l'Alzheimer. Inoltre, è stato dimostrato che l'interazione tra fumo e alcool aumenta il rischio di declino cognitivo, infatti, se usati insieme accelerano lo sviluppo del declino cognitivo (Hagger-Johnson, et al.,2013). I soggetti affetti da sindrome di Down hanno una probabilità maggiore di sviluppare la patologia di Alzheimer perché l'APP cioè il precursore del peptide B-amiloide si trova sul cromosoma 21 e le persone con sindrome di Down hanno un cromosoma 21 in più. Inoltre, il trasporto dell'apoliproteina E4 aumenta il rischio di sviluppare demenza (Hollands, et al., 2017).
Invece, tra i fattori di protezione troviamo l'alta scolarità, una sana alimentazione, svolgere un'adeguata attività fisica, questi fattori sono fondamentali non solo per prevenire e ritardare la demenza ma anche per prevenire altre patologie come quelle cardio-vascolari. Dallo studio condotto da Singh e colleghi (2014) è stato dimostrato l'importanza della dieta mediterranea sul deficit cognitivo, in quanto è un fattore che riduce il rischio di sviluppare demenza. Questa dieta è caratterizzata da un elevato apporto di legumi, frutta, verdura, cereali, acidi grassi (l'olio d'oliva) e pesce; invece si consuma poca carne, formaggi, acidi grassi saturi e alcol. Di fatti, si è notato che negli Stati Uniti, la malattia di Alzheimer è la sesta causa di morte, quindi si cerca di promuovere l'uso di questi alimenti, non solo negli Stati Uniti, ma anche in tutto il resto del Mondo. Oltre a questo si è visto che è importante mangiare frutta secca e in particolare quelle oleose come le noci, le nocciole o le mandorle perché sono degli antiossidanti e riducono la quantità di beta-amiloide nel sangue. Per quel che riguarda l'esercizio fisico, si è visto che può aiutare a ridurre l'impatto negativo dell'età sia sul corpo che sulla mente. L'attività fisica può essere usata anche per cercare di ridurre i sintomi e ritardare il decorso della patologia. Infatti, uno studio ha dimostrato che le persone affette da Alzheimer che svolgono regolare attività fisica, hanno il volume del cervello più grande e quindi meno atrofia cerebrale rispetto alle persone con Alzheimer che non la praticano (Dannhauser et al., 2014).

## Quadro clinico

L'Alzheimer è una malattia con esordio precoce ed ingravescente, oltre al classico Alzheimer, vi è una variante che è più rara ed ha un esordio frontale, anziché posteriore e quindi ha un esordio diverso, cioè come una patologia esecutiva (Back-Madruga et al., 2002). E' difficile riuscire a individuare dei momenti distinti nelle fasi della malattia, comunque nonostante questo si riesce a distinguere la fase di esordio, rispetto a quella in cui il quadro neuropsicologico diventa eclatante. Si individuano 3 fasi della malat-

tia: nella I fase spesso si trovano i deficit di memoria e delle funzioni cognitive; nella II fase si assiste alla progressione dei deficit cognitivi ed insorgono anche dei disturbi comportamentali ed infine nella III fase, compaiono le complicanze internistiche, fino a raggiungere la cachessia che è appunto una fase internistica. Queste fasi seguono spesso quest'ordine, però può comunque verificarsi un'inversione tra la I e la II fase.

La persona affetta da Alzheimer può presentare dei disturbi aspecifici, come alterazioni del ritmo sonno-veglia, con risvegli precoci al mattino e sonnellini pomeridiani. Inoltre, potrebbe presentarsi uno stato depressivo, che in parte dipende dai fallimenti quotidiani che la persona vive ma è anche tipico della malattia. A volte, capita che, con la malattia, si accentuano delle caratteristiche della personalità: per esempio può capitare che una persona, che già prima della patologia amava collezionare oggetti, con l'avvento della patologia lo faccia in modo patologico, collezionando anche oggetti inutili e senza riuscire a disfarsene(Vallar & Papagno, 2011). Inoltre, può capitare che nelle persone con Alzheimer siano presenti segni di vagabondaggio, nel senso che la persona vaga o a piedi o usando i mezzi di trasporto, senza avere una meta e questo dipende dall'incapacità di inibire i comportamenti più istintuali. Mentre alcuni di loro tendono alla fuga, cioè tendono a scappare di casa, altri invece tendono a rimanere fermi e a muoversi poco. Possono cambiare anche i comportamenti alimentari, alcuni di loro mettono in atto un iperfagia cioè tendono a mangiare cibi non commestibili, altri diventano bulimici e di solito tendono a mangiare i cibi dolci, mentre altri diventano anoressici anche se questo avviene, di solito, nelle fasi finali della malattia. Si può notare anche un ipersessualità che riguarda alcuni pazienti e che viene diretto non solo verso il partner ma anche verso altre perone che lo circondano.

Comunque, nella prima fase si presentano i deficit cognitivi, spesso tra i problemi che spingono a richiedere una consulenza vi è il problema di memoria, anche se di solito sono i familiari a portare i loro cari che spesso non si rendono conto dei loro problemi ossia sono anosognosici e questo è tipico dei pazienti affetti da Alzheimer. Per poter effettuare la diagnosi (la diagnosi certa si fa solo post-mortem) è necessario che vi sia il disturbo di memoria. Nella fase iniziale si ha un problema anterogrado di memoria, cioè la persona non è capace di apprendere le informazioni nuove, tipo cosa ha mangiato il giorno prima o dove parcheggia il suo mezzo o dove posa gli oggetti (ongoing memory). Diciamo che nel momento iniziale le cose che sono dimenticate sono minime e vengono attribuite ad eventi stressanti come il pensionamento, un lutto o comunque anche il ricovero in ospedale. Quindi, si ha una perdita della memoria autobiografica recente, nella fase iniziale di questa, i pazienti riescono bene nelle attività di routine e mostrano delle difficoltà in tutte quelle azioni che sono nuove. Sempre in questa fase si può notare che si dimenticano i nomi, da prima delle persone che sono poco conosciute, poi delle persone conosciute ed infine si verificano le anomie cioè si dimenticano i nomi degli oggetti. Inoltre, dimenticano le cose che dicono ed hanno difficoltà sempre maggiori nell'articolazione dei discorsi. Oltre a ciò, si possono osservare anche delle difficoltà nel disegno, nel calcolo ed anche nella scrittura. Spesso, i pazienti sperimentano il problema della memoria prospettica ossia si dimenticano le cose che devono fare e soprattutto il momento giusto in cui devono farle. Il disorientamento topografico è un altro disturbo che frequentemente si verifica sin dalla fase iniziale fino a divenire sempre più ingravescente. Infatti, inizialmente le difficoltà si verificano nelle strade non conosciute e quindi quando si devono apprendere nuovi percorsi, poi con il passare del tempo le difficoltà si estendono anche ai percorsi conosciuti, fino a coinvolgere anche gli ambienti domestici. Tutto questo si spiega con il fatto che la degenerazione coinvolge per prime le aree temporo-parietali, che hanno un ruolo importante nello svolgere questi compiti (Caprile C. et al., 2009). Chiaro che anche in questo caso, il fenomeno è dapprima poco evidente e poi lo diventa sempre di più.

Chiaramente per fare la diagnosi di questa malattia, è necessario che vi sia una compromissione di due aree cognitive, tuttavia anche solo la presenza del disorientamento topografico deve mettere in allarme, in quanto potrebbe essere l'inizio per poi avere anche la compromissione della memoria. Alcuni pazienti, già nella prima fase della malattia, possono presentare l'aprassia dell'abbigliamento che si caratterizza per le difficoltà nella stratificazione del vestiario (ad esempio, mettere la camicia sopra la giacca) e nell'incapacità di mettere correttamente in relazione gli abiti con le parti del corpo. Nella prima fase la persona affetta da Alzheimer, non ha anosognosia, cioè è ancora consapevole delle sue difficoltà, questo potrebbe portare a dei sintomi depressivi e si può confondere con un episodio depres-

sivo maggiore e questo viene rinforzato dal fatto che la patologia si slatentizza a seguito di eventi stressanti. Quindi, nella prima fase troviamo dei disturbi cognitivi che vanno ad aumentare e poi nella seconda fase si hanno dei disturbi comportamentali anche se comunque, come ho già detto, si può avere un'inversione di queste due fasi.
Nella seconda fase della malattia, compaiono gli aspetti comportamentali spesso il paziente diviene aggressivo e difficile da gestire e questo avviene perché comunque per lui diventa complicato esprimere i suoi bisogni ed i suoi fastidi, oltre a ciò è anosognosico cioè incapace di riconoscere la sua patologia e di riconoscere il fatto che ha bisogno di aiuto, per questo è importante il ruolo dei *caregivers*. Questi hanno anche il compito di prevenire gli scatti di rabbia del paziente che poi diventa ingestibile, spesso infatti può essere una cosa minima a scaturire l'aggressività del paziente come ad esempio il parlare con un tono di voce più alta o costringerlo a fare delle cose che il paziente non sa fare più. Quindi si deve comunque cercare di prevenire o comunque comprendere i fastidi che possono scaturire in tutte le persone, ma che i pazienti con Alzheimer non sanno più esprimere e quindi avendo un fastidio interno che non sanno esprimere, come ad esempio un mal di denti, possono reagire con aggressività. Può comunque capitare che questi fastidi siano esterni tipo l'uso di un tono di voce più alta o anche un odore che può risultargli sgradevole. In questa fase è bene evitare la presenza degli specchi nei luoghi di passaggio perché questo li può portare a provare paura o comunque ad arrabbiarsi perché lo specchio non risponde, anche perché loro non riconoscendosi più, prendono la loro immagine riflessa come una persona reale e quindi tendono ad interagire. Lo stesso avviene per immagini che vedono alla tv. Possono anche verificarsi delle manifestazioni psichiatriche, per esempio possono essere incapaci di collocare gli eventi nel tempo e nello spazio e quindi possono ritenere in vita i propri genitori o cambiare il coniuge per il genitore (quindi questo fenomeno è noto con il termine di trasposizione diacronica), in questi casi è bene evitare di ripetere che il genitore è morto anche perché questo potrebbe far scaturire degli episodi di aggressività. Inoltre, possono presentarsi delle allucinazioni di tipo visivo o uditivo, le prime sono più frequenti e la persona può ritrovarsi a vedere persone e scene che magari ha già visto e vissuto in passato. Può anche capitare che il paziente dica di essere in due luoghi distinti nello stesso momento, questo prende il nome di amnesia reduplicativa e può presentarsi in quanto c'è, in questa fase, una degenerazione anche frontale e parietale. Anche se con minore frequenza può anche presentarsi quella che è definita sindrome di Capgras o con il nome più noto, di sindrome del sosia. Questa sindrome, porta la persona a dire che un parente non è il suo reale parente, ma appunto un sosia, perché il suo vero parente e più buono dal punto di vista caratteriale. Però la persona potrebbe manifestare, non solo aggressività, ma anche altri disturbi del comportamento: infatti, la persona può perdere l'iniziativa nel fare le cose, può diventare silenziosa o manifestare apatia; è comunque importante non confondere l'apatia con la depressione perché l'apatico non fa niente ma non lo percepisce come un problema e quindi non sta male per questo; mentre il depresso percepisce di stare mele e si lamenta. Si può notare inoltre nel paziente con Alzheimer, un affaccendamento afinalistico cioè si impegna in attività utili nella vita di tutti i giorni ma fa questo in modo scollegato dal fine che hanno queste attività, ad esempio apparecchia e sparecchia la tavola in maniera continua. Chiaramente anche in questa fase vi sono i disturbi cognitivi che diventano sempre più evidenti ed inoltre, vengono coinvolte sempre più aree rispetto alla prima fase (Grossi D. et al.,2015). Èsempre più in validante l'orientamento spazio-temporale, infatti spesso la persona non sa dire né dove si trova, né il periodo nel quale vive, può non riuscire a stabilire quando sono accaduti degli eventi che per lui sono importanti (come il suo matrimonio, la nascita di suo figlio, ecc.). Per quanto riguarda l'area del linguaggio ha sempre più difficoltà nella comprensione, per questo è fondamentale che i caregiver adottino delle frasi brevi e semplici sia dal punto di vista sintattico che dal punto di vista terminologico, è bene usare termini di uso comune e poco ricercati ed inoltre è bene usare sempre lo stesso tono di voce, calmo e pacato. Per quanto riguarda la produzione sono sempre più presenti le anomie e le pause che sono dovute sia al fatto che si impiega tempo per trovare il termine che anche perché ci si dimentica ciò che si voleva dire. Oltre a questo, spesso le frasi diventano incomprensibili e si può anche notare una difficoltà sempre crescente oltre che di memoria (perché non si ricordano i termini) anche in quella che è la pianificazione del discorso, tanto che spesso le frasi di questo paziente appaiono confuse ed incoerenti; inoltre, vi sono delle difficoltà fonologiche che sono sempre crescenti. Nelle fasi finali,

le persone possono divenire afasici, la forma di afasia più frequente è l'afasia transcortical mista. Questa forma di afasia è caratterizzata da una ripetizione che rispetto alle altre capacità di linguaggio è parzialmente conservata, difficoltà pervasive nella comprensione e la produzione è fluente ma priva di contenuti.
Mentre nella prima fase questi pazienti avevano difficoltà nello svolgere i compiti nuovi ma riuscivano in quelli abituali, nella seconda fase hanno una difficoltà maggiore anche in questo, non riescono a lavarsi, o a cucinare oppure apparecchiare la tavola. Questo è dovuto essenzialmente a due motivi: la persona non solo ha delle difficoltà maggiori di memoria ma anche compaiono delle difficoltà di pianificazione, cioè non sa cosa fare prima e cosa fare dopo. Per questo quando il caregiver dice al paziente di apparecchiare la tavola, non deve dirlo così perché con l'avanzare della malattia la persona non riesce ma deve dire le cose da fare, seguendo l'ordine in cui devono essere fatte, ad esempio prendi la tovaglia, prendi 4 piatti e così via, in altre parole deve suddividere l'obiettivo finale (apparecchiare la tavola), in sotto-obiettivi che quindi devono essere scomposti sempre di più, tenendo conto sempre di ciò che il familiare riesce a fare.
Queste persone hanno sempre più bisogno dei familiari tanto che quando qualcuno gli pone una domanda a cui loro non sanno rispondere ruotano il capo verso i loro familiari per avere la risposta e questo fenomeno prende il nome di segno della testa ruotata che è tipico di questa patologia proprio perché le aree che prima degenerano sono le aree posteriori (temporo-parietali), invece in altre demenze che esordiscono con dei danni a livello frontale e prefrontale abbiamo un altro fenomeno noto con il termine di confabulazione cioè inventano delle cose anziché chiedere aiuto. Inoltre, è importante precisare che in questa fase, i pazienti manifestano agnosia sia per le persone ma anche per gli oggetti. Chiaramente la memoria di questi pazienti è sempre più compromessa. In questa fase si può osservare anche l'aprassia ideativa, cioè il paziente ha difficoltà nell'eseguire le sequenze dei gesti necessari per compiere un'azione più complessa, come ad esempio la preparazione del caffè o l'accendere una candela; in altre parole è come se il soggetto non sapesse più fare queste azioni o meglio non ricorda più come fare.
I pazienti con Alzheimer hanno problemi attentivi che coinvolgono i vari tipi di attenzione: attenzione sostenuta, selettiva e divisa.
Il deficit di attenzione sostenuta implica la difficoltà riscontrata nel portare avanti un compito lungo fino alla fine di esso, soprattutto se è ripetitivo.
L'attenzione divisa implica che la persona ha difficoltà a svolgere più compiti contemporaneamente. A tal proposito è stato condotto uno studio condotto da Cerdevall e colleghi (2014) dove è stata valutata l'andatura del soggetto e la velocità, sia durante un single-tasking che durante un dual-tasking e si è visto che l'andatura era più compromessa quando il paziente eseguiva il doppio compito, cioè il paziente faceva un numero di errori maggiori e impiegava più tempo; tuttavia è bene precisare che anche quando svolgeva un solo compito si sono registrati degli errori. Inoltre, nell'arco dei due anni, periodo in cui lo studio è stato condotto, si nota un progressivo aumento sia del numero degli errori che del tempo che è stato impiegato. In questo studio quindi, sono state studiate sia le funzioni esecutive che quelle attentive e dato che si è visto che il paziente ha delle prestazioni migliori quando svolge un solo compito, si spiega ai familiari e nelle fasi iniziali, anche al paziente che è bene svolgere un'azione alla volta e questo anche quando è a casa. Se, ad esempio, il paziente sta camminando, anche dentro casa, e qualcuno gli pone una domanda e bene fermarsi e rispondere alla domanda e solo dopo riprendere la marcia.
Mentre l'attenzione selettiva si riferisce a compiti in cui la persona deve prestare attenzione solo a quello stimolo anche se ve ne sono altri interferenti, anche questo nel paziente affetto d'Alzheimer si verifica.
Lo studio condotto da Perry e Hodges (1999) ha dimostrato che i pazienti affetti da Alzheimer manifestano dei disturbi attentivi quasi sin da subito, infatti in molti casi il disturbo dell'attenzione segue il disturbo della memoria e ne precede molti altri come l'aprassia, il linguaggio ed i disturbi visuospaziali. Hanno affermato che in questi pazienti, mentre l'attenzione sostenuta è quasi del tutto preservata, si ha una compromissione sia nell'attenzione divisa che in quella selettiva. Chiaramente si tratta di una patologia ingravescente e che quindi poi andrà a coinvolgere anche l'attenzione sostenuta.
L'ultima fase della malattia è quella internistica, dove compaiono i segni neurologici. In questa fase la persona non comunica più, vi è una totale alterazione del circolo sonno-veglia, l'aggressività sparisce. Anche, l'alimentazione di questi pazienti è compromessa, sono incapaci di alimentarsi da soli e vengono alimentati per via paren-

terale, cioè l'ingresso del cibo avviene senza che vi sia l'assorbimento intestinale. Inoltre, il paziente sperimenta delle difficoltà visive ed anche nella deambulazione, infatti perde l'equilibrio, tende a cadere e si muove a piccoli passi. Tutto ciò, avviene perché il paziente finisce con il perdere lo schema del passo, anche se chiaramente questo avviene in modo graduale. Però è fondamentale far capire al caregiver che quando avviene questo, si deve accettare, consentendo per esempio al paziente di mettersi in sedia a rotelle e muoversi così. Anche, perché una caduta nella persona anziana potrebbe essere letale, per esempio infatti l'anestesia potrebbe portare a delle complicanze cardio-vascolari e alla morte. Poi, invece anche se non succede questo è bene chiarire che l'anestesia slatentizza la demenza (Billotta et al., 2016).

**Assessment della persona con Alzheimer**

Per effettuare un buon assessment è fondamentale avere la collaborazione della famiglia, perché i parenti, se vivono più o meno in contatto con il paziente, ci possono raccontare degli episodi che sono accaduti. Questo è importante, ai fini diagnostici perché in base a ciò che emerge da questi racconti possiamo direzionarci verso un determinato problema. Chiaramente, tutto ciò poi va confermato con il colloquio che viene effettuato con quella persona ed anche questo è fondamentale, perché oltre a sapere le cose che ci vengono dette, possiamo sondare, anche se indirettamente, le principali aree e oltre a questo possiamo capire se possiamo somministrare o no la batteria formalizzata. Di fatti, attraverso il colloquio, si può valutare indirettamente il linguaggio quindi analizzare la fluenza, il contenuto e il vocabolario del paziente, anche perché l'analisi di quest'ultimo fa comprendere anche il beck-ground socio-culturale e la scolarità. Oltre, a questo viene osservata anche la comprensione cioè se la persona capisce ciò che viene detto. Sempre dal colloquio, si può vagliare l'attenzione cioè se presta attenzione e se lo fa per un tempo sostenuto o se al contrario la sua attenzione è fluttuante. Poi, si può anche analizzare l'orientamento spaziale, per capire se sa dove si trova e si può anche notare il suo orientamento temporale se sa in quale anno siamo o la stagione. Nel corso del colloquio, si può anche comprendere se è consapevole del motivo della richiesta e quindi se è consapevole dei suoi problemi e se non fosse consapevole si può parlare di anosognosia.
Dopo aver fatto il colloquio con la persona e con i familiari, si sono più o meno indagate le aree in cui può avere maggiori difficoltà e sulla base di questo, si può procedere con una valutazione formalizzata e si può somministrare una batteria ad hoc.
La prima cosa da fare è uno screening e si può usare il Mini-mental state examination, si potrebbero anche usare le matrici colorate di Raven. Questo perché nella fase iniziale non è detto che il mini-mental risulti patologico, poi però con il passare del tempo, se si tratta di deterioramento cognitivo, lo diverrà. Proprio per questo motivo è importante usare anche altri tipologie di test. Di fatti, anche le matrici di Raven possono dare un punteggio patologico o ai limiti della norma e questo anche se il punteggio al minimental risulta nella norma. Per indagare il linguaggio, si può usare la fluenza verbale sia semantica che fonemica, per la produzione e il token test per la comprensione. Invece, per la memoria a lungo termine si possono somministrare le 15 parole di Rey ed il breve racconto; per quella a breve termine si può usare lo span di cifre, per quel che riguarda quella verbale ed il test di Corsi, per la spaziale; per la valutazione della Working memory si può usare lo span di cifre indietro per la verbale e il test di Corsi all'indietro per la spaziale. Inoltre, è opportuno valutare le abilità costruttive cioè AC di Milano, la figura di Rey in copia e il test dell'orologio. Si ritiene utile precisare che il test dell'orologio valuta anche le funzioni esecutive e quindi le capacità di pianificazione. Le funzioni esecutive vanno indagate con il frontal assessment battery ed il test di stroop. Anche l'attenzione, può essere considerato facente parte delle funzioni esecutive e per indagarla si può usare anche il trial making test.
Chiaramente, non è necessario somministrare per intero la batteria perché se la compromissione cognitiva è notevole, fargli fare tutta la batteria servirebbe solo a dare un ulteriore frustrazione al paziente e quindi si deve tenere conto di ciò che il paziente può riuscire a fare. Ogni paziente è un caso a sé, perché la compromissione dipende da diversi fattori e dal bilancio che c'è tra i fattori di rischio e i fattori di protezione.
Grazie allo studio condotto da Den-Ben e colleghi (2014) si vede che i pazienti affetti da Alzheimer, nello stroop test, impiegano un tempo maggiore e soprattutto commettono più errori nella denominazione dei colori e questo confermerebbe le difficoltà attentive che poi si riscontrano anche nella vita quotidiana.
E' stato dimostrato che alla FAB, i punteggi

dei pazienti con Alzheimer sono patologici solo quando lo stadio della malattia vede coinvolte le funzioni esecutive (si ha un coinvolgimento delle aree frontali e pre-frontali) e quindi nella fase più avanzata, di fatti anche se le aree temporo-parietali sono coinvolte nella FAB, ma il loro coinvolgimento è parziale (Lee et al., 2015).
Per quel che riguarda i test di memoria, tra i quali, le 15 parole di Rey e la memoria di prosa, i pazienti con Alzheimer ottengono punteggi patologici (Wicklund et al., 2006).
Le prestazioni al test dell'orologio dei pazienti con Alzheimer sono deficitari e si è visto che questo fenomeno dipende in generale dalla riduzione di volume della corteccia, questo fenomeno è tipico dell'invecchiamento e dallo studio condotto da Hirjak e colleghi (2017), si è visto che vengono coinvolte le aree temporo-parietali. Tuttavia, è bene precisare che un punteggio patologico dipende principalmente da lesioni prefrontali.
Le persone affette dalla patologia d'Alzheimer hanno prestazioni basse nella memoria a breve termine sia essa spaziale che verbale, mentre le persone con afasia logopenica hanno una prestazione peggiore nella memoria a breve termine verbale, invece la memoria spaziale risulta essere meno compromessa (Foxe et al., 2013).



**Programma riabilitativo**

L'assessment è fondamentale per impostare un programma riabilitativo, questo perché in base ai punti di forza ed i punti di debolezza di ogni singolo, è possibile aiutare di più il paziente. Comunque, è bene precisare che anche se si parla di riabilitazione non si può evitare il deterioramento cognitivo, dato che la demenza è un fenomeno insidioso e progressivo. Quindi in altre parole, la riabilitazione non serve ad impedire che la demenza si manifesti, perché dalla demenza non si può guarire; tuttavia serve per rallentare il decorso e per sostenere non solo il paziente ma anche la famiglia in questo percorso.
Chiaramente, per stabilire il piano riabilitativo è necessario conoscere la situazione in cui la persona si trova, sulla base di questo si può stabilire non solo il piano farmacologico ma anche la riabilitazione fisica e cognitiva.
La terapia farmacologica non guarisce dalla malattia, ma serve per attenuare i sintomi. Tra i vari farmaci, vi sono gli inibitori dell'acetilcolinesterasi che vengono usati proprio perché nel cervello dei pazienti affetti da questa patologia, c'è carenza di acetilcolina che è un neurotrasmettitore, ossia serve per mandare messaggi da una cellula ad un'altra (Amenta et al.,1991).Quindi, con l'uso di questi farmaci c'è una disponibilità maggiore della sostanza e questo porta all'attenuazione dei sintomi cognitivi, primi fra tutti memoria ed attenzione ed anche i principali sintomi comportamentali tipo depressione. Lopez e colleghi (2002) hanno usato degli inibitori delle colinesterasi, ossia la tacrina, donepezil, rivastigmina e galantamina che sono stati usati per trattare i sintomi lievi e moderati della malattia di Alzheimer.
Tuttavia oltre i farmaci ad avere grande rilievo vi è la riabilitazione cognitiva, tra queste vi è la ROT (reality orientation therapy) cioè la terapia di orientamento nella realtà. La validità della ROT è stata ampiamente comprovata, si è visto che nei pazienti affetti da Alzheimer, che fanno la ROT, i punteggi ottenuti al minimental state examination vengono incrementati, anche se di poco, mentre nel gruppo di controllo, ossia i pazienti che non fanno la ROT, i punteggi peggioravano (Zanetti et al.,1995). La stimolazione va fatta tenendo conto del livello del paziente. La ROT può essere formale o informale: la ROT informale può essere fatta in qualsiasi momento dalle persone che stanno con il paziente tipo i familiari; mentre la ROT formale dura 45 minuti è può essere applicata al singolo paziente o pure si può fare in gruppi piccoli. Qualora si facesse in gruppo è bene scegliere i membri del gruppo in modo da considerare le risorse e i limiti di ogni singolo e questo perché il gruppo deve essere compatibile ed omogeneo. Quindi la ROT, è utile per rallentare i sintomi cognitivi. Un'altra tecnica di stimolazione è la terapia della reminiscenza che è utile per incrementare l'umore e nel frattempo le abilità cognitive come la memoria (Cotelli et al.,2012), inoltre, anche questa tecnica può essere formale o informale. Vi sono anche altre tecniche, come ad esempio memory training, la terapia della bambola o la terapia della rimotivazione. Ma è bene precisare, che in base al paziente e al momento della patologia in cui esso si trova, è possibile dare al paziente degli ausili esterni e anche adeguare l'ambiente al paziente stesso, inoltre è utile usare delle tecniche di rilassamento cognitivo-comportamentali soprattutto se sono presenti disturbi comportamentali.

**Conclusioni**

L'Alzheimer è una patologia ingravescente e dato che il numero degli anziani è sempre in aumento è bene che questa patologia ed

**Bibliografia**

Amenta F., Collier W.L., Zaccheo D. (1991) *Neurotransmitters, neuroreceptors and aging*. Mech Ageing Dev, 61(3):249-73, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/1686627/.
Back-Madruga C., Boone K. B., Briere J., Cummings J., McPherson S., Faibanks L., Thompson E. (2002) *Functional ability in executive variant Alzheimer's disease and typical Alzheimer's disease*. 331-40, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/12607146/.
Bellard C., Corbett A. (2011) *Screening for dementia: an opportunity for debase, Expert Rev Nerother*. 11 (10):1347-9. Doi:10.1586/ern.11.121.
Ben-David B.M., Tewari A., Shakuf V., Van Lieshout P.H. (2014) *Stroop effects in Alzheimer's disease: selective attention speed of processing, or color-naming? A meta-analysis*. J Alzheimers Dis. 38 (4):923-38. Doi:10.3233/JAD-131244.
Bherer L., Erickson K.I., Liu-Ambrose T. (2013) *A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults*. Doi:10.1155/2013/657508.
Billotta F., Qeva E., Maltot I. (2016) *Anesthesia and cognitive disorders: a systematic review of the clinical evidence- Expert Rev Neurother, 16(11)*: 1311-1320, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/27329271/.
Buckley R. F., Schultz A. P., Hedden T., Papp K.V., Hanseeuw B. J., Marshall G., Sepulcre J., Smith E.E., Rentz D.M., Johnson K. A., Sperling R.A., Chhatwal J.P. (2017) *Functional network integrity presages cognitive decline in preclinical Alzheimer disease. Neurology*. Doi: 10.1212/WNL0000000000004059.
Caprile C., Bosch B., Rami L., Sànchez-Valle Diaz R., Bartres-Faz D., Molinuevo J. L. (2009) *Posterior cortical atrophy. Its neuropsychological profile and differences from typical Alzheimer's disease*. 48(4):178-82, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19226484/.
Casanova R., Hsu F., Sink K. M., Rapp S. R., Williamson J.D., Resnick S. M., Espeland M. A.(2013) *Alzheimer's disease risk assessment using large-scale machine learning methods*. Jornal Plos. 8(11):e77949.Doi: 10.1371/journal.pone.0077949.
Cedervall Y., Halvorsen K.,Aberg A.C. (2014) *A longitudinal study of gait function and characteristics of gait disturbance in individuals with Alzheimer's disease*. Gait Posture 39 (4):1022-7. Doi:10.1016/j.gaitpost.2013.12.026.
Clark L.R., Delano-Wood L., Libon D.J., McDonald C.R., Nation D.A., Bangen K.J., Jak A.J., Au R., Salmon D.P., Biondi M. W. (2013) *Are empirically-Derived Subtypes of Mild Cognitive Impairment Consistent with Conventional Subtype?* J Int Neuropsychol Soc., 19 (6): 635-45. Doi: 10.1017/S13555617713000313..
Cotelli M., Manenti R., Maturitas (2012) *Reminiscence therapy in dementia:a review*. Maturitas, 72(3):203-5. Doi:10.1016/j.maturitas.2012.04.008.
Dannhauser T.M., Cleverley M., Whitfield T.J., Fletcher B.C., Stevens T., Walker Z.(2014) *Acomplex multimodal activity intervention to reduce the risk of dementia in mild cognitive impairment—ThinkinFit: pilot and feasibility study for a randomized controlled trial*. 14:129. Doi:10.1186/1471-244X-14-129.
Foxe D.G., Irish M., Hodgea J.R., Piguet O. (2013) *Verbal and visuospazial span in logopenic progressive aphasia and Alzheimer's disease. J int neuropsychol soc.,* 19(3):247-53.Doi:10.1017/S1355617712001269.
Grossi D., Tojano L. (2015) *Lineamenti di neuropsicologia clinica*. Carocci editore (pp.168-172).
Hangger-Johnson G., Sabia S., Brunner E.J., Shipley M., Bobak M., Marmot M., Kivimaki M., Singh-Manoux A. (2013) *Combined impact of smoking and heavy alcohol use on cognitive decline in early old age: Whitehall II prospective cohort study*. 203(2):120-5. Doi:10.1192/bjp.bp.112.122960.
Hardy J., Selkoe D.J. (2002) *The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics*. Science, 297 (5580):353-6, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19226484/.
Hirjak D., Wolf R.C., Pfeifer B., Kubera K.M., Thomann A.K., Seidl U., Maier-Hein K.H., Schroder J., Thomann P.A. (2017) *Cortical signature of clock drawing performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment*. J Psychiatr Res, 133-142. Doi:10.1016/j.jpsychires.
Hollands S., Lim Y.Y., Laws S. M., Villemagne V. L., Pietrzak R. H., Harrington K., Porter T., Snyder P., Ames D., Fowler C., Rainey-Smith S. R., Martins R. N., Salvado O., Robertson J., Rowe C. C., Masters C. L., Maruff P.(2017) APOEE4 *genotype, amyloid, and clinical disease progression in cognitively normal older adults*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19226484/.

Imitiaz B., Taipale H., Tanskanen A., Tihonen M., Kivipelto M., Heikkinen A. M., Tihonen J., Soininen H., Hartikainen S., Tolppanen A. M.(2107) *Risk of Alzheimer's disease among users of postmenopausal hormone therapy: a nationwide case-control studi*. Doi:10.1016/j.maturitas.2017.01.002.
Jaworska A., Dzbek J., Styczynska M., Kuznicki J. (2013) *Analysis of calcium homeostasis in fresh lymphocytes from patients with sporadic Alzheimer's disease or mild cognitive impairment*. Biochim Biophys Acta., 1833 (7):1692-9. Doi: 10.1016/j.bbamcr.2013.01.012.
Kryscio R.J., Abner E.L., Shmitt F. A. (2013) *Adjusting for mortality when identifyng risk factors for transitions to MCI and dementia*. Alzheimer Dis. 35(4):823-32. Doi:10.3233/JAD-122146.
Lee J.H., Byun M.S., Sohn B.K., Choe Y.M., Yi D., Han J.K.,Choi H.J., Baek H., Woo J.I., Lee D.Y. (2015) *Functional neuroanatomical correlates of the frontal assessment battery performance in Alzheimer disease:A FDG-PET study*. J Geriatr Psychiatry Neural, 28 (3): 184-92. Doi: 10.1177/089198871557533.
Lopez O.L., Becker J.T., Wisniewski S., Saxton J., Kaufer D.I., Dekosky S.T. (2002) *Cholinesterase inbitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease*. J. Neurol. Neurosurg Psychiatry, 72(3):310-4, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/11861686/.
Mariani C., Bertora P.(2009), Neurologia (pp.254-256), trad. it. Cambier J., Masson M., Masson C., Dehen H. (2008) Abreges de Neurologie, Masson.
Mielke M. M., Vemuri P., Rocca W.A. (2014) *Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender difference*. Clin Epidemiol. 6:37-48. Doi:10.2147/CLEP.S37929.
Perry R.J., Hodges J.R. (1999) *Attention and executive deficits in Alzheimer's diseas. A critical review*. Brain, 122 (Pt 3):383-404,
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/10094249/.
Petersen R.C., Smith G.E., Waring S.C., Ivnik R.J., Tangalos E.G., Kokmen E. (1999) *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. Arh. Neurol., 56 (3), 303-8, http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/774828.
Petersen R.C. (2000) *Mild cognitive impairment: transition between aging and Alzheimer's disease*. Neurologia 15 (3): 93-101, https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/mild-cognitive-impairment-transition-between-aging-and-alzheimers.
Petersen R.C. (2004) *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*. J Intern Med., 256 (3):183-94, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15324362/.
Racine A. M., Adiuru N., Alexander A. L., Christian B. T., Okonkwo O. C., Oh J., Cleary C. A., Birdsill A., Hillmer A. T., Murali D., Bernhart T. E., Galagher C. L., Carlsson C. M., Rowley H.A., Dowling N. M., Asthana S., Sager M. A., Bendlin B. B., Johnson S.C. (2014) *Associations between white matter microstructure and amyloid burden in preclinical Alzheimer's disease: A multimodal imaging investigation*. Neuroimage Clin. 4:604-14. Doi:10.1016/j.nicl.2014.02.001
Ruiz A., Paesini P., Espinosa A., Pérez-Grijalba V., Valero S., Sotolongo-Grau O., Alegret M., Monleòn I., Lafuente A., Buendia M., Ibarria M., Ruiz S., Hernàndez I.,Josè I., Tàrraga L.,Boada M., Sarasa M. (2013) *Blood amyloid beta levels in healty, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease individuals: replication of diastolic blood pressure correlations and analysis of critical covariates*. PloS One. 8 (11):e81334. Doi:10.1371/journal.pone.0081334.
Singh B., Parsaik A.K., Mielke M.M., Erwin P.J., Knopman D.S., Petersen R.C., Roberts R.O.(2014) *Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis*. J Alzheimers Dis. 39(2).271-82. Doi:10.3233/JAD-130830.
Thordardottir S., Kinhult Stahlbom A., Almkvist O., Thonberg H., Eriksdotter M., Zetterberg H., Blennow K., Graff C. (2017) *The effects of different familial Alzheimer's disease mutations on APP processing in vivo*. Alzheimers Res Ther., 9 (1):9. Doi: 10.1186/s13195-017-0234-1.
Vallar G., Papagno C. (2011) *Manuale di neuropsicologia*, Il Mulino (pp.347-355).
Wolters F. J., Zonneveld H. I., Hofman A., Van der Lugt A., Koudstaal P. J., Vernooj M.W., Ikam M.A. (2017) *Cerebral perfusion and risk of dementia: a population-based study*. Circulation. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.027448.
Wicklund A.H. Johnson N., Redemaker A., Weitner B.B., Weintraub S. (2006) *Word list versus strory memory in Alzheimer disease and frontotemporal dementia. Alzheimer Dis Assos Disord*. 20 (2).86-92. Doi: 10.1097/01.wad.0000213811.97305.49
Zanetti O., Frisoni G.B., De Leo D., Dello Buono M., Bianchetti A., Trabucchi M. (1995) *Reality orientation therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study*, 9 (3):132-

Dott.ssa Valeria Campinoti



Ho conseguito la Laurea Triennale presso l'Università Pontificia Salesiana alla Facoltà di Scienze dell'Educazione, indirizzo di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione e, conseguentemente, la Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità presso la stessa Università, dove lavoro anche come assistente. Ho svolto l'anno di tirocinio post-lauream presso l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie (ISP) e presso Il Centro Permanente di Prevenzione alle Tossicodipendenze (CPPT). L'obiettivo lavorativo che intendo raggiungere è quello di abilitarmi alla professione di psicologa e, successivamente, intraprendere la Scuola per diventare psicoterapeuta. Gli ambiti per i quali nutro maggiore interesse sono la Psicologia del lavoro e delle organizzazioni, con focus sulle patologie organizzative, e la Psicologia delle dipendenze, soprattutto per ciò che concerne le cosiddette "nuove dipendenze"; pertanto, la mia formazione si è diretta maggiormente in queste direzioni, attraverso la partecipazione a seminari, convegni e corsi di approfondimento.

# Organizzazioni distruttive: consumarsi lentamente sotto la morsa del mobbing

Valeria Campinoti[1]

*Il fenomeno del mobbing nasconde dietro di sé una pluralità di relazioni e di situazioni strettamente connesse con le dinamiche umane, interpersonali e organizzative che caratterizzano gli ambienti di lavoro.*
*Certamente esiste un comportamento o un insieme di comportamenti, per loro natura e per l'intenzionalità che li determina, atti ad instaurare un clima degradante e umiliante per il lavoratore che si trovi ad esserne vittima.*
*Partendo proprio dall'inquadramento storico del mobbing, si è verificato come abbia poca adesione con l'effettiva natura della problematica affrontarla come un concetto a sé stante, come una variabile indipendente ed isolata. Determinante risulta essere l'ambiente in cui il mobbing si manifesta,*
*proprio in ragione dell'essere, in larga misura, conseguenza e risultato di dinamiche interne all'ambiente stesso.*
*Il mobbing, nelle sue varie forme, implica il coinvolgimento di diversi individui, coloro che vengono chiamati "attori" del mobbing. Sono state, perciò, messe in luce le principali distinzioni tra mobber (l'aggressore) e mobbizzato (la vittima), evidenziando le più comuni ripercussioni, psicologiche e fisiche, delle condotte mobbizzanti sulla vittima. Inoltre, sono state descrite anche le persone che non partecipano attivamente alle condotte mobbizzanti, ma che inevitabilmente ne sono coinvolte; sono le cosiddette figure satellite ed in particolare ci riferiamo ai bystander, ai side-mobber e ai*
*whistleblower.*
*Nella parte finale del presente contributo si indagano gli aspetti psicologici e relazionali del mobbing, esplicitando anche le possibili cause e conseguenze di tale fenomeno, facendo riferimento sia al livello individuale che a quello organizzativo.*
*Infine, dal momento che il fenomeno del mobbing ha ormai assunto una diffusione continentale, si è ritenuto opportuno citare l'Accordo Europeo emanato nel 2004, dove si esortano gli Stati membri*



## Mobbing: di che si tratta?

«*In termini generali, per mobbing si intende un fenomeno complesso che riguarda le relazioni nel mondo del lavoro e che si esprime in un clima di violenza psicologica e morale esercitata da una o più persone verso un singolo individuo*» (Pastore, 2006).
Il termine è inglese e deriva dal verbo "*to mob*", che significa "aggredire, malmenare, assalire, affollarsi intorno a qualcuno". Inizialmente è stato usato in etologia da K. Lorenz nel 1976 per descrivere il comportamento aggressivo delle prede che, assumendo in branco un atteggiamento tumultuoso e rumoroso, costringono il predatore a rinunciare alla caccia e fuggire. Successivamente, questo studioso ha utilizzato il termine mobbing per indicare anche l'attacco di un gruppo di animali nei confronti di un singolo membro, percepito come minaccioso per l'ordine gerarchico da mantenere nel gruppo.
Successivamente P. Heinemann (1972), medico svedese, utilizzò il termine in modo specifico per riferirsi al comportamento deviante adottato da un gruppo di bambini verso un altro bambino. È stato poi D. Olweus, nel 1978, a considerare il fenomeno in un'accezione più ampia, estendendo tale definizione al soggetto singolo e introducendo il termine *bullying*.
Seguendo questa tradizione di ricerca, H. Leymann quando si trovò di fronte a com-

1 Psicologo clinico, Università Pontificia Salesiana

portamenti aggressivi sul posto di lavoro, utilizzò il termine mobbing. Egli decise deliberatamente di non utilizzare il termine inglese *bullying*, in quanto tale manifestazione ostile non aveva le caratteristiche proprie del bullismo, anche se comportava effetti devastanti in egual misura. Suggerì di mantenere il termine *bullying* per la descrizione del fenomeno quando si manifestava tra bambini ed adolescenti a scuola, e di utilizzare la parola mobbing per il medesimo comportamento tra adulti nei contesti organizzativi. Leymann, nel 1990, propose una prima definizione articolata di mobbing: il terrore psicologico, o mobbing lavorativo, consiste in una comunicazione sistematicamente ostile e non etica – da parte di una o più persone – diretta generalmente ad un singolo che si viene a trovare privo di appoggio e di difese a causa delle continue attività mobbizzanti. Queste azioni si verificano con frequenza piuttosto alta (almeno una volta alla settimana) e su un lungo periodo di tempo (almeno 6 mesi).
È in questi stessi anni che il fenomeno del mobbing inizia ad attrarre crescente interesse nei ricercatori e in chi, all'interno delle organizzazioni, si occupa di sicurezza e salute sul posto di lavoro. Infatti, in Inghilterra, è la giornalista A. Adams che, nel 1992, attraverso il suo libro *Bullying at work* e alcune trasmissioni radiofoniche, ha permesso a molte persone di attribuire un nome alla situazione che stavano vivendo o avevano vissuto nell'ambiente lavorativo.
Con il trascorrere degli anni, il mobbing iniziava in Europa ad attrarre crescente interesse sia da parte dei media, sia nel panorama di ricerca della psicologia del lavoro e delle organizzazioni. In Italia, H. Ege ha pubblicato, nel 1996, il primo testo sul fenomeno del mobbing in lingua italiana, ma si è iniziato a parlare diffusamente di mobbing soltanto dal 1999, quando si sono tenuti i primi due convegni nazionali sul tema: il primo a Milano, organizzato dalla Clinica del Lavoro Devoto, ed il secondo a Roma a cura dell'ISPESL, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, organo del Ministero della Sanità.
La Commissione Europea concorda una definizione di violenza sul lavoro, che può essere considerata una pietra miliare sulla strada del costrutto di mobbing: «*Incidenti dove le persone sono abusate, minacciate o aggredite in situazioni di lavoro che comprendono un rischio implicito o esplicito per la sicurezza, il benessere e la salute*» (2003). Questa definizione permette di distinguere tra i diversi tipi di violenza sul posto di lavoro: abuso, ossia comportamenti negativi che implicano l'uso di potere di natura fisica o psicologica; minaccia, ovvero la minaccia di morte e/o la manifestazione dell'intenzione di colpire o di ferire una persona, o di danneggiarne la proprietà; e aggressione, cioè il tentativo di ferire e di attaccare una persona.
Il concetto di abuso porta alla luce tutte le forme di molestia morale e psicologica: molestia sessuale, molestia razziale e, chiaramente, anche il mobbing.

**Stress, Strain o Mobbing?**

Una distinzione che occorre fare è fra il mobbing ed il concetto generale di stress. Spesso non si distingue correttamente tra i due fenomeni, sebbene essi abbiano una natura ben diversa e specifica. Si può sicuramente affermare che tra lo stress e il mobbing esista un rapporto di causa-effetto (Ege, Lancioni, 1998).
Il mobbing è certamente causa di stress; non è vero il contrario, nel senso che lo stress può presentarsi indipendentemente dal mobbing. Lo stress causato dal mobbing ha delle caratteristiche molto particolari in quanto crea un forte stato confusionale che disorienta la percezione degli attori, particolarmente della vittima: viene estremizzata l'importanza del lavoro, viene ridotta la motivazione ad agire, aumenta l'incertezza per l'imprevedibilità del futuro. Lo stress da mobbing ha effetti molto gravi nel caso in cui le vittime siano ignare di essere tali, perché si trovano spiazzate di fronte ad eventi imprevisti e si attribuiscono responsabilità che non gli spettano.
Il mobbing può essere orizzontale, fra colleghi pari grado, o verticale, fra colleghi di grado diverso. Può essere effettuato dall'alto al basso e viceversa. Quando ci troviamo a che fare con una forma di mobbing dall'alto verso il basso, parliamo di "bossing", per indicare quelle strategie persecutorie ed umiliazioni che l'azienda mette in atto per costringere alcuni dipendenti a dimettersi. La vittima si sente paralizzata e senza possibilità di difesa poiché il/la mobber è un nemico estremamente più grande e forte di lei. Questa forma di mobbing porta il lavoratore a subire uno stato di incertezza molto forte e di continua allerta. Il rischio di perdere il posto di lavoro fa crescere lo stress e la demotivazione. Lo stress subito è assoluto, poiché si è impotenti e si rimane a subire le umiliazioni e le vessazioni per l'estrema importanza ricoperta dall'occupazione.
Si può affermare, pertanto, che il mobbing è legato allo stress nel momento in cui singoli individui (o un gruppo) accumulano

una grande quantità di tensione che non riescono a gestire e la dirigono verso atti persecutori su un bersaglio, non riuscendo a trovare altra via di sfogo. Il mobbing, invece, è indipendente dallo stress quando l'individuo, più o meno consapevolmente, compie vessazioni non finalizzate allo smaltimento della tensione accumulata.
Un fenomeno simile ma distinto dal mobbing è lo straining. Il termine significa "mettere sotto pressione". Gli aggressori, o strainers, possono essere esclusivamente il datore di lavoro e i superiori gerarchici. Le azioni tipiche dello straining sono spesso le stesse del mobbing, prive però di forte contenuto vessatorio o persecutorio, ma piuttosto orientate a determinare discriminazione creando situazioni di stress forzato nel posto di lavoro. Si tratta soprattutto di isolamento sistematico e di cambiamento di mansioni, con il ricorso, in particolare, all'assegnazione di mansioni "prive di contenuto" o "irrilevanti"; oppure si confina la vittima in postazioni lavorative isolate, sottraendole anche degli strumenti di lavoro necessari. Consiste sempre in una sola azione, ma con efficacia ed effetti perduranti. Lo straining è sanzionato da norme che consentono una difesa più puntuale degli specifici diritti lesi dei lavoratori, ed è regolato dagli stessi strumenti normativi applicabili anche al mobbing (Tronati, 2008).



**Gli attori del mobbing**

Il mobbing, nelle sue varie forme, implica il coinvolgimento di diversi individui. Gli attori coinvolti in questo processo sono l'aggressore, ovvero il mobber, e la vittima, ovvero il mobbizzato, i quali solitamente non si trovano da soli, ma vengono "affiancati" silenziosamente o meno da alcune figure satellite non estranee alle dinamiche mobbizzanti.
Il mobber è l'aggressore, colui che svolge sistematicamente e con modalità subdole delle violenze psicologiche e morali su un subordinato, su un collega o su un superiore mediante critiche, aggressioni verbali, maldicenze, minacce ingiustificate. L'obiettivo è di indurlo a licenziarsi o esautorarlo dalle sue mansioni, ma il mobber può agire anche solo per isolare una persona o per divertimento (Ege, 2002).
G. Namie e R. Namie (2000), presentano quattro tipologie di mobber sulla base delle tattiche poste in essere nei confronti della vittima: lo *screaming mimi*, il *constant critic*, il *two-headed snake*, il *gatekeeper*. Lo *screaming mimi* è il tipico mobber che controlla gli altri e rovina l'ambiente lavorativo con sbalzi di umore continui e improvvise manifestazioni di rabbia. I bersagli vengono pubblicamente umiliati per convincere i testimoni che lui, il mobber, è una persona che va temuta. Il *constant critic* ha una minuziosa e ossessiva attenzione sulla prestazione degli altri: così facendo maschera le proprie insicurezze e mancanze e per di più si lamenta delle incompetenze altrui, inventando errori per confondere e svalutare la vittima. I *two-headed snake* diffamano la reputazione dei bersagli. I "mobber serpenti" diffondono chiacchiere e false accuse, attuano strategie per mettere il gruppo di lavoro ed i colleghi contro la vittima. Il *gatekeeper* è ossessionato dal controllo. Questo tipo di mobber alloca risorse, orari, soldi, informazioni affinché il bersaglio fallisca, e avere così una scusa per discutere sulla prestazione lavorativa dello stesso. Il *gatekeeper* è colui che molesta la vittima, creando un ambiente ostile per lo svolgimento delle sue mansioni.
Il mobbizzato è la vittima del mobbing, cioè è l'oggetto delle persecuzioni e molestie poste in essere dal mobber in modo frequente e persistente, allo scopo di isolarlo a livello interpersonale e privarlo delle funzioni esercitate nell'ambito dell'attività lavorativa. A tal fine, il lavoratore viene continuamente umiliato, offeso e ridicolizzato, anche per quanto riguarda la sua vita personale e privata; il lavoro viene deprezzato, svuotato, ostacolato e sabotato, il suo ruolo declassato e le sue capacità personali e professionali messe in discussione.
Secondo R. Giglioli e A. Giglioli (2000) il mobbing interessa, in particolare, quattro grosse tipologie di soggetti: i creativi, gli onesti, i disabili ed i superflui.
I creativi sono individui particolarmente brillanti, che hanno spirito di iniziativa e di innovazione e che, in qualche modo, si diversificano dal gruppo a cui appartengono; gli onesti sono persone che si trovano ad operare in un ambiente nel quale esistono cordate di potere, gruppi molto coesi, dove chi non collabora o si estranea è facilmente punito con comportamenti vessatori; i disabili sono soggetti più "vulnerabili", a livello sociale, cognitivo o personale e, quindi, più facilmente vittime di azioni mobbizzanti. I superflui, infine, sono il personale in esubero, a valle di grosse operazioni di riorganizzazione aziendale. Le categorie presentate dagli Autori concernono lavoratori che, per un motivo od un altro, si differenziano rispetto all'ambiente lavorativo in cui si trovano ad operare e per tale diversità sono vittime di azioni vessatorie.
Le figure satellite del processo di mobbing

sono tutte quelle persone non direttamente coinvolte, ma che vivono il processo di mobbing di riflesso, rimanendo, il più delle volte, passive di fronte al suo manifestarsi, divenendo degli spettatori neutrali (*bystander*), oppure schierandosi a favore del mobber o del mobbizzato e assumendo un ruolo attivo. Da questo punto di vista, la distinzione è tra *side-mobber* e *whislteblower*.
I *bystander* sono colleghi, superiori o sottoposti più o meno consapevoli del mobbing, ma incapaci di esprimere una qualsiasi forma di solidarietà verso la vittima; testimoni che, in quanto spettatori inerti, rivestono un ruolo minore nel processo vessatorio. In particolare, i *bystander*: isolano la vittima, o fanno sì che si senta isolata e abbandonata; vivono la situazione male con il rischio di riportare conseguenze negative sul proprio stato di salute psicologico e sulla prestazione; si possono sentire impotenti.
La letteratura di riferimento ha messo in luce quali possono essere le motivazioni che spingono un individuo a diventare complice del mobber: fedeltà e servilismo verso il mobber, preoccupazione e paura di diventare a sua volta vittima oppure per trarne un vantaggio sociale e/o di immagine, indotto dalla funzione "correttiva" che qualche lavoratore potrebbe sentirsi investito ad esercitare ai fini di ristabilire ordine e giustizia nell'organizzazione (Giorgi, Majer, 2004). Nell'assunzione di responsabilità si riscontrano maggiormente i processi basilari dell'effetto *bystander*, ma anche l'interpretazione dell'evento può, nel caso di mobbing, essere estremamente rilevante. Anche il sentirsi capace di dare aiuto sembra particolarmente pertinente al mobbing: in quest'ottica la formazione dei dipendenti a riconoscere episodi mobbizzanti, stabilendo, ad esempio dei codici di condotta e/o delle *policy*, favorisce l'intervento degli spettatori, poiché si sentiranno più capaci e dotati di strumenti di tutela anche nei confronti di altri lavoratori.
I *side-mobber* sono coloro che affiancano attivamente il mobber nell'azione vessatoria, dando il loro apporto con condotte singole o reiterate di natura attiva o passiva, che completano o accentuano la strategia mobbizzante.
I *whistleblower* sono coloro che cercano di aiutare la vittima. Sono quei membri dell'organizzazione, ma anche ex lavoratori, che danno voce a pratiche aziendali illegittime ed immorali nei confronti di terze persone e che, alle volte, intervengono a favore della vittima. I criteri fondamentali del *whistleblowing* sembrano essere essenzialmente tre: l'atto di notificare pratiche sbagliate in un'organizzazione; la motivazione sottostante a prevenire un danno nei confronti di altri; l'azione di un lavoratore o di un ex lavoratore che ha un accesso privilegiato alle informazioni o è testimone di pratiche illegittime nell'ambiente di lavoro.
Ricerche recenti, inoltre, evidenziano il rischio per colui che denuncia pratiche illegali di entrare nella spirale del mobbing (Matthiesen, 2006). Di contro, alcune caratteristiche dell'organizzazione del lavoro risultano positivamente associate al comportamento di *whistleblowing*: la bassa incidenza delle pratiche illegittime e immorali all'interno dell'organizzazione, le politiche organizzative che favoriscono il comportamento di whistleblowing, la risposta dell'organizzazione al verificarsi e alla scoperta di tali pratiche, il clima organizzativo positivo, l'essere organizzazioni aperte al cambiamento e con un basso livello di burocratizzazione.
Nel porre l'attenzione al processo del mobbing, appare evidente come non si possa ignorare l'attività dell'organizzazione del lavoro, i vissuti e le percezioni delle risorse umane che in essa operano come elementi fondanti.

**Gli antecedenti del mobbing: fra variabili personali e organizzative**



Zapf e colleghi (2003) rilevano tre tipi di caratteristiche dell'aggressore che possono spiegare le condotte mobbizzanti: i processi di regolazione del sé, con riferimento ad una potenziale minaccia per l'autostima; la mancanza di competenze sociali; una logica di tipo politico-economico. Essi sostengono che la protezione dell'autostima sia un bisogno primario che influenza e controlla il comportamento umano, e indicano l'origine del conflitto di mobbing proprio nel mancato riconoscimento dello status, della posizione sociale, della valutazione del sé di un individuo nei confronti di un altro. Un'altra caratteristica del mobber che può spiegare condotte mobbizzanti è la mancanza di competenze sociali e di intelligenza emotiva, per cui non si rende conto di compiere azioni ostili verso un'altra persona e, soprattutto, non capisce quanto queste azioni possano essere percepite come vessatorie dalla vittima. Infine, un'ulteriore caratteristica in riferimento al mobber è una logica, sottostante ai comportamenti posti in essere, di tipo politico-economico. Il fine è di ottenere avanzamenti di carriera e far prevalere i propri interessi. È stato approfondito come possa essere "razionale" mobbizzare un collega o un subordinato, soprattutto in orga-

nizzazioni con forte competizione interna.
Anche nella vittima è possibile evidenziare alcune caratteristiche che possono favorire l'insorgere del mobbing. Alcuni individui, in particolari situazioni, dove sono degli outsider, ovvero differiscono troppo dal resto del gruppo, potrebbero essere maggiormente a rischio di mobbing. Inoltre, le caratteristiche di personalità e alcuni pattern di comportamento della vittima potrebbero stimolare e/o elicitare comportamenti aggressivi e molesti da parte di altri lavoratori.
La ricerca che meglio ha indagato le caratteristiche della vittima di mobbing è quella condotta da S.B. Matthiesen e S. Einarsen (2001) su 85 mobbizzati norvegesi. Venne utilizzato il MMPI-2, uno degli inventari di personalità più impiegato sia per finalità diagnostico-cliniche, che per finalità di ricerca: quando le scale di cui è composto l'inventario raggiungono un punteggio soglia, si desume che queste indichino un disturbo psicologico su cui si debba intervenire con un trattamento mirato. Matthiesen e Einarsen trovarono punteggi alti nelle varie scale dell'inventario somministrato alle vittime di mobbing. Esse risultarono prevalentemente sospettose, depresse, troppo sensibili e avevano la tendenza a convertire lo stress in disturbi psicosomatici.
Uno studio condotto su 72 mobbizzati e su un parallelo e adeguato gruppo di controllo, ha rilevato differenze significative tra vittime e non vittime in quattro delle cinque dimensioni di personalità più riconosciute nel panorama psicologico, attraverso il Big Five Quesionairre (BFQ). I mobbizzati tendevano ad essere più nevrotici, meno amicali, meno coscienziosi e meno estroversi. Infine, anche l'autostima, l'abilità nel risolvere i conflitti, l'autoefficacia personale e le risorse di coping potrebbero contribuire all'evoluzione del mobbing a partire da un semplice conflitto (Glasø et al., 2007).
Sebbene la ricerca sul mobbing abbia prediletto solo alcuni fattori come cause del mobbing, attualmente i modelli considerati più attendibili sono quelli che fanno riferimento a variabili multicausali che integrano fattori individuali, sociali e organizzativi (Guglielmi, Panari, Depolo, 2008). Pertanto, gli antecedenti del mobbing sono da rintracciare, oltre che nelle variabili di personalità del mobber e della vittima, anche nell'ambiente di lavoro e nel sistema sociale dell'organizzazione.
La cultura organizzativa rappresenta il filtro attraverso cui viene assegnato un significato alla realtà lavorativa. In alcune organizzazioni il mobbing può essere considerato parte della cultura aziendale. Il mobbing è, infatti, particolarmente diffuso in quelle organizzazioni in cui i soggetti sentono di avere il supporto dei pari e dei superiori ad esercitare comportamenti negativi, legittimati da una forma patologica di management aziendale.
Anche nel clima organizzativo è possibile ricercare delle radici del mobbing. In uno studio italiano sulla qualità della vita organizzativa e sul mobbing, il clima organizzativo, nelle sue dimensioni di team, comunicazione, leadership e libertà, appare strutturalmente connesso alla presenza di azioni mobbizzanti (Depolo, 2003).
Un'altra area chiave del contesto organizzativo è la leadership. Einarsen, Skogstad, Løseth e Aasland hanno dato rilevanza ad una tipologia di comando da loro definita "leadership distruttiva", intendendo *il comportamento sistematico e ripetuto di un leader, supervisore o manager che viola i legittimi interessi dell'organizzazione danneggiando o sabotando gli obiettivi, i compiti, le risorse e l'efficienza dell'organizzazione e/o la motivazione, il benessere o la soddisfazione lavorativa dei suoi subordinati* (Einarsen et al., 2002, pag. 55). La relazione mobbing-leadership, però, è evidente non solo nel caso di leadership distruttiva; anche uno stile di leadership troppo lassista è associato a comportamenti di mobbing: la riluttanza dei superiori a riconoscere e a intervenire negli episodi di mobbing può dare l'impressione agli aggressori che il mobbing sia tollerato dall'organizzazione.
Due aspetti del job design che sono stati ampiamente indagati in relazione al mobbing e ad altre forme di comportamenti ostili sul lavoro sono il "conflitto di ruolo" e "l'ambiguità di ruolo". In particolare il conflitto di ruolo, che si riferisce alle percezioni contraddittorie delle aspettative, dei valori e delle richieste degli individui nei confronti del proprio lavoro, vissuto in misura superiore dalle vittime e dai testimoni di mobbing rispetto ai non mobbizzati. Anche l'ambiguità di ruolo, ossia il grado di incertezza percepito dall'individuo nei confronti dei doveri e delle aspettative in relazione al proprio lavoro, è risultata avere effetto diretto sulla percezione di mobbing (Notelaers *et al.*, 2004). Il mobbing sembra quindi attecchire in organizzazioni in cui gli individui percepiscono la situazione lavorativa come non chiara e non prevedibile.
Per analizzare l'ultima area del contesto organizzativo, che potrebbe essere considerata come antecedente del mobbing, facciamo riferimento al modello di D. Salin (2003). Tale modello tiene conto della complessità e multicausalità del costrutto, in cui

gli antecedenti organizzativi del mobbing sono divisi in tre gruppi: dimensioni di motivazione, dimensioni di potere e dimensioni di cambiamento nell'ambiente di lavoro. Le dimensioni di potere, cioè l'asimmetria di potere tra le parti, la bassa percezione dei costi per l'aggressore e la *dissatisfaction*/frustrazione per l'ambiente di lavoro, sono descritte come gli elementi *conditio sine qua non* per il verificarsi del mobbing. Le dimensioni di motivazione, ovvero la competizione interna, il sistema di ricompensa e benefit, la burocrazia e la difficoltà di licenziamento degli impiegati, spiegano come l'aggressore possa ritenere razionalmente conveniente mobbizzare la vittima. Le dimensioni di cambiamento, cioè le ristrutturazioni, le crisi o altri cambiamenti organizzativi, le modifiche nel management o nella composizione del gruppo di lavoro, evidenziano le circostanze in cui un'organizzazione può diventare a rischio di mobbing. Secondo il modello di Salin, in conclusione, il mobbing è il risultato dell'interazione nell'ambiente di lavoro delle tre dimensioni di potere, motivazione e cambiamento, o almeno di due di esse.

**Le conseguenze del mobbing sull'individuo e sull'organizzazione**

È ormai ampiamente riconosciuto come il mobbing provochi gravi conseguenze sul benessere e sulla salute dei lavoratori, causando anche danni di natura permanente. Sia la letteratura medica che la letteratura giuridica considerano fondamentale il danno alla salute, o danno biologico, che deriva dalla compromissione del "bene salute", costituzionalmente tutelato, e che rappresenta un valore fondato sull'integrità psicofisica della persona. Il danno psichico come "specie" di danno biologico, richiede, ai fini della sua configurabilità, la sussistenza in concreto non di una mera sofferenza o turbamento, ma di una vera e propria patologia e, dunque, lesione fisica e/o una compromissione accertabile oggettivamente della salute, la valutazione della quale non può che essere rimessa al medico legale.
Già nel 1990 Leymann aveva dimostrato tramite osservazioni cliniche che il mobbing non solo comportava sindromi psicologiche o gravi disturbi, ma anche isolamento sociale, malattie psicosomatiche, sintomi depressivi, rabbia, sensazione di impotenza e così via. Essere vittime di comportamenti vessatori sembra produrre anche forti reazioni emotive, o dei veri traumi, come paura, ansia e shock. La vittimizzazione subita, inoltre, trasforma le percezioni delle persone sul proprio lavoro e sulla propria vita in genere in situazioni che implicano insicurezza, minaccia e pericolo. In uno studio di E.G, Mikkelsen e S. Einarsen (2002), i mobbizzati, rispetto al gruppo di controllo, si consideravano meno capaci e abili e percepivano il mondo in modo più negativo e pessimistico. Nella costellazione dei sintomi a lungo termine delle vittime di mobbing è stato riconosciuto anche il PTSD (APA, 2014). La diagnosi del Disturbo da Stress Post-Traumatico si riferisce a un insieme di sintomi da stress presentati da vittime di eventi traumatici. L'elemento chiave che determina lo sviluppo di questa patologia è la percezione soggettiva di minaccia per la vita, l'impossibilità percepita di ricevere aiuto, l'esperienza di paura estrema.
Un altro possibile effetto a lungo termine del mobbing è il Disturbo dell'Adattamento, la cui caratteristica fondamentale è una risposta psicologica a uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi. I sintomi devono svilupparsi entro tre mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti. La sofferenza emotiva indotta da situazioni stressanti o eventi di vita sfavorevoli è valutata secondo la durata e la gravità dei sintomi in relazione all'evento stressante. La diagnosi è adottata ogni volta che si verifica una significativa compromissione funzionale nella vita lavorativa e/o di relazione.
È bene comunque sottolineare che qualsiasi sia la diagnosi degli effetti, il cuore del problema è la comprensione di quanto il mobbing possa essere psicologicamente distruttivo. Il mobbing non solo danneggia la salute mentale, ma anche la carriera, lo status e lo stile di vita.
Da quanto emerso, risulta chiaro che e il mobbing, in particolare quello a lungo termine, abbia effetti estremamente disfunzionali sulla salute della persona. Ricerche condotte da studiosi europei hanno rilevato come il mobbing deteriori anche l'ambiente lavorativo e, in particolare, comporti *turnover*, assenteismo e un brusco calo nella produttività (Hoel, Einarsen, Cooper, 2003).
Il *turnover* sembra uno degli *outcome* organizzativi principali del mobbing. Alcuni studi condotti su delle vittime riportano che un mobbizzato su quattro ha lasciato il proprio lavoro a causa del mobbing. Appare, inoltre, chiaro come il mobbing possa ridurre la produttività e diminuire la qualità della prestazione: la minor motivazione e soddisfazione lavorativa e il minor coinvolgimento di chi è vittima di azioni mobbizzanti, possono portare la persona a non

svolgere bene il proprio lavoro; soprattutto se insorgono problemi di salute, diminuisce la capacità di concentrazione della persona e aumenta la possibilità che il dipendente commetta errori.
Anche l'assenteismo rientra come possibile/probabile outcome organizzativo del mobbing. A questo proposito uno studio finlandese di K. Kivimaki, M. Elovainio e J. Vahtera (2000), grazie al fatto di aver potuto accedere a registri e documentazioni contenenti certificati di malattie, ha dimostrato che il rischio di assenteismo per i mobbizzati era di 1.5 volte maggiore rispetto ai non mobbizzati.
Un'altra conseguenza del mobbing riguarda l'aspetto economico. Per Hoel *et al.* (2001), il costo nazionale del mobbing nel Regno Unito, soltanto per l'assenteismo e il *replacement*, poteva aggirarsi intorno a due miliardi di sterline annui.
Analizzando più specificatamente le singole voci delle spese nel conto economico del mobbing si possono individuare: l'assenteismo, ovvero il pagamento del salario al lavoratore quando è in malattia; il *turnover* e i costi per l'assunzione di una nuova risorsa: spese di reclutamento (pubblicità e selezione), spese di formazione e addestramento, spese di natura più amministrativa (*testing* dei candidati, rescissione del contratto, stipula del nuovo contratto ecc.); l'impatto sulla produttività e sulla *performance*: costi difficilmente quantificabili, variabili a seconda delle specifiche situazioni, ma che si presume siano estremamente elevati; i costi per la denuncia di mobbing da parte della vittima, cioè eventuali spese processuali e pagamenti dei danni per casi che entrano nel merito della giurisprudenza; la perdita di reputazione dell'azienda, nel caso ci siano più casi di mobbing all'interno di un'organizzazione.



**L'Accordo Europeo**

Il Parlamento Europeo esorta gli Stati membri a procedere, aesaminare e ad integrare la propria legislazione vigente sotto il profilo della lotta contro il mobbing e le molestie sessuali sul posto di lavoro, nonché a verificare e a caratterizzare in manieraunitaria la definizione della fattispecie del mobbing; sottolinea espressamente la responsabilità degli Stati membri e dell'intera società per il mobbing e la violenza sul posto di lavoro, ravvisando in tale responsabilità il punto centrale di una strategia di lotta a tale fenomeno.
In tal contesto assume rilievo l'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 contro lo *stress* sul lavoro: accordo sottoscritto dalle quattro maggiori organizzazioni europee di lavoratori ed imprenditori, precisamente: la Confederazione Europea dei Sindacati (CES), l'Unione delle Confederazioni Industriali d'Europa (UNICE), l'Unione Europea dell'Artigianato e delle Piccole e Medie Imprese (PMI – UEAPME) e il Centro Europeo delle Imprese Pubbliche (CEEP). Tale accordo differenzia lo *stress* da lavoro che può derivare da fattori di *stress* "oggettivi", quali l'organizzazione del lavoro, le condizioni e l'ambiente lavorativo, e lo *stress* da fattori "soggettivi", quali pressioni psicologiche e sociali, la sensazione di incapacità ad affrontarle.
L'Accordo impegna i datori di lavoro, se il problema di *stress* da lavoro è identificato, ad agire per prevenirlo, eliminarlo o ridurlo, stabilendo le misure adeguate da adottare, le quali saranno attuate con la partecipazione e la collaborazione dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti (Raffi, 2006).
La Commissione per l'Occupazione e gli Affari Sociali, sulla strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro (2007/2146(INI)) esprime un punto importante per la prevenzione del mobbing: è dell'avviso che le ispezioni sul lavoro costituiscano un fattore essenziale per l'attuazione della normativa sulla salute e la sicurezza; chiede pertanto alla Commissione di: sviluppare ulteriormente i sistemi per la condivisione delle conoscenze, in modo da garantire risposte efficaci alle richieste di informazione e cooperazione; avviare una ricerca per la valutazione dell'efficienza e dell'impatto delle attività ispettive, al fine di stabilire obiettivi quantitativi e qualitativi comuni in materia di ispezioni, incoraggiando in tal modo l'utilizzo degli ispettorati come facilitatori per creare un'efficiente ed efficace cultura della salute e della sicurezza presso tutta la forza lavoro; stabilire modalità di valutazione dei sistemi d'ispezione nazionali, in particolare mediante quadri di valutazione; chiede, inoltre, agli Stati membri di: fornire ai loro ispettorati nazionali personale e mezzi finanziari adeguati; aumentare il numero degli ispettori del lavoro, in modo da garantire una densità di almeno 1 ispettore ogni 10.000 lavoratori, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL); migliorare la qualità del lavoro svolto dagli ispettori offrendo una formazione multidisciplinare in settori come la psicologia, l'ergonomia, l'igiene, i pericoli per l'ambiente e la tossicologia; concentrare le ispezioni su settori prioritari e su comparti e imprese ad alto rischio di incidenti e con

elevati livelli di gruppi vulnerabili, come lavoratori migranti, lavoratori interinali, lavoratori con un basso livello di qualifiche e di formazione, lavoratori giovani e anziani e lavoratori disabili.
Vale la pena ribadire che proprio la dimensione dinamica e interazionale del fenomeno mobbing lo portano ad essere, allo stesso tempo, similare in tutta Europa e differente anche all'interno dei singoli Paesi, a seconda di una serie di variabili e di equilibri che difficilmente una normativa comunitaria potrebbe sondare e regolare del tutto.
In conclusione, credo sia possibile affermare che lo sforzo comune debba essere ormai rivolto in gran parte alla prevenzione sia sotto l'aspetto organizzativo del lavoro, sia sotto il profilo dell'educazione alla reciproca convivenza.

**Bibliografia**

Accordo Europeo Sullo Stress Sul Lavoro (8/10/2004) (12-06-2017). Retrieved from http://www.asl.fr.it/sites/default/files/ACCORDO%20EUROPEO%20STRESS%20%20INTER-CONFEDERALE%208.10.2004.pdf. American Psychiatric Association (2014), DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Milano: Masson.
Depolo, M. (2003). Mobbing: Quando la prevenzione è intervento. Milano: Franco Angeli.
Ege, H. (2002). Mobbing: conoscerlo per vincerlo. Milano: Franco Angeli. Ege, H., & Lancioni M. (1998). Stress e mobbing. Bologna: Pitagora.
Einarsen S. et al. (2002). Destructive leadership: A behavioural model. Bergen, Norvegia: Relazione presentata al Forskning ved Institutt for samfunnpsykologi.
Gilioli R., & A. Gilioli (2000). Cattivi capi, cattivi colleghi. Come difendersi dal mobbing e dal nuovo "capitalismo selvaggio". Milano: Mondadori.
Glasø L. et al. (2007). Do targets of workplace bullying portray a general victim personality profile?. Scandinavian Journal of Psychology, 48 (4) 313-319.
Giorgi G., & V. Majer (2004). Le variabili organizzative antecedenti al fenomeno del mobbing. Risorsa Uomo: Rivista di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione, 9, 269-283.
Hoel H., & C.L. Cooper, & B. Faragher (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status, European Journal of Work and Organizational Psychology, 10 (4), 443-465.
H. Hoel, & S. Einarsen, & C.L. Cooper, Organisational effects of bullying, in S. Einarsen et al. (2003). Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice. London: Taylor&Francis.
Kivimaki K., & M. Elovainio, & J. Vahtera (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. Occupational and Environmental Medicine, 57, 656-660.
Matthiesen S.B. (2006). Bullying at work. Antecedents and outcomes. Tesi di dottorato non pubblicata. Bergen, Norvegia: University of Bergen.
Matthiesen S.B., & S. Einarsen (2001), MMPI-2 configurations after persistent bullying at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 10 (4) 467-484.
Mikkelsen E.G., & S. EINARSEN (2002), Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. Scandinavian Journal of Psychology, 43 (5) 397-405.
Namie G., & R. Namie (2000), The bully at work: What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job. Naperville (IL): Sourcebooks.
Notelaers G. et al. (2004), Organisational antecedents of bullying in the workplace: A mixture between classical stressors and role problems, Bergen, Norvegia: Relazione presentata alla 4° conferenza internazionale su "Bullying and harassment in the workplace".
Pastore L. (2006). Il fenomeno del mobbing. Aspetti psicologici e strumenti di ricerca intervento. Milano: Franco Angeli.
Raffi A. (2006). Il mobbing nell'ordinamento comunitario. UTET.
Salin D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and process in the work environment. Human Relations, 56 (10) 1213-1232.
Tronati B. (2008). Mobbing e Straining nel rapporto di lavoro. Cosa sono, come riconoscerli, come reagire, come tutelarsi. Roma: Ediesse.
Zapf D. et al., Empirical findings on bullying in the workplace, in S. Einarsen et al. (2003), Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice. London: Taylor&Francis.

Dott.ssa Angela Alampi



Sono psicologa ed esperta in discipline sessuologiche.
Ho conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione ad aprile del corrente anno e frequento il primo anno della scuola di specializzazione ad approccio breve strategico, l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie.
Nel corso dell'iter universitario, svolto presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", mi sono avvicinata alla branca della psicosessuologia e della sexual medicine, frequentando il Corso biennale in Psicosessuologia presso l'Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica, a Roma, soffermando i miei studi sugli aspetti psicologici della sessualità e della vita di coppia.
Professionalmente, ho avuto modo di lavorare in cliniche per anziani affetti da probabile demenza di Alzheimer ed altre patologie senili, affinando le mie competenze nell'ambito della valutazione neuropsicologica e della riabilitazione delle abilità residue cognitive, in generale, e mnestiche, in particolare. Ho svolto e svolgo, inoltre, attività di tutoraggio e di psicoeducazione con bambini di età compresa fra i 4 e i 12 anni, in contesti individuali e di gruppo.
Nell'ultimo anno, sono entrata in contatto con il mondo delle dipendenze comportamentali, collaborando con il progetto BART (Behavioral Addictions Research Team) e stilando, insieme alla Dott.ssa Elena Cabras, due articoli scientifici per la Rivista Quale Psicologia relativi alla Dipendenza Affettiva e al Cyberstalking.
Attualmente collaboro con Idego – Psicologia Digitale, una società che si occupa della realizzazione di progetti in ambito psicologico e psicoterapeutico con la finalità di affinare l'utilizzo delle tecnologie per il sostegno del disagio giovanile nelle sue varie forme, di cui sono caporedattore, e con Psicotypo, portale di psicologia volto ad informare e sensibilizzare gli addetti ai lavori e i non addetti circa varie aree della psicologia, di cui sono direttore di rubrica sulle dipendenze patologiche.

# Dipendenze e neuroscienze: dal comportamento manifesto ai meccanismi neurali

Angela Alampi[1]

*La dipendenza patologica è una condizione di asservimento psicologico e fisico ad una particolare sostanza o comportamento, che conduce a gravi compromissioni della salute di chi ne è affetto nelle diverse sfere di vita.*
*Sono molteplici le forme di dipendenza comportamentale che si affiancano a quelle classicamente conosciute, sebbene il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione (DSM 5) annoveri esclusivamente il Gioco D'Azzardo Patologico. Dato il forte impatto che le dipendenze hanno sullo scenario sociale e culturale attuale, appare rilevante giungere a conoscenza sia delle principali caratteristiche che definiscono queste condizioni patologiche (dai comportamenti manifesti alle credenze che le alimentano) sia dei meccanismi neurobiologici che sottendono lo sviluppo ed il mantenimento delle dipendenze medesime.*
*L'obiettivo del presente lavoro, dunque, risulta essere quello di approfondire l'analisi del concetto di dipendenza, ponendo l'accento sui due elementi chiave del craving, inteso come desiderio inarrestabile ed incontenibile di ricercare ed ottenere l'oggetto della dipendenza, e del drug-seeking behaviour, concepito come l'insieme dei comportamenti messi in atto compulsivamente dalla persona al fine di raggiungere l'oggetto della dipendenza. Il presente lavoro si propone, inoltre, di esplorare i fattori di rischio che possono predisporre all'insorgenza della condizione patologica e di indagare i correlati neurobiologici del comportamento di dipendenza.*
*Attraverso le tecniche di neuroimaging (PET, RM funzionale, SPECT) è stato possibile osservare come, a livello neurobiologico, le dipendenze classiche e comportamentali originino a partire da analoghi meccanismi, cioè dall'alterazione di tre sistemi funzionali che danno vita al cosiddetto "processo*
*additivo": il sistema di motivazione-gratificazione, il sistema della regolazione degli affetti e il sistema dell'inibizione comportamentale. All'interno di tali meccanismi, un ruolo molto rilavante è rivestito dalla dopamina, un neurotrasmettitore naturale che rinforza e mantiene la motivazione ad*



## Il concetto di dipendenza

Il termine "dipendenza", derivante dal latino de- pendere e significante letteralmente pendere in giù, indica una condizione di asservimento fisiologico, fisico e psicologico ad una sostanza o ad un comportamento. Si tratta di modalità patologiche di utilizzo di una sostanza o di messa in pratica di un comportamento, dal carattere ripetitivo e incontrollabile e ledenti il buon funzionamento della persona nelle diverse sfere di vita (Sanavio & Cornoldi, 2010).
Le modalità patologiche con cui si consuma una sostanza o si agisce un comportamento tendono a variare da persona a persona ed in base ad una molteplicità di fattori, quali le circostanze in cui ci si trova, il periodo di vita

1 Psicologo clinico, esperta in discipline sessuologiche

che si sta attraversando, la storia di vita della persona, la disponibilità di una determinata sostanza, l'ambiente culturale in cui si è inseriti, la vulnerabilità all'utilizzo di una sostanza piuttosto che di un'altra, la frequenza e l'intensità della fruizione.
La dipendenza origina a partire dall'uso, prima, e dall'abuso, poi, del consumo di una sostanza o dell'attuazione di un comportamento. Si parla di uso quando si entra in contatto con la sostanza o con il comportamento in maniera sporadica e isolata, al fine di sperimentarne gli effetti e di ricercare temporaneo appagamento; si parla di abuso quando l'uso diventa continuativo, persistente e ricorrente. Quest'ultimo risulta accompagnato, da un canto, dalla consapevolezza da parte della persona delle

gravose conseguenze sulla sua salute psicofisica e sul suo funzionamento psicologico, familiare, sociale, lavorativo, e, d'altro canto, dal desiderio incontenibile di assumere la sostanza o di agire il comportamento e dalle conseguenti azioni di ricerca verso la sostanza o il comportamento medesimi (Giberti & Rossi, 2009).
La dipendenza, dunque, si configura come una sindrome sostanza-specifica (nel caso delle dipendenze classiche) o comportamento-specifico (nel caso delle dipendenze nuove o senza sostanza), caratterizzata da comportamenti che prescindono dalla volontà della persona, che elicitano effetti negativi sul suo funzionamento nelle diverse sfere di vita – a medio e lungo termine – e ne ledono il benessere globale, in un'ottica bio-psico-sociale. Due elementi chiave nell'inquadramento della dipendenza risultano essere i seguenti:
• Il craving, cioè il desiderio incontrollabile di assumere sostanze o di agire il comportamento e dinanzi al quale non è possibile opporre alcuna resistenza;
• Il drug-seeking behavior, ossia l'insieme dei comportamenti messi compulsivamente in atto al fine di ricercare e consumare ciò verso cui si sviluppa la dipendenza (Guelfi, 2009).
Percezione di perdita di controllo, compulsioni, cronicità, persistenza, eterno ritorno del bisogno costituiscono le principali caratteristiche del vortice vizioso della dipendenza. L'intera vita della persona finisce, in tal modo, per ruotare letteralmente attorno al soddisfacimento del bisogno di assumere la sostanza: una volta ottenuta la scarica emotiva derivante dalla messa in atto del comportamento patologico, infatti, si verifica un ripristino dello stato di tensione iniziale legato al ritorno dell'impulso irrefrenabile di ricercare ed ottenere l'oggetto della dipendenza (Mulè, 2008).

**Le facce della dipendenza**

Esistono varie sfaccettature della dipendenza che alla base sottendono i medesimi meccanismi. Una prima distinzione concerne le dipendenze innate e le dipendenze acquisite: le prime hanno come oggetto le sostanze che tengono in vita l'organismo umano e che esso non è in grado di produrre autonomamente (ad esempio, le vitamine); le seconde sono relative a sostanze che l'organismo in condizioni ottimali produce autonomamente ma di cui risulta carente a seguito di traumi, interventi chirurgici e/o patologie organiche e croniche. Le dipendenze acquisite risultano essere dipendenze sia curative (o terapeutiche), in quanto necessarie al fine di assicurare sopravvivenza e benessere a chi affetto da condizioni patologiche debilitanti (quali il diabete, la schizofrenia, l'epilessia, l'ipertensione arteriosa, la tossicodipendenza, etc.), sia fisiche, poiché fondamentali ai fini del ripristino e del mantenimento di un buon funzionamento psicofisico di chi patisce le suddette patologie (Guelfi, 2009).
Le dipendenze terapeutiche si distinguono dalle dipendenze patologiche, aventi per oggetto sostanze o comportamenti che, per il carattere di ripetitività persistenza e per l'intrusività nella vita della persona, ne compromettono il funzionamento fisico, psicologico, sociale e lavorativo a medio e lungo termine, comportando anche gravi rischi per l'incolumità psicofisica per la persona medesima e per chi le sta accanto.
Un'ulteriore distinzione riguarda, all'interno della macrocategoria delle dipendenze patologiche, le dipendenze cosiddette classiche e le dipendenze nuove (o new addictions). Le dipendenze classicamente conosciute consistono in stati di asservimento psicofisico ad una particolare sostanza o all'alcol, di cui la persona finisce per non poter fare a meno e per cui mette in atto una serie di comportamenti ripetitivi e compulsivi volti a soddisfare l'impulso a consumarne in quantità sempre maggiori.
Le dipendenze di più recente concettualizzazione hanno, invece, per oggetto un comportamento (come nel caso del gioco d'azzardo patologico, l'Internet Addiction, lo shopping compulsivo, la dipendenza da lavoro, etc.) o un legame affettivo o intimo (come nel caso della dipendenza affettiva) e consistono nella messa in pratica persistente e ricorrente di comportamenti problematici di cui la persona viene resa schiava. A tal proposito, risulta utile puntualizzare come il termine Addiction sia da preferire al termine Toxicomanie, poiché, derivante dal latino addictus, indica letteralmente una condotta che rende l'individuo schiavo, privo di libertà. Esattamente come accade nelle dipendenze patologiche (McDougall, 1990).

**Le dipendenze classiche**

Le dipendenze classiche sono modalità patologiche d'uso di sostanze e/o di alcol, sfocianti in una vera e propria sindrome sostanza-specifica che vede nella tolleranza e nell'astinenza le principali caratteristiche (Sanavio & Cornoldi, 2010).
Si tratta di patologie derivanti dall'uso continuativo di sostanze psicoattive, il quale

comporta un circolo vizioso per cui la persona è dominata dal desiderio incontenibile di assumerle e dalla messa in atto di comportamenti, anche rischiosi, volti a realizzarlo. La persona dipendente è consapevole delle gravose e lesive conseguenze che tale circolo elicita sulla sua vita e su quella delle persone che la circondano, ma non riesce ad interromperlo (APA, 2014).
La dipendenza, dunque, presenta un carattere recidivante e cronico, inducendo la persona ad arrendersi ai tentativi infruttuosi di porre fine al circolo vizioso ed a cadere nel baratro della coazione a ripetere l'utilizzo della sostanza, ricercando quantità sempre maggiori per esperire gli effetti desiderati. La tolleranza che la persona dipendente sviluppa nei riguardi della sostanza psicoattiva consiste in una marcata diminuzione degli effetti elicitati dal continuativo uso del medesimo dosaggio e nel conseguente bisogno di incrementare le dosi della sostanza stessa per conseguire gli effetti desiderati (Sanavio e Cornoldi, 2010). L'astinenza è concettualizzabile come l'interruzione o la drastica riduzione dell'uso prolungato e continuato di una sostanza ed il conseguente sviluppo di una sindrome caratterizzata da sintomi quali tremori, irrequietezza, sudorazione, palpitazioni, craving (Giberti & Rossi, 2009).
Fra le dipendenze da sostanze psicoattive è possibile annoverare le seguenti:
• Dipendenza da alcol;
• Dipendenza da oppioidi;
• Dipendenza da cocaina;
• Dipendenza da amfetamine;
• Dipendenza da barbiturici e tranquillanti;
• Dipendenza da cannabis;
• Dipendenza da allucinogeni.



**Le dipendenze nuove**

Le dipendenze nuove (altrimenti definite dipendenze comportamentali o New Addictions) sono condizioni di asservimento psicologico e fisico ad uno specifico comportamento. Esse funzionano al pari delle dipendenze da sostanze psicoattive, comportando la ricorrente, persistente ed incontrollabile messa in atto del comportamento (Marazziti, Presta, Picchetti e Dell'Osso, 2015).
Più nel dettaglio, le dipendenze comportamentali si manifestano attraverso una sintomatologia cronica, persistente e ripetitiva, che segue un andamento ciclico e di cui la persona non riesce a fare a meno. A causa di uno stato di tensione o ansia, la persona viene spinta ad eseguire il comportamento, in maniera incontrollata e compulsiva. La messa in atto del comportamento genera una temporanea condizione di piacere, sollievo e rilassatezza. Tuttavia, quando il piacere si conclude, emerge nuovamente lo stato di tensione ed il bisogno di alleviarlo con la messa in atto del comportamento medesimo, dando vita al circolo vizioso della dipendenza (Cantelmi e Lambiase, 2010).
Questo meccanismo tende a provocare gravi danni al funzionamento della persona nelle varie sfere di vita (rottura di relazioni, perdita di beni materiali, perdita del lavoro, isolamento sociale).
Le dipendenze nuove tardano ad essere individuate, poiché hanno come oggetto comportamenti socialmente accettati e sostenuti: questa risulta essere una delle caratteristiche che maggiormente contraddistingue tale tipologia di dipendenze. Per tale ragione, inoltre, esse possono essere definite anche "dipendenze sociali" (o "legali"; Marazziti, Presta, Picchetti e Dell'Osso, 2015).

All'interno della macrocategoria delle dipendenze comportamentali rientrano le seguenti:
• Gioco d'azzardo patologico;
• Shopping compulsivo;
• Dipendenza da Internet;
• Dipendenza da lavoro (Workhaolism);
• Dipendenza affettiva (in tal caso l'oggetto della dipendenza coincide con la relazione intima che intercorre tra la persona che sviluppa la dipendenza ed il partner);
• Dipendenza sessuale (Sex-Addiction);
• Ortoressia;
• Dipendenza da cibo (Food Addiction; Mulè, 2008).

**I fattori di rischio delle dipendenze patologiche**

Le dipendenze patologiche, siano esse comportamentali o da sostanze psicoattive, sono sindromi che si manifestano in individui particolarmente vulnerabili a svilupparle a seguito di una peculiare interazione ed influenza reciproca fra fattori genetici, psicologici, sociali, ambientali (Mulè, 2008).
Le sorti del processo di sviluppo della dipendenza, in primis, e della tipologia di dipendenza, in secundis, dipenderebbero dal modo in cui caratteristiche (congenite o acquisite) della persona, dell'ambiente in cui è inserita e delle sostanze o comportamenti si intrecciano fra loro e con il particolare periodo di vita che la persona sta attraversando (Serpelloni e Guerra, 2003).

**I fattori personali**
Fra i fattori personali che incidono sullo sviluppo e sull'evoluzione della dipendenza è possibile prendere in considerazione i seguenti:
• Ansia;
• Alterazioni dell'umore e depressione;
• Timidezza e tendenza all'isolamento;
• Impulsività e tendenza al rischio;
• Aggressività, disturbo oppositivo provocatorio, della condotta e antisociale;
• Deficit nella dilazione della ricompensa;
• Basse autostima e autoefficacia;
• Strategie di coping e di autoregolazione degli affetti disadattive;
• Convinzioni erronee;
• Meccanismi difensivi di tipo dissociativo fin dalle prime tappe dello sviluppo infantile (Giberti e Rossi, 2009).

Tali fattori, con particolare riferimento agli ultimi tre della lista sopraelencata, emergono solitamente a seguito di esperienze di deprivazione e trascuratezza emotiva, di abuso sessuale, fisico e/o psicologico vissute dall'individuo nella prima infanzia.
Caregiver trascuranti, freddi ed incostanti nel rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino risultano alla base dello sviluppo, nella mente del bambino medesimo, di rappresentazioni insicure di sé, dell'altro e della relazione con l'altro (i cosiddetti Modelli Operativi Interni – MOI) e di un attaccamento insicuro-evitante o insicuro-ambivalente.
La reiterazione di esperienze di accudimento negative e la conseguente mancata sintonizzazione affettiva fra caregiver e bambino fanno sì che quest'ultimo cresca privo della capacità di rappresentare le emozioni e gli stati mentali propri e altrui e di gestirli adeguatamente. Le emozioni, così confuse, vengono escluse dalla coscienza al fine di non interferire con il funzionamento globale del bambino, ormai cresciuto, e tendono a riemergere, una tantum, sotto forma di sintomi post-traumatici, quali aggressività, confusione del pensiero, amnesie dissociative, a cui l'individuo risponde solitamente con meccanismi difensivi di tipo dissociativo e strategie di coping disadattive.
L'individuo, dunque, cresce dotato di un Io fragile e di un Sé frammentato, in cui soma e psiche risultano scissi e l'oggetto interno non è sufficientemente buono: cadere nel baratro della dipendenza patologica appare è una delle possibilità maggiormente prevedibili e realizzabili. La sostanza e/o il comportamento, infatti, fungono da oggetto esterno sostitutivo dell'oggetto interno e da regolatore esterno degli stati affettivi dolorosi ma indicibili (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2008).
Il sistema familiare disfunzionale, in quanto rigido, caotico, invischiato o disimpegnato, risulta essere, inoltre, responsabile della costruzione di credenze erronee che orientano il modus vivendi della persona nelle diverse sfere di vita e sottostanno allo sviluppo ed al mantenimento della dipendenza patologica. Tali credenze sono quattro:
• Io penso di essere privo di valore e non degno di essere amato;
• Io credo che nessuno possa né voglia amarmi per come sono;
• Io sono convinto che i miei bisogni non vengano riconosciuti né soddisfatti da nessuno;
• Io so che il mio bisogno principale sia il bere (o l'usare sostanze psicoattive o il consumare atti sessuali o navigare in internet, etc.; Quattrini e Spaccarotella, 2013).

Le convinzioni erronee appena accennate, tipiche di individui che hanno maturato un attaccamento insicuro, favoriscono il ricorso a meccanismi di difesa dissociativi per fronteggiare le emozioni dolorose ed intollerabili. La dissociazione si configura come un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della memoria e della coscienza individuale, che consiste nell'immagazzinare le componenti cognitive ed emotive di un'esperienza in scomparti separati della coscienza medesima.
In condizioni ottimali, dunque, la dissociazione si presenta come una funzione normale della mente che persegue l'obiettivo di proteggere l'Io da stimoli dolorosi che possono inficiare il buon funzionamento della persona nelle varie sfere di vita, consentendole di costruire e di rifugiarsi temporaneamente in una realtà più favorevole e vantaggiosa per la sua omeostasi. In caso di esperienze relazionali deprivanti e traumatiche, invece, è possibile che la persona ricorra alla dissociazione in maniera reiterata, rischiando di cronicizzare il suo isolamento, di distorcere il senso del sé e delle relazioni con gli altri e di perdere il contatto con la realtà circostante: in tal senso, la dipendenza patologica assume la funzione di generare condizioni somatiche e sensoriali rispondenti al bisogno di allontanarsi dalla realtà oggettiva e rifugiarsi in una realtà favorevole ed illusoria (Caretti, Capraro & Schimmenti, 2008).

**I fattori ambientali**
I fattori ambientali che influenzano il modus vivendi della persona e possono costituire

fattori di rischio per lo sviluppo e la cronicizzazione della dipendenza patologica sono molteplici, fra cui i seguenti:
• L'influenza del gruppo dei pari;
• Il sistema culturale e valoriale in cui si è inseriti (ad esempio, sanzioni limitate o abitudini sociali lascive);
• Le caratteristiche del contesto scolastico;
• Assente o ridotta attività preventiva (in primis, fra e per i giovani);
• Situazioni socio-relazionali e lavorative stressanti;
• Abitudini familiari;
• Famiglia caotica o disgregata;
• Famiglia abusante o trascurante;
• Storia familiare di disturbi psichiatrici;
• Storia familiare di disturbi da uso di sostanze e alcol;
• Depressione gemellare;
• Esperienza di uso di sostanze o di messa in atto di comportamenti problematici da parte di fratelli, sorelle o gemelli;
• Disponibilità pratica della sostanza (Serpelloni e Guerra, 2003).

Si ritiene utile sottolineare come i singoli fattori non siano, di per sé, sufficienti al fine di decretare le sorti della salute psicofisica dell'individuo e di orientare lo sviluppo di quest'ultimo verso la direzione di una dipendenza patologica. Bisogna tenere sempre a mente che l'essere umano è inserito in un contesto di relazioni e di situazioni con cui si trova costantemente in contatto, che influenza e da cui viene influenzato.
Ciascun comportamento, ciascuna scelta individuale è promotore di cambiamento: l'interazione costante e l'influenza reciproca fra i molteplici fattori personali e sociali appena elencati possono, ma non necessariamente, mutare lo stile di vita della persona e orientarlo verso l'uso, l'abuso di sostanze o di comportamenti problematici e la dipendenza patologica (Giberti & Rossi, 2009).

**Le sostanze psicoattive e i comportamenti**

Le sostanze psicoattive, che vengono utilizzate con la finalità di esperire vissuti di piacere e gratificazione e che possono sortire effetti di tolleranza e di astinenza, sono di svariata natura. Nello scenario delle sostanze comunemente conosciute, si distinguono le seguenti classi:
• Le droghe domestiche, quali caffeina, nicotina e alcol;
• Le droghe dei poveri, cioè gli inalanti;
• Gli psicostimolanti, ossia cocaina e amfetamine;
• Gli psicodislettici, quali la cannabis e gli allucinogeni;
• I sedativi, ossia gli oppioidi e gli ipnotico-tranquillanti.

Le sostanze psicoattive vengono così definite in quanto modificano, a lungo andare, la conformazione ed il funzionamento cerebrale, agendo sui sistemi di neurotrasmissione e di modulazione al posto dei ligandi naturali e dando vita a molteplici effetti sia gradevoli sia sgradevoli per la persona: per tale ragione esse assumono la denominazione di "falsi messaggeri" (Giberti e Rossi, 2009).
Le modalità di assunzione di ciascuna classe di sostanze sono varie e da queste derivano differenti livelli di rapidità di azione e di intensità dell'effetto: le vie venose risultano più rapide ed efficaci delle vie inalatorie ed orali (Sanavio e Cornoldi, 2010).
Al pari delle sostanze, esiste una molteplicità di comportamenti che, normalmente accettati e condivisi, può generare dipendenza patologica. Si tratta di comportamenti che vengono messi inizialmente in atto per necessità o lucro, in un secondo momento per incapacità di controllare l'impulso a reiterarli.
Essi vengono agiti in maniera compulsiva, ripetitiva e persistente anche contro la volontà dell'individuo, elicitano sollievo e piacere temporanei agendo sul sistema dopaminergico individuale; d'altro canto, sollevano tensione e craving quando non possono essere messi in atto. Tra i comportamenti in questione è possibile individuare i seguenti:
• Navigare in internet;
• Giocare d'azzardo;
• Effettuare compere (sia online sia concretamente);
• Lavorare;
• Mangiare;
• Consumare rapporti sessuali;
• Fare sport;
• Ricorrere alla chirurgia estetica (Mulè, 2008).

Fra i fattori che catalizzano il processo di sviluppo della dipendenza relativamente all'oggetto è, dunque, possibile citare i seguenti:
• La disponibilità della sostanza nell'ambiente di riferimento;
• La possibilità di mettere in atto il comportamento nell'ambiente in cui si è inseriti;
• La capacità legante della sostanza ai sistemi neuronali ed extracerebrali;
• La rispondenza della sostanza o del comportamento ai bisogni individuali;
• La capacità della sostanza o del comportamento di produrre effetti gratificanti (Mulè,

2008; Serpelloni e Guerra, 2003).

**Le caratteristiche della dipendenza patologica**

Le dipendenze patologiche, come descritto nei paragrafi precedenti, si configurano come sindromi sostanze-specifiche o comportamenti-specifiche, accompagnate e sostenute da una serie di caratteristiche primarie e secondarie che le rendono tali e che sono state accennate poc'anzi (Marazziti, Presta, Picchetti, &Dell'Osso, 2015; Sanavio & Cornoldi, 2010).
Al fine di consentire di comprendere il funzionamento della dipendenza patologica, nel presente paragrafo si dedicherà attenzione all'analisi più dettagliata delle caratteristiche primarie e secondarie.

**Le caratteristiche primarie**

Le caratteristiche primarie (o principali) definiscono i pilastri su cui si fonda il ciclo di vita del circolo vizioso della dipendenza e attorno a cui si posizionano le caratteristiche secondarie. Esse risultano essere le seguenti:
• Ossessioni. Si tratta di pensieri, impulsi, immagini ricorrenti e persistenti, intrusivi ed indesiderati, relativi all'oggetto della dipendenza (che sia la sostanza, che sia il comportamento). Essi esordiscono in maniera autonoma ed indipendente dalla volontà della persona e non si esauriscono fino a quando la persona non vi cede. I desideri ossessivi generano nell'individuo, da un lato, emozioni di eccitazione e di euforia e, dall'altro, tensione ed ansia poiché egli è consapevole delle conseguenze negative che i comportamenti di dipendenza causano. Tali ossessioni vengono solitamente fronteggiate dall'individuo agendo i comportamenti di dipendenza in maniera compulsiva e sempre meno controllata (Cantelmi e Lambiase, 2010);
• Craving. Esso è concettualizzato come il desiderio incontenibile ed invincibile di ottenere la sostanza, la persona o la messa in atto del comportamento da cui si dipende: impellenza e compulsività ne costituiscono i principali aspetti. Il benessere e l'allontanamento dalle emozioni negative e dolorose, seppur temporanei, che la persona dipendente esperisce quando si abbandona al craving fanno sì che egli, nonostante sia consapevole degli effetti lesivi provocati sulla sua vita, percepisca il craving come necessario e buono (Caretti, Capraro e Schimmenti, 2008; Guelfi, 2009);
• Drug-seeking behavior. Si tratta del comportamento di ricerca reiterata e ricorrente verso l'oggetto della dipendenza, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative. Questo comportamento, al quale la persona non riesce ad opporsi, comporta una compromissione grave del suo funzionamento globale (Giberti e Rossi, 2009);
• Conseguenze negative. Rientrano in questo concetto le gravi lesioni delle sfere personale, lavorativa, familiare, sociale, emotiva, economica dell'individuo conseguenti alla dipendenza, quali la rottura di relazioni amicali e/o affettive, le separazioni e i divorzi, la perdita del lavoro o della propria abitazione, lo sviluppo di irrequietezza ed irritabilità, la manifestazione di sintomi depressivi, l'isolamento (Sanavio e Cornoldi, 2010);
• Fallimento nel tentativo di controllare i comportamenti. S'intende con tale locuzione l'incapacità della persona di opporre resistenza alle fantasie ossessive quando queste si manifestano né di ridurne la durata o l'intensità. Una volta ceduta all'impulso, ella risulta impossibilitata anche a scegliere il luogo, il momento e la modalità di ricercare ed ottenere l'oggetto della dipendenza (Cantelmi & Lambiase, 2010).

**Le caratteristiche secondarie**

Le caratteristiche secondarie della dipendenza sono definite tali in quanto non si manifestano necessariamente in tutte le forme del problema e in tutte le persone e forniscono rilevanti informazioni circa la gravità della problematica. Esse sono le seguenti:
• Centralità e pervasività. Ci si riferisce alla profonda misura in cui la dipendenza giunge ad investire la vita della persona al punto da rappresentare l'unico motore della sua esistenza. Il dipendente si ritrova a pianificare la propria vita in virtù del soddisfacimento dei propri bisogni di dipendenza, percepiti come prominenti rispetto agli altri ed insinuati in ogni ambito della sua esistenza;
• Tendenza all'autodistruzione e al rischio. Ciò si verifica solitamente perché, da un lato, le sensazioni di paura o ansia elicitate dal rischio elevano il livello di eccitazione e di spinta ad ottenere l'oggetto della dipendenza, e, dall'altro, la motivazione a soddisfare i propri bisogni di dipendenza comporta una sottovalutazione dei rischi concreti;
• Segretezza. Ci si riferisce al tentativo di mantenere nascosta la propria condizione di dipendente al fine di evitare il giudizio negativo altrui, di non rischiare che qualcuno intervenga per interrompere i propri

comportamenti di dipendenza, di non esperire vissuti di vergogna e di inadeguatezza, di mantenere elevati i livelli di eccitazione e piacere che la trasgressione intrinsecamente comporta;
• Diniego delle conseguenze. Si tratta di un meccanismo di difesa volto a negare le conseguenze negative che possono derivare (o che si sono già verificate) a seguito della messa in atto dei comportamenti di dipendenza, con la finalità di mantenere assente o limitata la motivazione alla cura;
• Discrepanze fra i valori a cui si aspira ed i comportamenti effettivi. Si tratta dei casi in cui le persone dipendenti si ritrovano a vivere in contraddizione alle proprie convinzioni etiche: ad esempio, il caso in cui un dipendente sessuale non possa aderire alle sue convinzioni morali a cui, però, vorrebbe aspirare (Cantelmi e Lambiase, 2010).

**La neurobiologia del comportamento**

Prima di indagare i correlati neurobiologici del comportamento dipendente, si ritiene utile descrivere, seppur limitatamente, i meccanismi neurobiologici sottostanti il comportamento in condizioni di salute.
Il comportamento umano è il risultato di meccanismi che risiedono all'interno del sistema nervoso e che riflettono l'interrelazione fra fattori interni ed esterni all'organismo. Il sistema nervoso è costituito da due componenti:
• il sistema nervoso centrale, comprendente il cervello ed il midollo spinale;
• il sistema nervoso periferico, caratterizzato dal sistema nervoso esterno a quello centrale.
I costituenti del sistema nervoso sono le cellule nervose, altrimenti definite neuroni. Esse sono milioni, di varie forme e misure, composte da un corpo cellulare e da un lungo assone. La funzione primaria dei neuroni è quella di recepire l'informazione proveniente dal mondo esterno, trasmetterla al cervello sotto forma di segnali elettrici, elaborarla, prendere le decisioni relative al comportamento da agire e trasmetterle ai muscoli che metteranno in pratica il comportamento medesimo.
L'informazione viene trasmessa da un neurone all'altro lungo l'assone sotto forma di segnali (o impulsi) elettrici: ciascuno di essi costituisce il potenziale d'azione. Il locus in cui i neuroni si scambiano il potenziale d'azione è denominato sinapsi; le sinapsi possono essere di tipo eccitatorio, quando i potenziali d'azione di un neurone attivano i potenziali d'azione del neurone successivo, e di tipo inibitorio, quando i potenziali d'azione di un neurone limitano l'energia dei potenziali d'azione del neurone successivo e ne riducono l'attività.
La parte finale del neurone è costituita dal neurotrasmettitore (o trasmettitore chimico) che ne definisce la tipologia (ad esempio, un neurone che nella sua parte terminale presenta serotonina è un neurone serotoninergico); quando i potenziali d'azione di un neurone giungono alla terminazione, si assiste al rilascio del neurotrasmettitore che, attraversando la fessura tra i due neuroni, si lega ai recettori del neurone attiguo, causandone l'eccitazione o l'inibizione. Una volta terminato questo processo, il neurotrasmettitore viene rimosso dallo spazio sinaptico e riportato al neurone dal quale era stato rilasciato o scomposto nei suoi elementi chimici. In tal modo, viene regolato il comportamento umano (Bellelli, Di Nuovo e Matarazzo, 2006).
Le sostanze psicoattive, assunte in quantità smodate, modificano il funzionamento neurologico ed il comportamento delle persone, dando vita ad una memoria biologica per cui il ricorso a sostanze diventa abitudine nonché il fattore principale di mantenimento della patologia (Giberti & Rossi, 2009).

**La neurobiologia del comportamento del dipendente da sostanze**

Il comportamento dipendente costituisce il prodotto della manipolazione, da parte della persona, del proprio sistema nervoso attraverso strumenti quali l'alcol, il fumo, le altre sostanze psicoattive. Essi, infatti, interferiscono con il funzionamento e l'efficacia dei neurotrasmettitori naturali del corpo.
Le sostanze chimiche, come quelle psicoattive, possono fungere da agoniste o da antagoniste delle sostanze naturali: le prime elicitano effetti simili a quelli dei neurotrasmettitori (ad esempio, l'eroina provoca effetti simili a quelli causati dalla morfina naturalmente prodotta dal nostro organismo), le seconde bloccano gli effetti prodotti dalle sostanze naturali (ad esempio, la cocaina impedisce alla dopamina di essere riassorbita dal proprio neurone).
Le sostanze psicoattive (ad eccezione degli allucinogeni) provocano una liberazione di dopamina maggiore e più prolungata nel tempo a livello della regione shell del nucleo accumbens rispetto alle sostanze naturali: tale meccanismo è alla base delle sensazioni di piacere e gratificazione che rinforza e mantiene la motivazione ad attuare comportamenti di dipendenza (Giberti &Rossi, 2009).

La dopamina è un neurotrasmettitore che assolve a diverse funzioni in varie parti del cervello, tra cui il cosiddetto circuito della ricompensa, altrimenti denominato reward system (Giberti e Rossi, 2009).
Essa infatti:
• È responsabile del piacere che deriva dalla messa in atto di comportamenti, come il mangiare;
• È responsabile dell'attribuzione della salienza e della spinta motivazionale verso stimoli nuovi, inattesi e gratificanti, orientandone l'azione;
• Favorisce la memorizzazione dell'effetto gratificante generato da particolari stimoli;
• È deputata a predire la gratificazione (Giberti e Rossi, 2009; Mulè, 2008).

In coloro i quali fanno ricorrentemente uso di cocaina, ad esempio, i livelli elevati di dopamina provocano stati di eccitazione ed euforia e attivazioni comportamentali tali da maturare un desiderio di assumerla sempre più pervasivo (Mulè, 2008).
Le sostanze psicoattive, inoltre, interagiscono con le sostanze naturali responsabili dei vissuti di piacere derivanti dal soddisfacimento dei bisogni vitali, quali il mangiare, l'esplorare l'ambiente, il consumare rapporti sessuali. Per tale ragione, probabilmente i dipendenti costruiscono legami molto forti con tali bisogni (Giberti & Rossi, 2009).

**La neurobiologia del comportamento del dipendente senza sostanza**

Le dipendenze comportamentali e le dipendenze classiche presentano alla base analoghi meccanismi psicologici, sociali e neurobiologici: comportamenti come il giocare d'azzardo, il consumare atti sessuali, il mangiare, infatti, sono in grado di attivare il circuito neuronale della ricompensa ed interferiscono con il naturale funzionamento cerebrale. Esattamente come le sostanze psicoattive.
Più nel dettaglio, a livello neurobiologico le dipendenze comportamentali derivano dall'alterazione di tre sistemi funzionali che danno vita al cosiddetto "processo additivo" e che vengono indagati dalle tecniche di neuroimaging (PET, RM funzionale, SPECT): il sistema di motivazione-gratificazione, il sistema della regolazione degli affetti e il sistema dell'inibizione comportamentale.
Il circuito della ricompensa (o sistema di motivazione-gratificazione) comprende l'ipotalamo, alcune aree del sistema limbico (l'amigdala, l'ippocampo, il nucleus accumbens), le aree cortico-frontali e alcuni sistemi di neurotrasmettitori (la dopamina, la serotonina, gli oppiodi e i cannabinoidi); i suddetti circuiti sono deputati alla modulazione dei meccanismi di motivazione, di ricerca attiva, di consumo dell'oggetto della dipendenza e di gratificazione (Mulè, 2008).
Tale sistema di motivazione-gratificazione nei soggetti dipendenti, essendo alterato, provoca sensazioni spiacevoli a seguito della messa in atto del comportamento, elicitandone la ricerca cronica finalizzata al pieno soddisfacimento del bisogno di rimettere in atto il comportamento e, dunque, all'attivazione del sistema di gratificazione. Gli affetti da dipendenza da cibo (o food addiction), ad esempio, esperiscono poco piacere e soddisfazione dopo aver mangiato rispetto alle persone con un circuito di ricompensa nella norma, pertanto sono portati a ricercare compulsivamente maggiori quantità di cibo nel tentativo di compensare il deficit di gratificazione. Tale deficit dipende da una ridotta disponibilità e funzionalità dei recettori dopaminergici a livello dello striato solitamente presente nelle persone dipendenti, la quale comporta un limitato rilascio di dopamina ed una disfunzione delle aree cerebrali (quali la corteccia orbitofrontale ed il giro cingolato) deputate all'attribuzione della salienza agli stimoli e al controllo del comportamento e delle emozioni; esse, di conseguenza, implicano la messa in atto, da parte dei soggetti dipendenti, di comportamenti compulsivi che si concretizzano nell'eccessivo consumo di cibo e nell'acquisizione sempre maggiore di peso. La corteccia orbito-frontale ed il giro cingolato assolvono, in condizioni ottimali, alle funzioni esecutive relative alla presa di decisione, al controllo del comportamento ed alla valutazione delle conseguenze delle proprie azioni; la loro ridotta funzionalità nei casi di dipendenza da sostanze o da comportamenti è alla base dell'incapacità del dipendente di esercitare controllo sui comportamenti di addiction. Il rilascio di dopamina, inoltre, tende ad essere correlato con il gradimento del comportamento e con la sensazione di gratificazione che ne deriva: una limitata disponibilità di dopamina, pertanto, rafforza un profondo desiderio (craving) di agire il comportamento di dipendenza in forma recidivante e compulsiva.
L'alterazione del sistema di regolazione degli affetti e delle emozioni comporta la messa in atto, da parte della persona dipendente, di condotte volte ad evitare le emozioni dolorose percepite come intollerabili ed ingestibili. Le persone dipendenti riconoscono spesso di ricorrere alla dipendenza nel tentativo di fronteggiare sentimenti ed

emozioni negative e dolorose, come se stessero applicando una forma di auto-terapia. Nel caso della food addiction, il mangiare definito "emozionale" risulta correlato ad un aumento delle sensazioni piacevoli e gratificanti legate al desiderio di cibo e, solo in un secondo momento, al suo consumo (Seri, Alessandrini, Zoccatelli & Serpelloni, 2012).
Attraverso tecniche di neuroimaging funzionale è stato mostrato come i dipendenti, dunque, presentino una minore attivazione delle regioni cerebrali deputate alla ricompensa quando raggiungono l'oggetto della dipendenza ed una più elevata attivazione delle medesime aree cerebrali dopo essere stati esposti a stimoli associati all'oggetto in questione (ad esempio, l'odore del cibo nella food addiction).
L'esposizione a stimoli correlati all'oggetto della dipendenza, infatti, tende ad aumentare i livelli di dopamina all'interno dello striato e ciò elicita il desiderio di agire il comportamento e l'attivazione motoria finalizzata a metterlo in pratica.
Grazie agli studi di neuroimaging, inoltre, è stato possibile osservare che nelle varie tipologie di dipendenze comportamentali si assista alla modifica delle medesime aree cerebrali e agli stessi meccanismi compulsivi di soddisfacimento del bisogno conseguentemente all'esposizione di stimoli ad esso associati. L'elevata attivazione nei circuiti neurali della ricompensa in risposta a stimoli associati all'oggetto di dipendenza (ad esempio, il cibo) viene bilanciata da una ridotta attivazione delle regioni inibitorie in risposta al raggiungimento dell'oggetto stesso (ad esempio, l'assunzione di cibo): il sistema deputato all'inibizione comportamentale, pertanto, risulta compromesso, provocando l'attuazione di comportamenti compulsivi finalizzati alla gratificazione e all'evitamento di emozioni dolorose ed una assente considerazione delle conseguenze altamente dannose che la reiterazione di tali comportamenti comporta a lungo andare (Seri, Alessandrini, Zoccatelli & Serpelloni, 2012).

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). DSM - 5 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, MI: Raffaello Cortina Editore.
Bellelli, O., Di Nuovo, S., & Matarazzo, O. (2006). *Psicologia generale*. Napoli, NA: Idelson-Gnocchi.
Cantelmi, T., & Lambiase, E. (2010). Le dipendenze comportamentali: descrizione e concettualizzazione. *Mente e Cura*, *1-2*, 49-68.
Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. In M. Ammaniti, G. Levi & A. Siracusano (Eds.), *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria. Psichiatria dell'età evolutiva e dell'età adulta*. (pp. 107-116). Roma, RM: Il Pensiero Scientifico Editore.
Giberti, F., & Rossi, R. (2009). *Manuale di psichiatria. VI Edizione aggiornata*. Padova, PD: Piccin Nuova Libraria.
Guelfi, G. P. (2009). Disturbi da uso di sostanze psicoattive. In F. Giberti & R. Rossi (Eds.), *Manuale di psichiatria. VI Edizione aggiornata* (pp. 287-326). Padova, PD: Piccin Nuova Libraria.
Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., & Dell'Osso, L. (2015). Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
McDougall, J. (1990). *I teatri del corpo*. Milano, MI: Raffaello Cortina.
Mulè, A. (2008). Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze. In M. Ammaniti, G. Levi & A. Siracusano (Eds.), *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria. Psichiatria dell'età evolutiva e dell'età adulta* (pp. 99-106). Roma, RM: Il Pensiero Scientifico Editore.
Quattrini, F., & Spaccarotella, M. (2013). Il ruolo del narcisismo nella personalità del dipendente sessuale. *Rivista di Sessuologia Clinica, XX*, 2013/2.
Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2010). *Psicologia clinica*. Bologna, BO: Il Mulino.
Seri, C., Alessandrini, F., Zoccatelli, G., & Serpelloni, G. (2012). Food Addiction. Tecniche di neuroimaging per lo studio della dipendenza da cibo: evidenze dell'alterazione del circuito della ricompensa. In G. Serpelloni, F. Alessandrini, G. Zoccatelli & C. Raimondo (Eds), *Neuroscienze delle Dipendenze: il Neuroimaging. Manuale per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze* (pp. 509-524). Verona, VR: Cierre Grafica.
Serpelloni, G., & Guerra, G. (2003). Vulnerabilità all'addiction. In F. Giberti & R. Rossi (Eds.), *Manuale di psichiatria. VI Edizione aggiornata* (pp. 289-294). Padova, PD: Piccin Nuova Libraria.

Dott.ssa Elena Cabras



Psicologo e Psicoterapeuta ad Approccio Breve Strategicoico mi occupo in ambito clinico prevalentemente del trattamento dell'adulto, di New Addiction e della risoluzione delle problematiche della coppia. Appassionata e aggiornata nel campo delle Dipendenze affettive e sessuali svolgo attività di formazione in tutta Italia presso enti pubblici e privati su tematiche inerenti la comunicazione e il trattamento psicoterapeutico in presenza di relazioni interpersonali disfunzionali, all'interno del nucleo familiare e tra partner. Come Esperta in psicologia giuridica e forense mi occupo, in qualità di consulente tecnico di parte, di procedimenti sia in ambito civile sia penale con particolare attenzione all'affido di minore nelle separazioni conflittuali, mobbing e valutazione del danno biologico di natura psichica.

# Dipendenza affettiva: dallo schermo alla stanza terapeutica. Il viaggio di perdono attraverso gli occhi e le parole di un paziente

Elena Cabras[1]

*Il presente articolo ha, come tema principale, la narrazione della dipendenza affettiva attraverso l'approfondimento di un film che implica come nodo centrale legami d'affetto, e d'amore, profondamente patologici e notevolmente distruttivi.*
*Dopo una breve introduzione descrittiva del fenomeno della dipendenza affettiva, e delle sue caratteristiche principali, sarà approfondito il mezzo cinematografico che ben racconta questo fenomeno; con l'attenzione, ove possibile, a non svelare al lettore,curioso di visionarlo in seguito, gli elementi salienti o, tantomeno, il finale della trama narrata.*
*La descrizione al cinema, o comunque attraverso uno schermo mediante le performance di registi e attori, permette di far arrivare all'osservatore il disturbo di dipendenza affettiva in modo diretto ma non invadente lasciando, senza quasi accorgersene, grandi spunti di riflessione, immedesimazione e addirittura cambiamento.*
*Dopo la visione di un film che trasmette similitudini rispetto alle proprie relazioni primarie o amorose, infatti, la comprensione e l'individuazione delle dinamiche perverse sostenute dal dipendente, possono divenire più chiare stimolando attivamente la volontà di trasformazione o, comunque, la motivazione necessaria alla rottura di quei legami che nutrono esclusivamente sofferenza e insoddisfazione personale. Suggerire di visionare dei film ai propri pazienti consente di mettere in discussione, nella seduta successiva alla visione, emozioni e associazioni che il filmato ha suscitato nella psiche del soggetto.*
*Gli stimoli per il terapeuta sono vari, così come molteplici sono le chiavi d'accesso al vissuto della persona. Parlare e approfondire dei legami sofferti, o dei torti subiti, durante infanzia e adolescenza,*
*attraverso la trasposizione cinematografica di vite altrui permette di bypassare quelle resistenze, nei confronti di familiari e persone amate, che nella realtà non si ammetterebbero mai capaci di cattiveria e incuria.*
*Come può una persona che dovrebbe amarci essere capace di farci un torto?*
*Il caso di seguito descritto è liberamente ispirato a vicissitudini raccontate dallo stesso paziente all'interno di alcune sedute di psicoterapia per comprendere quanto la dipendenza affettiva non sia solo espressione della coppia ma anche di un intero nucleo familiare.*
*I contenuti esposti in questo scritto sono stati condivisi volontariamente ed esplicitamente autorizzati alla pubblicazione in forma del tutto anonima. Ringrazio con gratitudine R. che ha voluto condividere, attraverso frasi e pensieri personali, i problemi sofferti e i successi conquistati.*



## Dipendenza affettiva: non sottomettersi più all'amore

Le caratteristiche della dipendenza affettiva sono analoghe a quelle riscontrabili negli individui che sviluppano una dipendenza da sostanze stupefacenti, farmaci o alcol (Caretti & La Barbera, 2009). La dipendenza affettiva è connessa al caratteristico tipo di legame che si stabilisce nei confronti dell'altro: un legame di sottomissione, una vera e propria schiavitù nei casi più gravi. E' la relazione con il proprio partner, o con una persona importante come un genitore, a essere l'oggetto primario della subordinazione (Pietro, 2005).

All'interno di una dipendenza affettiva si ritrovano tutti gli elementi della tossico o alcolico-dipendenza ma nei panni della

1 Psicologo, psicoterapeuta strategico, esperto in Psicologia Giuridica

sostanza c'è l'altro:
- Astinenza: il dipendente vive l'assenza del proprio partner con vivido allarme non riuscendo a tollerarne la lontananza anche solo temporanea
- Dose: il dipendente affettivo ricerca quantità di tempo sempre maggiore da trascorrere insieme al proprio compagno: il soggetto dipendente sperimenta di esistere solo se vicino a un partner, che diventa la sua esclusiva fonte di gratificazione
- Ebbrezza: il soggetto affettivamente dipendente prova un senso di vera e propria ebbrezza da relazione, fondamentale per farlo sentire bene
- Perdita dell'Io: nella dipendenza affettiva vi è un alto rischio di perdita del sé che porta a profondi sentimenti di angoscia e vergogna.

Essere al centro delle attenzioni del proprio partner diventa compito esclusivo del soggetto che soffre di dipendenza poiché questo ha introiettato, fin dall'infanzia, un copione disfunzionale di comportamento che mette in prima linea sudditanza, sacrificio e simbiosi. Ad esempio, in alcune famiglie può accadere che i ruoli siano stabiliti e, pertanto, percepiti come non chiari lasciando spazio a situazioni ambigue e spesso con ruoli invertiti. In questi scenari i bisogni propri della persona non sono riconosciuti come tali e per questo motivo non possono trovare reale e degna soddisfazione, portando la persona a sviluppare un'autostima bassa e di conseguenza un'incapacità a tollerare solitudine e distacco. Genitori trascuranti, freddi e instabili nel rispondere in modo consono ai bisogni del bambino sono alla base di una rappresentazione di Sé fallace e, di conseguenza, di relazioni futuri tarate in termini di qualità e soddisfazione.
Nelle relazioni da adulti, i dipendenti affettivi rivivono il tormento sperimentato durante l'infanzia con i loro genitori ma poiché grandi sono disposti a tutto pur di riscattarsi dal loro ruolo di figli invisibili e, finalmente, di farsi amare. I dipendenti affettivi crescono, quindi, all'interno di contesti familiari disturbati, in cui i genitori sono eccessivamente coinvolti dalle proprie preoccupazioni personali o nei conflitti con il partner per poter elargire attenzioni e affetto ai propri figli. E' per questo motivo che questi si sentono abbandonati, sviluppando sentimenti permanenti di vuoto e paura di abbandono. La dipendenza, dunque, nasce in famiglia e solo in seguito si trasferisce in altri ambiti di vita come il lavoro o le relazioni affettive.



L'incapacità di tollerare la separazione, da parte del dipendente, accresce sempre più il livello di sudditanza (Ghezzani, 2006); la perdita di autonomia è esito di tale sottomissione ed è una delle principali caratteristiche della dipendenza affettiva che produce in chi ne soffre profonda sofferenza.
Come già evidenziato, la dipendenza affettiva, a differenza delle dipendenze nei confronti di una sostanza, costruisce la propria identità nei confronti di una persona realizzando rapporti interpersonali nocivi e mai bilanciati. La parte che è dipendente perde il contatto con la realizzazione personale, con il raggiungimento di piccoli e grandi obiettivi. Il bisogno di accudimento e di amore porta, quindi, il soggetto dipendente a distaccarsi sempre più dalla propria originalità e dalla soddisfazione dei propri bisogni. In questi soggetti il desiderio di fondersi con l'altro, tipico della fase iniziale dell'innamoramento, è inalterato con la tendenza ad aumentare nel tempo e togliendo spazio ed energie alla realizzazione di sé. Si ripete nel tempo, come una coazione a ripetere, un copione d'amore infantile mai soddisfatto e per questo mai raggiungibile e sempre in sofferenza.Il comportamento di dipendenza, infatti, ha il compito di essere quell'oggetto esterno che compensa emozioni dolorosi e inconfessabili (Caretti, Craparo & Schimmenti, 2008).
Trattare la dipendenza affettiva attraverso la psicoterapia permette, quindi, di intervenire su quegli elementi dell'esistenza personale che sono stati compromessi da una disfunzionale modalità di relazionarsi con l'altro. Ogni soggetto dipendente, tuttavia, avrà la necessità di essere accettato e seguito secondo specifiche esigenze che guideranno terapeuta e paziente in un viaggio del tutto originale.
Una modalità di approccio originale al paziente, che arriva con il suo bagaglio di profonda sofferenza e notevole resistenza, è quella di far vedere alcune dinamiche di asservimento e mancata individualizzazione attraverso le gesta di altri protagonisti. Far vedere, come fosse uno specchio, ciò che riguarda la propria vita ma che potrebbe essere troppo doloroso da accettare. Procedendo per obiettivi, psicoterapeuta e paziente stabiliranno nuove tattiche di comportamento, agendo su distorsioni cognitive con lo scopo di accrescere l'autostima del paziente e la propria percezione di auto-efficacia. Gli individui dipendenti arrivano in terapia con una richiesta di sostegno pressante e un'energia ormai spenta; indispensabile, pertanto, che lo psicoterapeuta

si adoperi per far finalmente sperimentare al paziente la sensazione di non sentirsi solo, indirizzando la persona sul bisogno di cambiamento o, comunque, rendendolo più visibile.
Ciò che deve essere tenuto presente è che è possibile cambiare il proprio modo di rapportarsi nelle relazioni sentimentali sradicando l'attitudine a ripresentare gli schemi dei vecchi legami.
E' doveroso incoraggiare lo sviluppo individuale del paziente, intervenendo su una reale occasione di cambiamento e realizzando, anche *ex novo*, una salubre capacità di entrare in intimità con l'altro.

**La dipendenza affettiva tra schermo cinematografico e terapia**

Per riuscire a comprendere meglio il fenomeno della dipendenza affettiva è utile far riferimento a casi clinic realmente incontrati all'interno del proprio studio. Di seguito sarà descritto il caso di R., giovane uomo con difficoltà relazionali e di autostima che attraverso la visione di un film suggerito strategicamente dal terapeuta rivede, e rivive, i protagonisti della propria infanzia e le dinamiche nelle quali è invischiato e che si è portato dietro come un'eredità irrinunciabile.
Prima di introdurre il caso di R. sarà descritto e commentato il film del 1991 Il principe delle maree di Barbara Streisand che ha come tema principale la dipendenza di tipo affettivo in ambito familiare e le perverse dinamiche che in questi ambienti si manifestano e che si mantengono tra i membri del clan anche a distanza di tempo.
Guardare film con tale soggetto è utile non solo ai professionisti che vogliono meglio comprendere, attraverso uno sguardo d'insieme, le dinamiche che sostengono tale dipendenza ma può essere catartico e fungere da specchio anche per quei pazienti o per quelle persone che sono dipendenti in amore o all'interno di relazioni di coppia o familiari ti tipo simbiotico e fagocitante. Osservare cosa fa un dipendente su uno schermo, rivedersi nelle gesta del protagonista di un film, aiuta ad avere una visuale distaccata seppur coinvolgente, che lascia spazio a successive riflessioni e profonde similitudini.

**Il Principe delle maree**

Nel film Il Principe delle maree, con protagonista Barbara Streisand (che ne cura anche la regia) nel ruolo di una psicoterapeuta, si può assistere a un lampante esempio di distruttività parentale dove la genitorialità malata e lacunosa diventa avversa per i figli che ne pagano le conseguenze fin in età adulta.
La situazione familiare molto patologica ha come protagonisti una madre frustrata, manipolatrice e anaffettiva che si accompagna a un coniuge molto violento ed emotivamente distante. Il sotto-nucleo familiare che si sviluppa attorno a questa coppia genitoriale è composto di tre bambini che diventeranno adulti problematici, infelici ed irrisolti: il primogenito Luke, rimasto nel paese natio, morirà per difendere la casa di famiglia; Savannah, è invece una giovane donna dal talento artistico, irrequieta ed autolesionista che con il suo tentativo di suicidio denuncerà il malessere covato nel tempo ed il falso idillio familiare; infine Tom, gemello di Savannah, adulto cinico e distante che affronta l'imminente separazione dalla moglie e dalle figlie portandosi dietro anche un pesante bagaglio di sofferenza e soprusi fisici infantili.
Fulcro di questa trama cinematografica è la madre di questi tre bambini/adulti, Laila, che attraverso doppi legami, incoerenza, ricatto emotivo e copertura del reale incoraggia la propria prole a valori dissonanti. Dapprima la donna stimolerà nei propri figli libertà, apertura, passione, fantasia e ricerca della natura in seguito ne nutrirà il legame simbiotico attraverso uno scabroso patto del silenzio.
Se il patto di silenzio tutela dalla vergogna e dalla colpa, tuttavia, rimane incancellabile nella mente dei tre fratelli, creando da un lato il falso mito dei loro luoghi d'infanzia e dall'altro nutrendone una già difficoltosa capacità relazionale.
Laila è una donna che biasima la vita che ha scelto, così come il suo partner, le manca una vera realizzazione personale, tuttavia cercherà di proteggere fino alla fine la falsa facciata della famiglia serena anche dopo un grave fatto tragico che minaccia tragicamente l'incolumità sua e dei suoi figli. La congiura del silenzio pattuita tra i quattro protagonisti (il padre ne resterà all'oscuro) insegna ai tre ragazzini a non credere nelle loro emozioni, poiché non esprimendole nella dimensione reale e facendo finta che tutto vada sempre bene sperimenteranno una realtà fittizia e paradossa che si protrarrà anche nella vita adulta. In sintesi l'insegnamento materno del fuggire dalla realtà si tramuterà nel non rispetto di se stessi e dei propri bisogni ma soprattutto che per essere amati dalla propria madre non bisogna deluderla infrangendo i patti stabiliti.

Che cosa accade ai tre ragazzini divenuti adulti indipendenti e tra loro distanti? Ognuno svilupperà come anticipato un destino diverso ma incrociato a quello degli altri. I tre figli adulti manifesteranno una vera e propria dipendenza affettiva seppur secondo modalità esterne diverse. Tre figli mortificati nella loro dignità, imbrogliati e inghiottiti fin dall'infanzia in dinamiche perverse e ingiuste. Tre figli che avendo assorbito in toto il copione familiare rimarranno prigionieri di un destino non loro mentre i genitori risolveranno le loro necessità attraverso una separazione e la scelta del proprio destino.
Il primogenito Luke morirà per una causa personale, la difesa ad oltranza del luogo nel quale era cresciuto e aveva sepolto il suo segreto; la protezione di quella casa, e dell'isola su cui è costruita, dalle mire del governo al quale la madre ha ceduto i diritti per inseguire finalmente, ma egoisticamente, la propria felicità.
Savannah, invece, impronterà la propria vita posizionandosi sempre in bilico rispetto alla tutela della propria incolumità. Autolesionista e poco amorevole con se stessa combatterà con depressione e tentativi di suicidio opponendosi allo scabroso silenzio e salvandosi dal tabù familiare attraverso la scrittura di libri per bambini.
Il gemello di Savannah, Tom, ricercherà quell'amore materno non goduto e di cui si ritiene ingiustamente deprivato cercandolo nella moglie e nelle figlie e non comprendendo, fino all'incontro con la psichiatra di Savannah interpretata da Barbara Streisand, che le fonti da lui delegate non sono tenute a farlo o comunque non idonee a questo ruolo. Solo dopo essersi liberato del gravoso peso del segreto familiare Tom riuscirà ad essere se stesso, credendo in relazioni sentimentali sane, senza indossare l'abituale maschera di leggerezza, riuscendo ad aumentare la propria autostima al punto tale da affrontare la vita senza aspettarsi un riscatto per un'infanzia travagliata o per l'assenza d'amore genitoriale.
Come si manifesta, dunque, la loro dipendenza affettiva? Nella mancata ribellione alle ingiuste richieste materne; richieste che negano il giusto spazio per un'esistenza autonoma, per un'individualizzazione concreta e originale che tutti meritano di avere. Disertata ribellione che si protrarrà anche nella vita adulta non rispettando le proprie aspirazioni, la propria natura e il loro vero talento personale. Come si può avere tempo e spazio per se stessi quanto questi sono invasi dalle necessità e dalle richieste altrui? Le guerre dei protagonisti sono conflitti non loro, che lasciano spossati e disorientati e alla ricerca di un amore distruttivo con l'altro, di una rivalsa, di una mancanza di pace.

**Il caso di R.**

R. è un uomo di 44 anni che arriva in terapia di propria iniziativa e con la sofferta, e quasi implorante, richiesta di voler "cambiare qualcosa", anche se come egli stesso ammette fin da subito, "ancora non so bene cosa di preciso". Dall'aspetto burbero e dominante, R. è un uomo fisicamente molto possente, dall'altezza notevole e con spalle così larghe da richiamare, con certezza, a un passato da convinto sportivo. Lo sguardo è fisso, a tratti invadente quando chiede spiegazioni, tuttavia si dimostra sfuggevole quando le domande riguardano la sua persona. Il sottile gioco, da parte di R., di capire chi è l'altro e di non esserne invaso prende vita fin dai primi minuti della seduta terapeutica.
Con il proseguire del nostro colloquio R. racconta che sente di vivere una vita che non è sua, un'esistenza che non gli appartiene. Scisso tra quello che gli altri hanno chiesto di essere e ciò che invece sarebbe voluto diventare, si barcamena tra un lavoro che (letteralmente) odia e una donna che (fondamentalmente) non ama. R. ammette di sentirsi fermo e di non aver fatto nulla per modificare questo irragionevole limbo di quiete, apparente sicurezza e inamovibile quotidianità.
Il lavoro di R. è logorante e snervante, per la grande responsabilità del ruolo rivestito e per gli orari e i turni proposti. Tuttavia, non è il lavoro di cui si occupa il vero problema, il motivo che lo porta a chiedere l'aiuto di uno psicoterapeuta piuttosto il fatto che questo, così come tutto ciò che lo riguarda e circonda, non è stato liberamente da lui scelto. Essere un capo reparto aziendale, ben retribuito e riconosciuto, non era ciò che aveva desiderato.
Ecco cosa manca per R.: il desiderio in tutte le sue diverse manifestazioni, quel desiderio che ti fa scegliere un amore, un impiego, un hobby, una città dove invecchiare. Senza desiderio si percepisce insensato, anaffettivo e apolide. Sente di essere in una vita a lui non adatta ma non sa come uscirne. O meglio, non sa perché c'è arrivato.
Tralasciando d'improvviso il suo presente, R. mi racconta della sua famiglia d'origine. Un nucleo familiare fin dalle prime parole descritto come un problema: legami castranti, inversioni di ruoli, segreti e bugie e una grande richiesta d'abnegazione. Il sacrificio è fin da subito il tema portante di un clan

formato da membri che non si sono mai compresi e sostenuti. Una madre-bambina stizzita dal sacrificio, per essere diventata mamma troppo presto, per aver dedicato la sua vita ai figli e con l'incompensabile danno di non essersi realizzata; un padre assente emotivamente e violento fisicamente, che resterà in casa fino all'adolescenza di R., il giusto lasso temporale per lasciargli lividi che non andranno mai via; un fratello, così tanto più piccolo d'età, da richiedere una costante e faticosa difesa, da tutto e tutti.
Sono sufficienti queste brevi descrizioni da parte di R. per avere un aggancio con un film che poche settimane prima avevo rivisto distrattamente in televisione: Il principe delle maree.
Nella psicoterapia strategica (Nardone & Watzlawick, 1999) tra le varie tecniche terapeutiche utilizzate, le prescrizioni trovano ampio spazio per facilità di accesso da parte del paziente e per efficacia dimostrata che si traduce in cambiamenti comportamentali e di modalità di pensiero da parte del paziente. La prescrizione di un piccolo compito da eseguire nei giorni successivi alla seduta ed entro l'appuntamento successivo di vedere un film può essere una giusta strategia per attivare la consapevolezza del paziente mediante immedesimazione e funzione catartica.
Partendo da questo brevissimo collegamento tra contenuto cinematografico e vita di R. consiglio, o meglio dispongo, che dall'incontro effettuato alla seduta successiva dovrà guardare il film in questione, riportandomi in una sorta di diario o lettera le sensazioni e le associazioni che questo susciterà in lui. La consegna è da me effettuata all'interno di un dialogo molto suggestivo attraverso metafore e immagini che sono proprie di R. e che faranno in modo che il compito, con molta probabilità, sia eseguito senza pericolosi auto-sabotaggi (Gulotta, 1997; Gordon & Meyers-Anderson, 1984). Nel guardare questo film R. sperimenterà un'esperienza che troverà molto interessante; nelle vesti di osservatore qualcosa lo colpirà, presentandosi all'incontro successivo forse con un diverso sapere, molto probabilmente con una consapevolezza che non sapeva di poter affrontare.

**R. e il coraggio di perdonarsi**

R. arriva al nostro appuntamento con lo stesso piglio deciso e la sua fisicità prorompente ma non prevaricante. Lo sguardo è sempre fisso e risoluto, tuttavia fin da subito mi colpisce il suo essere meno disorientato, un velo di rabbia lo caratterizza e finalmente un'emozione più chiara e decisa sembra posizionarlo all'interno del mondo che lo circonda. Mi racconta che la settimana è andata bene e che è riuscito solo il giorno prima del nostro appuntamento a vedere il film che gli avevo consigliato di visionare. Aspettando il tempo necessario per mettere a proprio agio R. lascio che in tutta libertà sia lui a decidere quando iniziare la propria recensione; permetto che da solo si esprima e lasci andare le sue osservazioni e associazioni sul filmato. Una libertà rara per una terapia che prevede spesso passi decisi e concordati.
R. è un fiume in piena, esce tutta la rabbia per il padre assente e violento e per una madre che ancora oggi sventola il suo sacrificio nei confronti dei figli. Il film gli è piaciuto veramente molto seppur appare critico nei confronti di alcune scene per lui di troppo, per lui inutili alla trama principale. I rimandi alla sua famiglia e alla sua storia sono molti. Di tutti i protagonisti si rivede in Tom, che lo rende rabbioso per la sua posizione passiva, per la sua assenza di memoria per i torti subiti e le dinamiche perverse. La posizione di Tom ricorda quella di R., come lui stesso ammette; una posizione che lo fa restare fermo e rancoroso, incapace di comprendere che non potrà mai trovare quel riscatto che tanto anela. R. Riflette sul fatto che ciò che ha sopportato Tom è ingiusto esattamente quanto ingiusta è stata la sua infanzia. La ricerca oggi di una vendetta e di una rivalsa non attutisce il dolore nei confronti del passato ma soprattutto, afferma R., colloca le persone adesso vicine in una posizione di compensazione e di dovere, poiché gli conferisce il ruolo di riscatto rispetto a una vita giovanile che non è stata equa.
Ciò che R. vuole fare è trovare il coraggio di perdonarsi, di assolvere se stesso per aver protratto nel tempo la sua sofferenza e la sua apatia restando indifferente a un probabile cambiamento. Negandosi di crescere e di evolvere, ma soprattutto di dare soddisfazione ai quei bisogni per troppo tempo inespressi e non appagati.
Il passato è passato, afferma candidamente R., quasi avesse fatto un'improbabile scoperta racconta di non avere colpe né per l'insoddisfazione materna tantomeno per la natura violenta e prepotente del padre.
Il bagaglio portato da R. necessita ancora di un lungo cammino di elaborazione e di accettazione; inizierà con il non nascondere più il segreto di una famiglia all'apparenza perfetta e invidiata, anche se ancora non sa dove e quanto svelerà l'imperturbabile segreto. Ecco, quindi, che un primo spiraglio

di consapevolezza, nel rivedersi attraverso le scene del film, rende adesso il suo percorso più probabile di ottenere il cambiamento vincente.

**Conclusioni**

Utilizzare un film all'interno di un percorso di psicoterapia è, come evidenziato, un utile strumento di aiuto al paziente; e nel caso specifico, è un mezzo di sostegno al paziente dipendente affettivo.
I film, quindi, sostentano, curano attraverso le emozioni poiché inscenano le paure e i desideri di chi osserva. Il potenziale del cinema non è legato solo alle caratteristiche dello spettatore ma anche, e soprattutto, del percorso psicoterapeutico che il paziente realizza insieme al proprio terapeuta (Senatore, 2002). Nel caso di R. il film Il principe delle maree è stato sfruttato come occasione di elaborazione cognitiva ed emotiva all'interno delle sedute di terapia inducendo lo stesso R. a immedesimarsi nel protagonista e nelle dinamiche riprodotte. Non è stata la qualità del film a sortire effetti di riflessione piuttosto le assonanze trovate dallo spettatore con le proprie esperienze di vita; "rivedersi" in Tom e nella sua vita in bilico ha raggiunto il nucleo emotivo di R. e fortificato il coraggio di perdonarsi e finalmente decidere di cambiare.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). DSM - 5 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, MI: Raffaello Cortina Editore.
Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. In M. Ammaniti, G. Levi & A. Siracusano (Eds.), *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria. Psichiatria dell'età evolutiva e dell'età adulta*. (pp. 107-116). Roma, RM: Il Pensiero Scientifico Editore.
Caretti V., La Barbera D. (2009), *Le nuove dipendenze: diagnosi e clinica, Carocci, Roma. del paziente*. Roma, RM: Franco Angeli.
Ghezzani, N. (2011). *Quando l'amore è una schiavitù. Come uscire dalla dipendenza affettiva e raggiungere la maturità psicologica*. Milano, MI: Franco Angeli.
Gordon D., Meyers-Anderson M. (1984). *La psicoterapia ericksoniana*. Roma: RM, Astrolabio.
Gulotta G. (1997). *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi*. Roma: RM, Franco Angeli.
Nardone G., Watzlawick P. (1999). *L'arte del cambiamento. La soluzione dei problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi*. Firenze, FI: Ponte alle Grazie.
Pietro D. (2005). *La dipendenza affettiva. Come riconoscerla e liberarsene*. Roma, RM: Paoline Editoriale Libri.
Senatore I. (2002). *Curare con il cinema*. Torino: TO, Centro Scientifico Editore.

## Filmografia

"Il Principe delle maree" di Barbara Streisand, 1991.

psicotypo

APPUNTI DI PSICOLOGIA CLINICA

ISBN 979-12-200-2243-9

9 791220 022439