

Abilitazione e Riabilitazione

ARE

Anno XXII N. 1 2013

Publicazione del
Centro Paolo VI di Casalnoceto (AL)

In questo numero:
La Carta dei Servizi
del “Centro Paolo VI”

*Registrazione del Tribunale di Tortona N. 3/93 del 15.6.93 - Spedizione in abbonamento postale,
gruppo IV - Pubbl. inf. 50% - Autorizzazione della Direzione Provinciale PT di Alessandria*

A e R - Abilitazione e Riabilitazione
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



Centro Paolo VI

Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale

Comitato scientifico

Alessandro Antonietti

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Marisa Giorgetti

Paola Iannello

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

Comitato di redazione

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

Segretaria di redazione

Giuliana Lucente

Direttore responsabile

Vittorio Moro

Co-coordinatore scientifico

Cesare Albasi

Coordinatore scientifico

Pier Luigi Baldi

NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

a) studi e ricerche; b) esperienze di lavoro; c) contributi vari.

- Gli articoli vanno indirizzati alla segreteria di redazione, presso il “Centro Paolo VI”, via Gavino Lugano n. 40, 15052 Casalnoceto (AL). Tel. 0131.808140 - Fax 0131.808102 - email: g.lucente@centropaolovi.it.

- Il testo di ciascun contributo, da inviare sia su supporto informatico che cartaceo, dovrà essere accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori), con qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

- Per ogni saggio della sezione “studi e ricerche” si richiedono un breve riassunto, tre parole-chiave e i riferimenti bibliografici.

- L'accettazione dei lavori è subordinata al parere positivo di “referees”, esterni al comitato di redazione.

- Per la stesura della bibliografia ci si atterrà ai seguenti esempi:

a) **LIBRO**: Viaro, M., Leonardi, P. (1990), *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.

b) **ARTICOLO DI RIVISTA**: Hècaen, H. (1960), Les apraxies. Introduction. *Revue Neurologique*, 102 (6), 540-550.

c) **CAPITOLO DI UN LIBRO**: Carli, R. (1982), Per una teoria dell'analisi istituzionale. In R. Carli, L. Ambrosiano (a cura di), *Esperienze di psicosociologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

d) **ATTI DI CONVEGNI**: Orsenigo, A. (1987), Professionalità degli educatori di comunità. ecc.. In C. Kaneklin, C. D'Ambrosio (a cura di), *Atti del Convegno Interventi di comunità* (127-156). Milano: Università Cattolica del S. Cuore.

- La rivista è distribuita gratuitamente.

- **A e R - Abilitazione e Riabilitazione** è consultabile anche *on-line*, all'indirizzo internet www.centropaolovi.it, sulla cui *home page* si dovrà cliccare **Formazione e ricerca scientifica** e, successivamente, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione**.

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XXII - N. 1 - 2013

INDICE

CARTA DEI SERVIZI DEL “CENTRO PAOLO VI” O.N.L.U.S. pag. 5

STUDI E RICERCHE

MARCO SASSOON

Uomini e lupi. La personalità psicopatica
come forma di narcisismo patologico pag. 55

SAVERIO BERGONZI

L’unità per adolescenti del “Centro Paolo VI”.
Modelli terapeutici, organizzazione e strumenti pag. 83

ESPERIENZE DI LAVORO

ORietta MELONE

“Ci vorrebbe un amico”
(ovvero: parliamo di amicizia in laboratorio) pag. 105

**CARTA DEI SERVIZI
DEL “CENTRO PAOLO VI” O.N.L.U.S.**

PRESENTAZIONE DEL “CENTRO PAOLO VI”

Da più di 40 anni, il “Centro Paolo VI” rappresenta lo spazio e il luogo privilegiati, nei quali la nostra Chiesa Diocesana promuove e cura la difesa della vita e della salute dell’uomo e la sua dignità.

Il “Centro Paolo VI”, Centro di Riabilitazione Extraospedaliera della Diocesi di Tortona, nasce nel 1966 dalla mente, dal cuore e dalla volontà di Mons. Francesco Remotti (1919-2007), fondatore del Centro che, nel suo testamento, così ne riassume la storia e le finalità:

“Il 16 ottobre 1966 usufruendo della colonia di Caldirola, adattata allo scopo abbiamo iniziato questo servizio affrontando non poche difficoltà economiche e burocratiche superate con segni visibili della Provvidenza. Il 15 aprile 1985 il Centro è stato trasferito a Casalnoceto nella nuova struttura appena ultimata, dove anno dopo anno si è ampliata assicurando una ampia gamma di servizi di riabilitazione. Tutto è stato compiuto con il contributo di moltissimi amici ed istituzioni private che apprezzano questo servizio di riabilitazione attuato presso il Centro Paolo VI di Casalnoceto. Il Centro è sorto come testimonianza di carità verso i più deboli e gli emarginati come figli prediletti di Dio da parte della Comunità Diocesana”.

Da allora il panorama sociale e sanitario è radicalmente mutato; quello che deve rimanere invariato è lo spirito che ha dato vita a questa istituzione che la Chiesa e il nostro Fondatore Don Remotti ci hanno trasmesso secondo il mandato che Cristo affidò ai primi discepoli: *“Andate, curate i malati, portate la buona novella...”*. La riscoperta e la valorizzazione quotidiana del messaggio di Don Remotti sono ancora oggi fonte e ragione dell’agire del “Centro Paolo VI”. La fedeltà al suo mandato trova conferma nel prodigioso espandersi della sua opera in oltre 40 anni di attività e nella capacità della stessa di adattarsi efficacemente ai tempi e ai bisogni delle persone.

Tortona, 20 Giugno 2013

† Mons. Martino Canessa
Vescovo di Tortona

PRESENTAZIONE E CENNI STORICI

Il “Centro Paolo VI” O.N.L.U.S., proprietà della Diocesi di Tortona, è nato come “Centro Medico Psico-Pedagogico”, fondato da Mons. Francesco Remotti nel 1966, a Caldirola (AL) per erogare prestazioni educative e riabilitative a favore di bambini, adolescenti e giovani adulti, che presentavano ritardo cognitivo, disturbi di personalità e gravi problemi sociorelazionali.

Nel 1985 il Centro ha cambiato sede, da Caldirola a Casalnoceto, e denominazione, assumendo, grazie a un nuovo assetto organizzativo e a una diversa impostazione dei servizi, quella di “Centro di Riabilitazione”, convenzionato con l'ex USSL n.72 di Tortona (ora ASL AL), sulla base dell'art.26 della legge n.833/78. Attualmente si configura come **Centro di Riabilitazione Extraospedaliera**, a seguito di un provvedimento di accreditamento della Regione Piemonte (d.r.g. 45 -1314 del 13-11-2000).

In seguito alle nuove normative nazionali e regionali in materia di prestazioni sanitarie e riabilitative, il “Centro Paolo VI” ha iniziato un percorso di trasformazione e riconversione ai fini dell'accREDITAMENTO definitivo quale **Struttura Intermedia di Riabilitazione Extraospedaliera per le Patologie Neuropsichiatriche in Età Evolutiva**. Il processo di riconversione interessa gli ambiti strutturale, gestionale ed organizzativo, e implica la riformulazione complessiva dell'offerta sanitaria e socioassistenziale.

“MISSION”

Il “Centro Paolo VI” trae la sua origine dall'opera del suo fondatore, Mons. Francesco Remotti, e intende procedere lungo il percorso da lui tracciato nel settore degli interventi sanitario-riabilitativi, indirizzati a persone in difficoltà, in particolare di età infantile e adolescenziale.

La *mission* del “Centro Paolo VI”, nella visione ispirata ai valori cristiani che fu propria del suo fondatore, può essere sintetizzata nel *prendersi cura dell'ospite, facendosi integralmente carico del suoi specifici bisogni*.

Ne deriva che l'intervento sanitario, pur finalizzato a raggiungere obiettivi terapeutici e riabilitativi, avrà come obiettivi privilegiati la persona e la qualità della sua vita.

Il “Centro Paolo VI” persegue la propria *mission* nei seguenti modi:

Sostegno alle famiglie

L'aiuto alle famiglie è ritenuto un'attività di particolare rilievo, poiché contribuisce ad alleviare il peso delle sofferenze che accompagnano la loro vita.

Organizzazione

Si cerca di rispondere in modo sempre adeguato alle specifiche esigenze degli ospiti sia sul piano clinico che organizzativo-gestionale.

Cura dell'ambiente

Si presta particolare interesse all'ambiente sia a livello relazionale che fisico-architettonico, a vantaggio dell'ospite e del personale.

Gestione sicurezza

L'attenzione è rivolta soprattutto alla prevenzione, considerata la tipologia delle attività svolte e quella dell'utenza.

Comunicazione e collaborazione

Viene favorita la comunicazione interna fra i vari settori operativi, al fine di:

- migliorare la qualità della vita dell'ospite;*
- garantire l'efficacia del sistema di qualità.*

Formazione e supervisione

Vengono analizzate con sistematicità le esigenze di formazione del personale, per fornire risposte adeguate in tale ambito.

Convegni e attività di ricerca

Si promuovono convegni di studio e lavori di ricerca, anche in funzione dell'aggiornamento del personale.

Sistema di gestione della qualità

È soprattutto funzionale all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

STRUTTURE

Attualmente l’attività del “Centro Paolo VI” si articola nelle seguenti strutture, situate nei Comuni di Casalnoceto (Al), Tortona (AL), Retorbido (PV):

- **Casalnoceto - “Centro Paolo VI”**
- **Casalnoceto - RAF - B**
- **Casalnoceto - CRP “La Fogliata”**
- **Tortona - CRP “La Crisalide”**
- **Retorbido - Villa Meardi**

MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E LORO EROGAZIONE

Il “Centro Paolo VI” è convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di **Centro di Riabilitazione Extraospedaliera** provvisoriamente accreditato. Attualmente i pazienti accedono ai servizi riabilitativi residenziali, diurni e ambulatoriali, attraverso le modalità che qui riportiamo.

ACCESSO ALLA DEGENZA RESIDENZIALE

L’accesso avviene sulla base di una proposta, redatta dall’*unità di neuropsichiatria infantile* dell’ASL di residenza dell’assistito, contenente un apposito progetto individualizzato.

ACCESSO ALLA DEGENZA DIURNA E AI TRATTAMENTI AMBULATORIALI

L’accesso avviene previa compilazione del **modello A** (Assistenza invalidi civili - Legge 30/31971 n. 118) da parte di una delle seguenti **unità dell’ASL di residenza dell’assistito: neuropsichiatria infantile, pediatria, fisiatria, ortopedia-traumatologia. Il modello A deve essere successivamente presentato agli uffici amministrativi dell’ASL di appartenenza per l’emissione del relativo impegno di spesa.**

Per le prestazioni ambulatoriali è possibile anche accesso diretto in regime di solvenza.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E SERVIZIO ALBERGHIERO

L'erogazione dei servizi riabilitativi è subordinata all'accettazione del paziente da parte del direttore sanitario, che, nel caso di degenza residenziale, stabilisce l'**unità riabilitativa** competente, invia il paziente al relativo responsabile, mentre, nel caso di trattamento ambulatoriale, lo invia al responsabile medico, che coordina e supervisiona il progetto riabilitativo individuale. In entrambi i casi, l'équipe riabilitativa predispone successivamente un piano d'intervento individualizzato, in cui vengono stabiliti obiettivi e tempi di verifica. In accordo con l'ASL inviante, raggiunti gli obiettivi, si procede alle dimissioni; diversamente, previo consenso della stessa ASL, si riformulano progetto e obiettivi.

I tempi di degenza vengono concordati con le ASL invianti e coincidono con le esigenze clinico-riabilitative del paziente.

Il "Centro Paolo VI" è aperto tutto l'anno, e fornisce un'assistenza di 24 ore al giorno; i trattamenti vengono distribuiti nell'arco della giornata, in rapporto alle necessità clinico-riabilitative della persona, preferibilmente nel seguente orario: 8.30-12.30 e 13.30-17.30.

I servizi alberghieri sono onnicomprensivi (pasti, pulizie generali, lavanderia, stireria, ecc.). Le camere sono a due posti-letto e l'arredo è pienamente conforme con la normativa vigente.

UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.)

Presso il Centro è attivo l'**Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)** con le seguenti funzioni

- raccolta di segnalazioni di disservizi e di reclami degli utenti e definizione delle procedure di soluzione degli eventuali problemi;
- stesura e distribuzione, a intervalli di tempo regolari, del "*Questionario di Soddisfazione dei Pazienti*" ed analisi dei dati relativi;
- stesura, aggiornamento e distribuzione della *carta dei servizi*;
- comunicazioni interne ed esterne a mezzo stampa;
- rapporti con gli organi d'informazione.

COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER ADOLESCENTI

L' "Unità Adolescenti" è attualmente costituita da 4 Comunità. Le Comunità sono miste, per ragazzi e ragazze che condividono gli stessi spazi abitativi; 3 Comunità, denominate "a", "b" e "c", sono collocate all'interno della struttura principale del "Centro Paolo VI", mentre una è situata all'esterno, a pochi km dal Centro, presso la città di Tortona. L'Unità accoglie ospiti in età evolutiva a partire dagli 8 anni fino ai 18. Le "Comunità di Accoglienza" A e B hanno la funzione di ospitare il paziente appena inserito, in base all'età: la Comunità A ospita ragazzi dai 14 ai 18 anni, la Comunità B dagli 8 ai 13 anni. L'intervento dell'Unità Adolescenti prevede un percorso terapeutico-riabilitativo che si articola attraverso il passaggio dalle "Comunità di Accoglienza" A o B alla Comunità "avanzata" C, fino a giungere alla "Comunità di Riabilitazione Psicosociale" (C.R.P.) di Tortona. I passaggi tra le varie Comunità sono determinati dal raggiungimento di determinati obiettivi dal punto di vista del percorso terapeutico-riabilitativo del minore. Il percorso globale del paziente deve avvenire entro il compimento del diciottesimo anno di età e può essere modificato in base alla tempistica prevista dall'ente inviante o per ragioni cliniche/terapeutiche. L'intervento ambientale è di tipo gruppale e si basa su un approccio multidisciplinare clinico-educativo: la lettura delle complesse dinamiche psicopatologiche del singolo, integrate con quelle del gruppo, orientano sia la definizione dei progetti terapeutici specifici, sia l'intervento nella quotidianità. Il lavoro terapeutico si avvale di tutti gli interventi necessari (farmacologico, psicoterapeutico, educativo, relazionale) secondo una modalità integrata e coerente con le complesse dinamiche psicopatologiche ed i bisogni dei ragazzi e della loro realtà, e si articola in un lavoro con l'adolescente e con l'ambiente sociale sia ristretto che allargato. I progetti possono prevedere l'inserimento in attività esterne alla Comunità (scuola, palestre, etc.) e la frequenza di attività di gruppo interne (laboratori, riunioni, gite), nonché i rientri in famiglia, l'intervento farmacologico, il sostegno psicologico e il trattamento psicoterapeutico individuale e di gruppo. L'intervento terapeutico complessivo ed i progetti individualizzati vengono condotti da un'unità multidisciplinare composta da figure con differenti professionalità (neuropsichiatra infantile, psicologo clinico, educatori, psicoterapeuti, pedagogista, terapisti, assistente sociale) che operano in modo integrato.

La richiesta di inserimento si concretizza con l'invio di una relazione da parte dell'ASL o dell' Ente Affidatario del territorio di provenienza del possibile ospite o tramite un colloquio telefonico con la assistente sociale o un clinico

dell'Unità. In ogni caso è importante che la richiesta di inserimento sia sempre seguita da una relazione clinica e da richiesta stessa di inserimento. Non vengono accettate richieste direttamente da parte dei familiari. La valutazione delle richieste di inserimento viene effettuata dal Servizio Sociale unitamente ai clinici delle Comunità e congiuntamente viene decisa l'assegnazione alle "Comunità di Accoglienza" A o B.

L'ammissione dell'ospite nel gruppo adolescenti può prevedere ad integrazione:

- Approfondimento del quadro clinico-psicosociale del minore con il Servizio Inviante.
- Dopo questa fase di raccolta di informazioni si passa alla conoscenza diretta del minore e della famiglia e/o gli esercenti la potestà genitoriale (con partecipazione dei clinici e degli operatori delle "Comunità di Accoglienza" A o B). La visita di preingresso del paziente e della famiglia è finalizzata a valutare la congruità dell'inserimento, il grado di consapevolezza della propria sofferenza e del bisogno di cura espresso dal minore e il grado di adattabilità in un contesto comunitario; con la famiglia, per valutare le potenzialità che possano permettere una, se pur temporanea, separazione dal loro congiunto ed il grado di collaboratività con la struttura. Al termine di questi incontri che possono prevedere la conoscenza da parte del ragazzo/a, degli ambienti della Comunità, dei ragazzi in essa ospitati e degli operatori, viene effettuata discussione allargata dello Staff per decidere se passare alla programmazione dell'inserimento del candidato/a.
- Qualora non sia possibile la conoscenza diretta del paziente, l'"Unità Adolescenti" è in grado di offrire un **servizio di pronta accoglienza** per un numero limitato di posti (massimo due). Si precisa che l'obbligo di collocare il ragazzo in struttura (quando prescritto da dispositivo T.M.) compete all'Ente Affidatario mentre l'"Unità Adolescenti" non ha l'obbligo di accogliere ragazzi sottoposti a ricovero coatto né sottoposti a regime di sostituzione di pena.

A seguito della valutazione di idoneità, viene programmato l'ingresso del paziente nell'Unità, secondo le seguenti modalità:

- Presentazione **alla famiglia, all'ente inviante e/o ente affidatario, all'ospite, del "Patto della Comunità" dei regolamenti di Comunità e dei consensi informati**. Viene stipulato un patto non solo col futuro ospite e la sua famiglia ma anche con l'ente affidatario e/o inviante che viene informato sulle regole ed sui servizi offerti dalla Comunità al suo assistito e ai quali si chiede di aderire. L'adesione e l'accettazione del patto da parte dei soggetti interessati è la condizione necessaria per dare avvio al rapporto di collaborazione tra gli stessi.

- Richiesta di invio di tutta la documentazione sanitaria, sociale, amministrativa, giuridica e scolastica in possesso della famiglia o dell'inviante.
- Si decide in accordo con l'assistente sociale interna e l'ente inviante la data dell'inserimento del ragazzo/a

A seguito dell'inserimento, segue una fase di osservazione e di valutazione

La durata del periodo di valutazione è di due mesi e si conclude con l'Equipe Psico-Diagnostica che riunisce gli operatori che hanno valutato l'ospite. La valutazione si compone di:

- Raccolta anamnestica
- Valutazione educativa con elaborazione di una relazione educativa di ingresso
- Valutazione psicodiagnostica secondo i criteri di classificazione ICD-10 e valutazione psicologica
- Nel caso non sia allegata alla documentazione di invio una valutazione neuropsicologica si effettua una valutazione cognitiva con somministrazione di test per valutare il quoziente intellettivo o altri test neuropsicologici nel sospetto di un disturbo più specifico
- Valutazione pedagogica
- Approfondimenti clinico-strumentali (se richiesti)
- Somministrazione test: Vineland, SWAP-200, SCL90, MACI, ecc.
- Eventuali altre valutazioni

Definizione del progetto riabilitativo

L'Equipe Psico-Diagnostica ha il compito di elaborare una diagnosi psichiatrica, psicologica e funzionale, di definire le linee guida del progetto terapeutico-riabilitativo e di stabilire, in linea di massima, un tempo di permanenza in Comunità. Si prevede comunque che il **Progetto Terapeutico-Riabilitativo** all'interno del "Centro Paolo VI" non superi i 24 mesi nell'ambito delle Comunità A,B,C.

Il progetto deve essere la sintesi di:

- PAI (piano assistenziale individuale)
- PEI (piano educativo individuale)
- PRI (piano riabilitativo individuale)
- Piano farmaco terapeutico

e deve prevedere: la tipologia/durata di progetto, le finalità generali, gli obiettivi prioritari e di terapia ambientale, le attività settimanali e tutti i programmi specifici identificati.

Verifica e riesame del progetto

Il progetto è sottoposto a verifica e riesame ogni 6 mesi per le Comunità A-B-C, per la C.R.P. ogni 12 mesi.

- Viene elaborata una relazione educativa ogni 3 mesi
- Gli psicoterapeuti elaborano il loro aggiornamento ogni 6 mesi.
- L'attuazione del progetto è monitorata e verificata settimanalmente attraverso discussione allargata in occasione della riunione del gruppo di lavoro delle singole Comunità.
- Viene inoltrata una relazione clinica di aggiornamento all'inviante ogni 6 mesi.

L'intervento terapeutico-riabilitativo

- L'intervento ambientale è di tipo grupppale e si basa su un approccio multidisciplinare clinico-educativo: la lettura delle complesse dinamiche psicopatologiche del singolo integrate con quelle del gruppo orientano sia la definizione dei progetti terapeutici specifici, sia l'intervento nella quotidianità.
- Il lavoro terapeutico si avvale di tutti gli interventi necessari (farmacologico, psicoterapeutico, educativo, relazionale...) secondo una modalità integrata e coerente con le complesse dinamiche psicopatologiche ed i bisogni dei ragazzi e della loro realtà e si articola in un lavoro con l'adolescente e con l'ambiente sociale sia ristretto che allargato.
- La responsabilità del progetto terapeutico è del medico dell'Unità. Le linee generali vengono definite in collaborazione con le famiglie e gli enti invianti.
- I progetti possono prevedere l'inserimento in attività esterne alla Comunità (scuola, palestre, ecc.) e la frequenza di attività di gruppo interne (laboratori, riunioni, gite...), nonché i rientri in famiglia, l'intervento farmacologico, il sostegno psicologico e il trattamento psicoterapeutico individuale e di gruppo.
- L'intervento terapeutico complessivo ed i progetti individualizzati vengono condotti da una unità multidisciplinare composta da figure con differenti professionalità (neuropsichiatra infantile, psicologo clinico, educatori, psicoterapeuti, pedagogista, terapisti, assistente sociale) che operano in modo integrato e che prevedono periodicamente l'alternanza delle seguenti riunioni:
 - Equipe clinico/educativa per ogni singola Comunità (frequenza settimanale)
 - Equipe clinica-referenti/coordinatori delle Comunità (frequenza settimanale)

- Equipe clinica con i clinici responsabili delle Comunità e gli psicoterapeuti che operano all'interno dell'unità (frequenza mensile).
- Equipe psicodiagnostica (al termine del periodo di osservazione)
- Equipe plenaria che comprende tutte le figure professionali che operano all'interno dell'Unità adolescenti (frequenza mensile).
- Equipe tecnica con i clinici, i referenti e coordinatore, responsabile risorse umane, responsabile economato, responsabile amministrazione (frequenza mensile).

Progetto di dimissioni

La dimissione del ragazzo dalla Comunità avviene di norma in seguito alla conclusione del progetto terapeutico-riabilitativo condiviso in precedenza con gli invianti, la famiglia ed il minore. La eventuale interruzione non programmata del trattamento terapeutico e le dimissioni dalla Comunità possono avvenire in caso di:

- non rispetto da parte del minore e della famiglia del regolamento della Comunità
- incompatibilità del minore con il gruppo degli ospiti della Comunità e con il progetto terapeutico della Comunità
- ogni altra considerazione clinica valutata dalla Comunità.

Prima del termine vengono effettuati alcuni aggiornamenti clinico-strumentali. Nel caso della assunzione di farmaci vengono effettuati esami siero ematici e l'ECG. Si risomministrano alcuni test per una valutazione finale del percorso terapeutico e, nel caso sia trascorso almeno 1 anno dalla ultima valutazione, si ripete una valutazione neuropsicologica. In occasione della dimissione viene rilasciata ai servizi invianti ed alla famiglia una lettera di dimissione. Successivamente, su richiesta, può essere inviata una relazione di dimissione.

UNITÀ GRAVI CEREBROPATIE

Servizio di Valutazione e Cura delle Patologie Neurologiche e Neuropsichiche

L' "Unità Gravi Cerebropatie" si occupa di tutte le disabilità conseguenti a patologia neurologica e neuropsichica causate da danno neurologico centrale e periferico, come ad esempio:

- Paralisi cerebrali infantili
- Sindromi epilettiche
- Disturbi visuo-percettivi
- Sindromi malformative
- Sindromi genetiche e sindromi cromosomiche
- Esiti di traumi cranio-encefalici, che hanno notevole impatto sia per le disabilità conseguenti (cognitiva, neuromotoria e comportamentale) sia per le conseguenze socio-familiari in termini di ridefinizione della propria identità e che pertanto necessitano di un intervento riabilitativo intensivo
- Esiti neurologici da asportazione di tumore che necessitano di un intervento riabilitativo volto a favorire il recupero funzionale oppure a promuovere l'adattamento al deficit neurologico residuo.

L' "Unità Gravi Cerebropatie" del "Centro Paolo VI" offre, coerentemente con i bisogni del paziente e della famiglia, interventi:

- Residenziali
- Diurni
- Ambulatoriali

È parte del progetto riabilitativo, l'**accoglienza dei bisogni delle famiglie** che si concretizza in:

- Sostegno psicologico
- Supporto informativo e tecnico (ad esempio, relativamente agli interventi posturali)
- Coordinamento nell'ambito delle istituzioni scolastiche

A chi si rivolge il nostro intervento?

Ai bambini a partire dai 6 mesi di vita e agli adolescenti fino ai 18 anni.

In accordo con le linee guida internazionali, riteniamo che l'intervento riabilitativo intensivo debba essere **il più precoce possibile** al fine di migliorare la prognosi. Pensiamo inoltre che l'opportunità di un ricovero in tenera età debba essere adeguatamente valutato, in base alle esigenze cliniche e familiari. Per questo, fra le opportunità offerte dall'Unità vi è il **ricovero mamma-bambino**, nelle situazioni che lo richiedono.

IL MODELLO DI INTERVENTO INTEGRATO

Dal momento che l'intervento riabilitativo si rivolge alla persona nel suo complesso, con particolare attenzione all'aspetto evolutivo e familiare, l'Equipe è costituita da professionisti che garantiscono un intervento multidisciplinare ed integrato. I medesimi obiettivi vengono perseguiti con tecniche diverse e complementari in modo da rendere l'intervento riabilitativo intensivo e armonico.

Il Modello d'Intervento Integrato promuove:

1. Il miglior recupero possibile del danno funzionale e della disabilità
2. La promozione dell'autonomia e indipendenza
3. La promozione dell'autodeterminazione
4. La qualità della vita

L'accesso avviene di norma attraverso la richiesta della Neuropsichiatria Infantile o della Struttura del SSN competente, previa autorizzazione dell'ASL di pertinenza.

Naturalmente è possibile, previo appuntamento, visitare l' "Unità Gravi Cerebropatie" e richiedere una prima visita, al fine di valutare la possibilità di un trattamento riabilitativo.

La prima visita ha l'obiettivo di valutare l'idoneità all'inserimento in reparto, con formula residenziale o semi-residenziale (trattamento diurno) oppure ambulatoriale.

Il nostro intervento prevede inizialmente una fase di osservazione finalizzata alla **valutazione clinica** indispensabile per la redazione di un progetto terapeutico individualizzato (visita neuropsichiatrica e fisiatrice, diagnosi psicologica, redazione del profilo cognitivo e funzionale, eventuali consulenze specialistiche "ad hoc", valutazione fisioterapica, neuropsicomotoria, logopedica, musicoterapica, psicopedagogica, neuropsicologica).

La Valutazione Clinica ha l'obiettivo di redigere la Diagnosi Funzionale e il conseguente Piano di Intervento Riabilitativo, Educativo ed eventualmente Assistenziale **individualizzato**.

Sono ben specificati nel Progetto: tipologie e durata degli interventi, finalità generali e obiettivi specifici, stili relazionali, attività settimanali.

Gli obiettivi riabilitativi sono definiti in seno all'Equipe e **condivisi con la famiglia** al fine di integrare il più possibile le esigenze cliniche e le condizioni ambientali, co-definendo le priorità terapeutiche:

- Il recupero del danno motorio e la prevenzione degli esiti secondari e terziari
- Il controllo delle problematiche comportamentali
- Il potenziamento dell'autonomia nella vita quotidiana
- Il potenziamento delle abilità relazionali e delle competenze comunicative
- Lo sviluppo delle attitudini del minore e il raggiungimento di una buona qualità di vita.

In base ai BISOGNI di ogni singolo bambino vengono identificate le tecniche più adeguate al conseguimento degli obiettivi riabilitativi previsti dal Progetto.

Ad esempio offriamo:

- Fisiokinesiterapia
- Neuropsicomotricità
- Musicoterapia
- Terapia in acqua
- Logopedia
- Parent training
- Terapia ambientale
- Intervento psicofarmacologico
- Intervento cognitivo-comportamentale
- Metodo TEACCH e metodo BAB

UNITÀ DI VALUTAZIONE E CURA DELL'AUTISMO

Il Servizio di Valutazione e Cura dell'Autismo, da alcuni anni è impegnato nello sviluppo di modalità di intervento a favore dei bambini con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo e si articola in interventi a carattere residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale, interventi di formazione dei genitori (*parent training*), interventi nell'ambito delle Istituzioni scolastiche.

Nell'ambito dei vari approcci riabilitativi, la nostra Struttura offre un protocollo d'intervento riguardante i disturbi nello spettro Autistico che si caratterizza in un modello integrato tra diversi metodi e strumenti; il nostro MODELLO D'INTERVENTO INTEGRATO, ha come OBIETTIVO sviluppare il massimo level-

lo di INDIPENDENZA possibile per le persone nello spettro autistico a partire dalla loro condizione clinica di base.

L’accesso ai servizi nelle diverse forme di trattamento previste, avviene previa impegnativa della Neuropsichiatria della ASL di pertinenza, con una prima fase di valutazione al termine della quale viene impostato il piano di lavoro (qualora si ritenga il paziente idoneo) e si definiscono gli obiettivi e le modalità del trattamento (tipo dei trattamenti, frequenza, coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, ecc.), seguono momenti di incontro per la verifica e i *follow-up* dei risultati.

Il percorso diagnostico e di valutazione si avvale dei seguenti strumenti e metodi:

a. DIAGNOSI CLINICA:

- ICD -10
- Griglia valutativa C.A.R.S
- Test STA-DI
- Test C.H.A.T. (per i bambini più piccoli)
- Test V.A.P.-H

b. PROFILO COGNITIVO E FUNZIONALE:

- Valutazione psicometrica (WAIS/ WISC/Leiter) in base all’età
- Checklist P.E.P.-R / PEP 3 / A.A.P.E.P. in base all’età
- Scale di autonomia personale

c. VALUTAZIONE EDUCATIVA

d. VALUTAZIONI DEI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Al termine della valutazione condotta durante il primo mese, l’equipe si riunisce per definire il progetto di riabilitazione per l’ospite.

Il progetto deve prevedere:

- la tipologia e la durata del progetto stesso
- le finalità generali a cui ispirarsi nel lavoro quotidiano
- gli obiettivi prioritari e di terapia ambientale che verranno perseguiti nel trattamento
- gli stili relazionali ed educativi da adottare nei confronti del bambino
- le attività settimanali e tutti i programmi specifici identificati.

Il nostro modello di lavoro identifica come finalità generali dell'intervento lo sviluppo dell'autonomia e del maggior grado possibile d'indipendenza nelle attività della vita quotidiana, pertanto sono considerate prioritarie (in ordine di importanza) le seguenti aree di lavoro:

1. Riduzione e controllo delle problematiche comportamentali
2. Potenziamento dell'autonomia e delle routine della vita quotidiana
3. Potenziamento delle competenze comunicative
4. Sviluppo delle competenze in tutti i principali repertori comportamentali funzionali
5. Le metodiche di intervento da noi privilegiate sono le seguenti:
 - Programma T.E.A.C.C.H.
 - Programma A.B.A /VB
 - Comunicazione Alternativa Aumentativa
 - Intervento cognitivo-comportamentale per le autonomie e i comportamenti problema
 - *Relationship Development Intervention* (RDI) per intervenire sulla flessibilità comportamentale e la tolleranza al cambiamento
 - Intervento psicofarmacologico

Altre modalità d'intervento previste sono:

- stimolazioni di natura senso percettiva (laboratorio di stimolazioni sensoriali)
- intervento dei terapisti della riabilitazione:
 - musicoterapia
 - psicomotricità
 - logopedia
 - terapia in acqua
 - fisioterapia
- eventuale modifica del regime alimentare (se richiesto dalla famiglia)

Con cadenza semestrale il progetto è sottoposto a verifica e riesame a cura dell'équipe riabilitativa e pertanto è prevista la risomministrazione degli strumenti valutativi utilizzati nella fase di prima valutazione oltreché il controllo e il monitoraggio dei risultati attraverso l'utilizzo di registrazioni video. Nel completamento di un atto riabilitativo il progetto di dimissioni ha una valenza strategica fondamentale, in quanto garantisce la continuità e la reale ricaduta dell'intervento riabilitativo stesso sulla vita della persona sia per gli aspetti di continuità assistenziale che per quelli di *follow-up* e controllo dell'efficacia dell'intervento.

Per i progetti residenziali, in modo particolare, il momento delle dimissioni è attentamente programmato, sia nel caso che il bambino rientri nell'ambito familiare, sia nel caso che venga trasferito in altra struttura.

QUARTO GRUPPO

All'interno del “Centro Paolo VI” trova spazio un gruppo di ospiti in regime residenziale e in fascia di età preadolescenziale e adolescenziale collocabili all'interno della definizione di persone con “doppia diagnosi”. L'espressione “doppia diagnosi” nel linguaggio tecnico si riferisce a quelle persone che oltre ad un quadro di disabilità intellettiva presentano associati disturbi del comportamento di carattere psichiatrico. La letteratura insegna che le persone con disabilità intellettiva tendono a sviluppare patologie psichiatriche con una elevata frequenza (4/5 volte di più) rispetto al campione a sviluppo tipico. Nello specifico il gruppo è composto di 11 ragazzi (tutti con doppia diagnosi) che vivono all'interno di un contesto comunitario che offre loro trattamenti riabilitativi specialistici e trattamenti di riabilitazione psicosociale.

L'accesso ai servizi nelle diverse forme di trattamento previste, avviene previo impegnativa del Servizio di Neuropsichiatria della ASL di pertinenza, con una prima fase di valutazione al termine della quale viene impostato il piano di lavoro (qualora si ritenga il paziente idoneo) e si definiscono gli obiettivi e le modalità del trattamento (tipo dei trattamenti, frequenza, coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, ecc.), seguono momenti di incontro per la verifica e i *follow-up* dei risultati.

Il percorso diagnostico e di valutazione si avvale dei seguenti strumenti e metodi:

DIAGNOSI CLINICA:

- ICD -10

PROFILO COGNITIVO E FUNZIONALE:

- Valutazione psicometrica
- Test ABI
- Test VAPH
- Valutazione educativa
- Valutazioni dei terapisti della riabilitazione

Il progetto riabilitativo è definito dall'Equipe Tecnica Multidisciplinare entro un mese dall'ingresso dell'ospite.

L'incontro dell'équipe tecnica multidisciplinare rappresenta il momento di condivisione delle conoscenze e delle informazioni, il momento dell'identificazione

dei bisogni, della concertazione delle strategie e delle modalità dell'intervento e delle verifiche di progetto.

Il Progetto Riabilitativo si articola attraverso le seguenti strategie d'intervento:

- Intervento psicoeducativo
- Terapia ambientale per potenziamento delle autonomie e delle routine della vita quotidiana
- Attività occupazionali e ludico ricreative svolte all'interno o all'esterno del gruppo
- Mantenimento o ripresa del percorso scolastico
- Interventi specifici dei terapisti della riabilitazione
- Psicoterapia o sostegno psicologico
- Psicofarmacoterapia

Per quanto possibile il Progetto deve essere condiviso con l'ospite e comunque sempre con i suoi genitori, parenti o tutori, questo nell'ottica di potenziare l'alleanza terapeutica con il paziente, che è uno strumento molto importante per la buona riuscita di un progetto/programma riabilitativo. Nella logica dell'alleanza terapeutica, con ogni ospite, vengono stabiliti degli obiettivi da raggiungere che prevedono la sua collaborazione e, settimanalmente, in una apposita riunione tra l'ospite e gli educatori, tali obiettivi vengono verificati in relazione al loro grado di raggiungimento e/o all'impegno con cui l'ospite ha cercato di raggiungerli. Analoga modalità è utilizzata con la famiglia per quanto riguarda la continuità educativa, con i familiari vengono condivisi gli stili di relazione da privilegiare e gli obiettivi di comportamento che il paziente deve raggiungere o mantenere nei momenti di rientro in famiglia durante i week end programmati per i ricongiungimenti familiari.

Nella gestione complessiva di una comunità per adolescenti/preadolescenti con doppia diagnosi si riportano alcuni principi di fondo che possono essere fatti salvi a livello generale:

- gli adolescenti hanno bisogno di limiti e confini precisi nel quotidiano che li aiutino a transitare dall'età infantile a quella adulta costruendo in immagine del sé e una identità personale, a maggior ragione quando esistono problemi psichici la costanza e la capacità contenitiva e di promozione dell'autodeterminazione e della ripresa di un percorso evolutivo nell'ambiente diventa fondamentale.

Nello specifico del 4° gruppo vengono utilizzati alcuni strumenti che funzionano come elementi di collante dei diversi interventi educativi e precisamente:

Punto 1: l'adozione di un stile relazionale orientato a promuovere un percorso evolutivo

Punto 2: l'insegnamento di competenze adattive

Punto 3: l'adozione di una procedura di *token economy* come sistema di gestione globale della comunità

Punto 4: l'identificazione di un percorso di comunità per gli ospiti

Punto 1

Lavorare sulle parti sane e concedere solo in modo limitato l'espressione di comportamenti disadattivi attraverso un corpo di regole condivise e discusse e regolarmente rivisitate con gli utenti e soprattutto focalizzare l'attenzione agli aspetti adattivi del comportamento degli ospiti piuttosto che agli aspetti disadattivi.

Puntare su sistemi di tipo premiante e solo se strettamente necessario adottare le punizioni che tendono a confinare le persone in posizioni infantili e stigmatizzare i ruoli negativi giocati all'interno del gruppo. Organizzare il tempo in modo da ridurre al massimo i momenti vuoti e privi di attività strutturate.

Punto 2

Cogliere ogni occasione per insegnare nuovi comportamenti e sfruttare anche i problemi di comportamento e relazionali come occasione per discutere e far lavorare le persone sullo sviluppo di nuove competenze attraverso l'uso del colloquio individuale orientato al *problem solving* specialmente interpersonale. Utilizzare lo strumento delle riunioni di gruppo quotidiane e inserire ogni ospite in piccoli gruppi (massimo 4 ragazzi) di discussione bisettimanali su tematiche predefinite (sessualità, rapporti con gli altri, abilità sociali, ecc.) a questi gruppi la partecipazione non deve essere volontaria ma deve far parte del percorso riabilitativo.

Definire contratti individuali in cui si specificano degli obiettivi personali per ogni ospite il cui raggiungimento viene verificato settimanalmente e per l'impegno profuso vengono definiti vantaggi da poter guadagnare durante la settimana successiva. Non premiare mai l'ubbidienza ma sempre e solo l'alleanza terapeutica cioè l'adesione delle persone al loro progetto riabilitativo. Richiamare spesso l'attenzione dei ragazzi al senso della loro permanenza in struttura e dunque al loro progetto.

Punto 3

La gestione di tutto un gruppo basata su di una procedura di *token economy* è un sistema basato sulla promozione ed il rinforzamento di una serie di comportamenti definiti e che in qualche modo coprono tutti i settori della vita del gruppo. Per attuare concretamente un tale sistema di gestione del gruppo diventa dunque

necessario determinare una serie di comportamenti attesi e da promuovere negli ospiti sia a livello individuale che di gruppo.

Prevedere a livello individuale il guadagno di benefit personali (tenere cellulari, computer, ecc.) sulla base del mantenimento ad es. per due settimane di uno standard di guadagno di punti

Limitare la possibilità di guadagnare paga, premi e benefit al rispetto dei comportamenti previsti nella *token* e di conseguenza definirli BENE e in modo COMPLETO!

Non premiare l'ubbidienza ma il rispetto degli accordi!

Nella riunione quotidiana fare sempre il bilancio della giornata per ogni ospite e riservare un congruo spazio di tempo in una riunione a fine settimana per l'assegnazione della paga dei premi e dei benefit personali.

Quando dei comportamenti sottoposti a *token* entrano a far parte abitualmente del repertorio comportamentale degli ospiti vanno tolti e sostituiti con altri.

N.B. esistono diversi gradi possibili di *token* da un primo grado gestito completamente dall'educatore che definisce comportamenti e premi ad un ultimo grado gestito interamente dagli ospiti sia a livello di gruppo che a livello individuale.

Punto 4

Delineare un percorso che specifichi il grado delle "libertà" e dei benefici che i ragazzi possono godere facendo in modo che sia chiara una progressione legata agli aspetti del comportamento nella vita quotidiana. Partire da un basso livello di benefici e "libertà" al momento dell'entrata e gradualmente prevederne un aumento.

Le verifiche del progetto sono effettuate mediante la risomministrazione degli strumenti valutativi utilizzati in entrata ogni 4 mesi.

A seguito del risultato di tali valutazioni l'equipe potrà apportare modifiche al progetto o definire il progetto di dimissioni con attenzione agli aspetti di continuità assistenziale ed esplicitazione degli obiettivi raggiunti e non raggiunti.

Nel completamento di un atto riabilitativo il progetto di dimissioni ha una valenza strategica fondamentale, in quanto garantisce la continuità e la reale ricaduta dell'intervento riabilitativo stesso sulla vita della persona sia per gli aspetti di continuità assistenziale che per quelli di *follow-up* e controllo dell'efficacia dell'intervento.

Pertanto anche il momento delle dimissioni è attentamente programmato, sia nel caso che il bambino rientri nell'ambito familiare, sia nel caso che venga trasferito in altra struttura.

COMUNITÀ DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE “LA CRISALIDE”

La Comunità di Riabilitazione Psicosociale (C.R.P.), sita in Tortona, è progettata per offrire agli ospiti un ambiente idoneo al reinserimento nel tessuto sociale, con attività di gruppo, e una residenzialità “aperta”.

Le prestazioni erogate completano l’*iter* riabilitativo di tipo clinico-intensivo e sono rivolte a pazienti psichiatrici di entrambi i sessi, adolescenti e giovani adulti, in fase di scompenso clinico, che non presentano disabilità gravi e/o di tipo cronico e che si prevede siano presto reinseriti nel territorio.

Servizi alberghieri offerti: cucina autonoma, salone da pranzo, camere a due letti dotate di servizi igienici, lavanderia.

Obiettivi e metodo di lavoro

L’obiettivo riabilitativo primario è la promozione del migliore livello di autonomia individuale possibile, tenuto conto del quadro clinico di riferimento, da attuarsi attraverso un progetto riabilitativo centrato sull’utente, che si integra con il progetto riabilitativo generale della struttura ospitante.

Il metodo di lavoro seguito è in linea con le evidenze clinico-scientifiche della psicologia di comunità; tale metodo viene periodicamente aggiornato, sulla base dei risultati che emergono dalla letteratura di riferimento. Esso si articola in programmi di autodeterminazione, di sviluppo dell’autonomia esterna, di potenziamento delle capacità sociorelazionali, di supporto e indirizzo alle attività di studio, di sviluppo delle competenze scolastiche e/o lavorative.

È stato attivato un laboratorio pedagogico, finalizzato al mantenimento delle conoscenze scolastiche e all’approfondimento di specifiche aree curriculari. Altri laboratori (di ceramica, di falegnameria, di meccanica, di cucito, di informatica, di ortofloricoltura in serra) sono stati istituiti per il potenziamento delle capacità manuali e fini-motorie.

Vengono inoltre attuati interventi di *parent-training*, per condividere con i genitori dei giovani utenti i progetti riabilitativi e per confrontarsi con i genitori stessi sulle metodiche relazionali adeguate.

È incoraggiata l’attività fisica (calcio, pallavolo, passeggiate in campagna) e sono proposte attività ricreative a sfondo culturale (cinema, teatro, visite guidate) e ludiche (giochi “di società”, giochi all’aperto, *videogames*).

Un medico dietologo elabora tabelle dietetiche personalizzate.

Progetto riabilitativo individuale

Esso è conseguente alla formulazione delle diagnosi clinica e funzionale e prevede interventi di psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, terapia farmacologia (quando necessita), riabilitazione neuropsicologica, logopedica, fisioterapia, supporto alla famiglia. Il progetto è flessibile, strutturato in base alle specifiche esigenze del paziente, tiene conto delle sue richieste ed è comunque attuato in piena collaborazione con l'ASL di provenienza dell'ospite.

COMUNITÀ DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE “LA FOGLIATA”

La Comunità di Riabilitazione Psicosociale “La Fogliata” nasce dall'esigenza di rispondere ai bisogni emergenti da parte della nostra società di strutture comunitarie per minori, affetti dall'ampio spettro di patologie che si identificano sotto la dicitura di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico o disordini pervasivi dello sviluppo (PDD o *pervasive developmental disorders*).

Mentre appaiono divenire più frequenti comunità per giovani adulti, la fascia di età critica dell'adolescenza, che prevederebbe il pieno raggiungimento delle autonomie sociali più avanzate, non trova sempre risposte appropriate sul territorio soprattutto se rimangono preponderanti, anche dopo intenso programma riabilitativo di tipo sanitario, le problematiche comportamentali-emotive e di adattamento sociale tipiche della patologia, unite alla necessità di intervento farmacologico costante.

L'esigenza di luoghi idonei a “prendersi cura” della tipologia di pazienti suddetta con la finalità di promuovere il miglior livello di autonomia e adattamento socio-ambientale possibile è il motivo della nascita della CRP “La Fogliata”.

“La Fogliata” è una comunità socio-sanitaria residenziale per minori, con una ricettività di 10 posti letto, ed è sita in Casalnoceto (AL), Piazza Martiri della Libertà, 22.

Il “Centro Paolo VI”, ente gestore della comunità, è proprietario dell'immobile dove essa è ubicata.

Utenza

La comunità ospita preadolescenti e adolescenti affetti da sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico in fase di decorso clinico compensato, per i quali la finalità riabilitativa generale è la promozione del miglior livello di

autonomia e di adattamento socio ambientale possibile, nel rispetto del quadro clinico di riferimento, da attuarsi con un progetto personalizzato individuale che si integra con il più complesso progetto riabilitativo di struttura e si basa sui principi della riabilitazione psicosociale e della terapia istituzionale.

Gli interventi riabilitativi e i programmi psico-educativi di seguito esposti hanno come fine ultimo il miglioramento della qualità della vita, l'innalzamento del funzionamento individuale e del comportamento adattivo all'ambiente familiare e comunitario attraverso la riduzione e possibilmente l'estinzione degli aspetti comportamentali problematici che spesso caratterizzano gli utenti affetti da sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico.

Le attività riabilitative specificate comprendono:

1. Programma di comunicazione ambientale e di CAA

Intervento di tipo sistemico ed individuale che attraverso l'utilizzo di pittogrammi e icone tratti da vari programmi (PECS, CAA...) mira a sviluppare l'intenzionalità comunicativa e modalità di comunicazione non verbali e verbali.

2. Trattamento psicoeducativo individuale

Programma individuale educativo strutturato secondo il modello del programma TEACCH per lo sviluppo del miglior grado di autonomia possibile nella vita personale e sociale.

3. Trattamento psicoeducativo di gruppo (ambiente e attività settimanali)

Programma di gruppo basato sul modello del programma TEACCH per la strutturazione dell'ambiente di vita dei ragazzi con oggetti d'arredo e materiali idonei e la strutturazione delle attività settimanali.

4. Programma di autonomie di base

L'obiettivo è il consolidamento delle autonomie di base già precedentemente raggiunte e lo sviluppo di quelle eventualmente non ancora automatizzate.

5. Attività risocializzanti all'esterno (riabilitazione psicosociale – arricchimento esperienziale)

E' un trattamento educativo che prevede uscite secondo un calendario prestabilito in ambienti socializzanti: grandi magazzini, bar, ecc... o in ambienti dove sperimentare comportamenti sociali e sviluppo della comunicazione adeguati.

6. Frequenza scolastica

Accompagnamento e supporto delle attività scolastiche per i ragazzi che ancora frequentano la scuola dell'obbligo.

7. Economia domestica

Attività di tipo occupazionale che permette lo sviluppo di minime competenze in abilità di autonomia domestica dell'ambiente di vita.

8. Attività ludico-riabilitativa

Si basa sull'utilizzo del gioco come strumento di implementazione e/o di mantenimento di più abilità oltre che di sviluppo delle capacità relazionali.

9. Attività musicale per rilassamento e produzione spontanea libera**10. Attività motoria in palestra**

Attività di piccolo gruppo strutturata con le finalità di potenziamento delle abilità grosso, fino-motorie e di equilibrio e come momento di possibile scarica motoria.

11. Laboratorio creativo e di attività plurisensoriali

Attività che si svolge prevalentemente con l'utilizzo di materiali pittorici e di manipolazione (creta o similari) per ottenere piccoli manufatti, con lo scopo di incrementare le abilità prassiche e fino-motorie e permettere l'espressione artistico-creativa dei ragazzi.

12. Piscina (attività motoria in acqua)

Attività che si svolge presso la piscina terapeutica del "Centro Paolo VI".

13. Palestra aperta

La CRP "La Fogliata" può avvalersi inoltre, quando ritenuto opportuno per il singolo ragazzo, delle seguenti attività riabilitative specifiche presso il "Centro Paolo VI":

- Fisioterapia
- Attività occupazionale
- Logopedia
- Musicoterapia

RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE (RAF) DI TIPO B

Le RAF di tipo B sono strutture nelle quali viene offerta un'attività sociosanitaria di tipo estensivo, con un progetto individuale che si prefigge di raggiungere il massimo grado possibile in termini di qualità della vita degli ospiti e di mantenere le competenze acquisite. A questi nuclei afferiscono utenti adulti, con disabilità psichiche di grado medio e grave.

Modalità di presa in carico

L'invio in RAF avviene a seguito di proposta da parte dagli operatori degli enti assistenziali.

Obiettivi e metodo di lavoro

Ci si prefigge di garantire il benessere psicofisico dell'ospite e di valorizzarne le abilità residue, al fine di favorirne la successiva integrazione nella rete di opportunità e nelle strutture di accoglienza del territorio.

La metodologia dell'intervento si caratterizza per un approccio multidisciplinare integrato, che si concretizza in un progetto individuale coordinato dal medico responsabile. Per ogni utente viene steso un piano educativo e assistenziale individuale (PEI). L'attenzione verso l'ospite spazia dagli interventi di base, relativi all'igiene personale e ambientale, all'offerta di attività individuali e di gruppo, di tipo espressivo, occupazionale e ricreativo. Quando necessario vengono attivati specifici percorsi riabilitativi, soprattutto di tipo fisioterapico. Inoltre la comunità della residenza si attiva per il mantenimento e il potenziamento dei legami affettivi, familiari e sociali.

Alle famiglie degli utenti viene proposto un “Questionario di Gradimento del Servizio”, ai fini di valutare il livello di soddisfazione relativamente ai servizi offerti.

Procedure di verifica

La programmazione dell'attività prevede verifiche periodiche e riunioni settimanali d'*équipe*, riguardanti la clinica, la progettazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi, e i processi di comunicazione fra tutti i membri della residenza.

Risorse organizzative

E' presente un'*équipe* formata da Coordinatore di Struttura, Medico responsabile, Medico di Medicina Generale, Psicologo, Educatori, Terapisti della Riabilitazione e Operatori Socio-Sanitari.

Vengono organizzate attività espressive e occupazionali, ricreative, laboratoristiche, ginniche e nuoto in piscina.

VILLA MEARDI
Struttura Residenziale, Semiresidenziale e Ambulatoriale
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
di tipo terapeutico-riabilitativo

L'organizzazione prevede tre Nuclei Residenziali per un totale di 19 posti letto, un Centro Diurno per un totale di 20 ospiti e Attività Ambulatoriale attualmente configurata in regime di solvenza.

L'utenza è costituita da giovani di età variante fra i 10 e i 17 anni, che presentano:

- Problematiche psicopatologiche, anche in fase di stabilizzazione.
- Riacutizzazioni o recidive di quadri psicopatologici, che richiedono tempi protratti d'intervento.
- Prosecuzione dell'intervento terapeutico-riabilitativo, in seguito a trasferimento da unità operativa di riabilitazione specialistica, per la continuazione del progetto riabilitativo individualizzato.

Sono da considerarsi diagnosi elettive per l'ammissione:

- Disturbi della condotta e della sfera emozionale.
- Disturbi di personalità.
- Sindromi post-traumatiche da stress (maltrattamenti ed abusi).
- Disturbi affettivi.

È da considerarsi criterio d'esclusione la presenza di:

- Sindromi da dipendenza ed abuso di sostanze stupefacenti.
- Disturbi del comportamento alimentare.
- Ritardo mentale di grado medio e di grado grave.

Obiettivi

Il "Centro Paolo VI" opera da anni in una zona al confine fra Piemonte e Lombardia, nell'ambito della riabilitazione e della presa in carico terapeutica di problematiche psicopatologiche, che vanno dall'autismo alle psicosi infantili, ai disturbi di personalità.

Questi anni hanno visto la collaborazione del "Centro Paolo VI" con diverse strutture territoriali della Lombardia, soprattutto della provincia di Pavia.

Tale collaborazione e l'esperienza clinica accumulata hanno portato alla constatazione che, per affrontare adeguatamente la psicoterapia, servono molteplici-

ci risorse, che spaziano fino alla necessità di accogliere gli utenti in regime di residenzialità, regime che si impone sia per le problematiche cliniche che per esigenze dovute a difficoltà familiari.

Si avverte poi l'utilità di disporre di strutture a carattere semiresidenziale, per accogliere pazienti con gravi difficoltà psicopatologiche come l'autismo, che richiedono un intenso lavoro riabilitativo.

Queste considerazioni, oltre all'esperienza acquisita “sul campo”, sono confermate dalle linee d'indirizzo regionale per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, per il periodo 2007-2009.

Offerta terapeutico-riabilitativa

Comprende i seguenti trattamenti:

- Psicoterapia individuale e di gruppo.
- Colloqui psicologici di sostegno.
- *Counseling* familiare.
- Riabilitazione cognitiva.
- Riabilitazione neuropsicologica.
- Riabilitazione neuropsicomotoria.
- Logoterapia.

Accanto ai trattamenti sopraelencati saranno fornite le seguenti prestazioni:

- Terapia ambientale.
- *Training* per le autonomie di base e sociorelazionali.
- Attività motoria e ludico-ricreativa.
- Laboratori di attività occupazionale e prelaborativa.
- Laboratorio di attività espressiva.
- Laboratorio pedagogico per i compiti scolastici e le attività di studio.
- Possibilità di esperienze di socializzazione.

Attività Residenziale

Gli utenti in regime residenziale frequenteranno la scuola pubblica del territorio, con la quale si stipulerà un protocollo d'intesa, che avrà come contenuto la definizione delle procedure di inserimento, di programmazione didattica e di monitoraggio. Se la frequenza scolastica sarà resa difficile dalle condizioni cliniche

del paziente, il Centro si farà carico degli aspetti didattici. Si farà in modo che siano seguiti i programmi propri della classe scolastica d'appartenenza dell'alunno e si valuterà l'opportunità di periodiche verifiche con i docenti di riferimento.

Modalità di accesso e di presa in carico

L'ammissione degli ospiti in degenza residenziale è quella attualmente in vigore presso il "Centro Paolo VI", che prevede l'invio da parte del medico, specialista in neuropsichiatria infantile, dell'ASL di residenza.

Verranno stabiliti con i servizi invianti e con la neuropsichiatria infantile della "Clinica Neurologica C. Mondino" di Pavia gli strumenti per valutare gli esiti della presa in carico, per ridurre i tempi di permanenza ed esaminare la possibilità di un eventuale passaggio alla presa in carico semiresidenziale o ambulatoriale.

Attività Semiresidenziale

Il centro diurno è una struttura al cui interno si organizzano interventi terapeutici, di sostegno educativo e scolastico e laboratori di attività espressive.

Può prendere in carico 20 bambini e adolescenti, con le seguenti problematiche psicopatologiche, che esigono una gestione più complessa rispetto al trattamento ambulatoriale:

- Disordini dello "spettro" autistico.
- Psicosi dell'infanzia, dell'adolescenza e sindromi correlate.
- Disturbi della condotta e della sfera emozionale.
- Disturbi della personalità.
- Disturbi affettivi.
- Sindromi post-traumatiche da stress (ad es., da maltrattamenti e abusi).
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione.

È da considerarsi criterio di esclusione la presenza di un quadro di tossicodipendenza o di un disturbo del comportamento alimentare.

L'offerta terapeutico-riabilitativa si articola come segue:

- Psicoterapia individuale e di gruppo.
- Colloqui psicologici di sostegno.
- *Counseling* familiare.
- Riabilitazione cognitiva.
- Riabilitazione neuropsicologica.
- Riabilitazione neuropsicomotoria.
- Logoterapia.

La degenza diurna comprende anche attività che aiutino i ragazzi ad utilizzare le competenze cognitive e metacognitive in più ambiti, affinché siano stimolate le loro potenzialità creative; prevede inoltre il sostegno psicopedagogico per l'apprendimento scolastico. Le attività ora citate vengono svolte nei locali a pianoterra, individuabili nella planimetria allegata.

Entrerà in funzione un laboratorio di “teatro di figura”, gestito da personale con una specifica formazione. Questo laboratorio, pur essendo ubicato negli stessi locali a cui afferiscono i pazienti residenziali, sarà frequentato nelle mattinate e in due pomeriggi la settimana, quando i locali sono liberi.

Il centro diurno sarà operativo dalle ore 8.30 alle ore 17.30, dal lunedì al venerdì.

Sarà organizzato per moduli: 4 moduli di 5 utenti ciascuno; ogni modulo avrà un educatore di riferimento.

Ciascun utente frequenterà il Centro per 5 ore al giorno e potrà eventualmente usufruire di un prolungamento della permanenza.

Modalità di accesso e di presa in carico

La procedura di ammissione passa esclusivamente attraverso l'invio da parte dell' *équipe* territoriale.

La presa in carico sarà di tipo flessibile, al fine di salvaguardare i bisogni e le priorità dell'utente. La presenza al Centro diurno potrà variare, in funzione delle necessità, da una frequenza per tutto l'arco della settimana, in una fase iniziale, a una o due giornate in una fase avanzata del progetto. Si prevede il coinvolgimento diretto del paziente e della famiglia, oltre a quello del servizio sociale. Il programma terapeutico e il monitoraggio saranno condivisi con i servizi invianti.

Attività Ambulatoriale

- Psicoterapia.
- Riabilitazione cognitiva.
- Riabilitazione neuropsicologica.
- Riabilitazione neuropsicomotoria.
- Logopedia.
- Musicoterapia.
- Supporto psicopedagogico.

UNITÀ SEMIRESIDENZIALE

Il servizio si rivolge a soggetti disabili con compromissioni funzionali e/o psichiche e necessità di assistenza specifica. E' una struttura diurna aperta dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00 volta a favorire e sostenere sia lo sviluppo della persona disabile nelle autonomie acquisite e potenziali, sia la sua integrazione sociale in collaborazione con la famiglia dell'ospite ed i servizi territoriali specialistici.

La struttura attualmente è organizzata per accogliere 10 ospiti. Il centro è predisposto a svolgere funzioni psico-educative, di cura e di riabilitazione attraverso un approccio multidisciplinare; l'équipe è formata da uno specialista in neuropsichiatria infantile, da uno psicologo-psicoterapeuta e da due educatori professionali che si avvalgono della collaborazione di terapisti (fisioterapia, terapia occupazionale, neuropsicomotricità, musicoterapia, logopedia). Si pone attenzione particolare alla relazione del soggetto con l'altro e con l'ambiente che lo circonda nel tentativo di ascoltare e supportare anche i nuclei familiari che vivono in primis le problematiche educative di gestione di un figlio con disabilità grave.

Il gruppo attualmente accoglie un'utenza eterogenea (disturbi dello spettro autistico, disturbi psichici, *handicap* fisico, problemi neurologici), per cui si cerca di organizzare il programma settimanale al fine di dare una risposta adeguata a tutti i bisogni degli ospiti, che vanno dall'assistenza di base all'acquisizione delle autonomie, per garantire ad ognuno la migliore qualità di vita possibile.

Il lavoro viene svolto attraverso la costruzione e l'applicazione di progetti di intervento sia individuali che di gruppo al fine di sviluppare le varie autonomie, le abilità socio-relazionali e, per chi è possibile, anche valutare la possibilità di un'integrazione lavorativa.

I progetti riabilitativi vengono discussi nell'équipe clinica settimanale, verificati con cadenza semestrale e condivisi con i terapisti.

Al fine di ottimizzare al massimo l'intervento, l'équipe mantiene contatti anche con le varie scuole frequentate dagli ospiti.

La programmazione e gestione degli interventi può quindi essere schematizzata in quattro fasi:

- Individuazione dei bisogni generali dell'ospite
- Definizione del progetto e delle attività sulla base dei bisogni individuali e delle potenzialità
- Definizione degli obiettivi educativo-riabilitativi
- Verifica

La stesura del progetto pone particolare attenzione agli stili di relazione intesi come strumenti educativi e alle attività di lavoro e di gruppo in funzione dei bisogni degli ospiti.

Si fornisce in questo modo un ambiente ludico, di esplorazione e di relazione con l'adulto di tipo affettivo, emotivo e di guida.

Per soddisfare le esigenze e le capacità dei singoli vengono proposte le seguenti attività:

- **Autonomie di base:** igiene personale e autonomie a tavola.
- **Autonomie avanzate:** cura degli spazi e degli ambienti di vita.
- **Laboratorio di cucina**
- **Laboratorio creativo:** disegnare, colorare, utilizzare tecniche diverse per la realizzazione di semplici lavoretti.
- **Attività ludico-espressiva:** semplici giochi, puzzle, giochi didattici al computer.
- **Laboratorio cognitivo:** mantenimento e implementazione delle abilità residue, orologio, monetizzazione.
- **Autonomia esterna**
- **Trattamenti esterni:** terapia psicoeducativa, neuropsicomotricità, logopedia, musicoterapia, terapia occupazionale, fisioterapia in acqua e in stanza.

SERVIZI AMBULATORIALI

SERVIZIO DI FISIATRIA E FISIOTERAPIA

Il servizio offre le seguenti prestazioni:

- visita specialistica fisiatrica
- fisioterapia individuale e a piccoli gruppi, in stanza e in palestra
- rieducazione neuromotoria in stanza e in palestra
- idrochinesiterapia in piscina
- idromassaggio terapeutico in vasca
- massoterapia infantile
- terapia occupazionale in stanza e in laboratorio.
- terapia fisica (TENS, ionoforesi, ultrasuono a massaggio, tecarterapia, magnetoterapia, laserterapia, radarterapia)

Sono oggetto di trattamento i seguenti quadri patologici:

Età evolutiva

- patologie neuromuscolari, riconducibili al sistema nervoso centrale: paralisi infantili; traumi cranici
- patologie neuromuscolari, riconducibili al sistema nervoso periferico: stiramenti; lesioni congenite e acquisite
- patologie acquisite, a seguito di interventi chirurgici
- sindromi da alterazioni genetiche
- patologie ortopediche e traumatologiche
- patologie di interesse reumatologico: artrite reumatoide giovanile
- sclerosi sistemica progressiva
- patologie autoimmuni, con interessamento articolare
- patologie internistiche e tumorali di interesse riabilitativo.

Età adulta

- patologie neurologiche: esiti di ictus; esiti di poliomielite
- para e tetraplegia
- esiti di traumi cranici
- sclerosi multipla
- patologie reumatologiche
- patologie traumatologiche e ortopediche di interesse riabilitativo
- patologie internistiche di interesse riabilitativo.

SERVIZIO DI FONIATRIA E LOGOPEDIA

Il servizio offre trattamenti riabilitativi per:

- disturbi della voce (da esiti di interventi chirurgici parziali o totali sulla laringe, con relativi ausili protesici; da cause legate all'esercizio di una professione)
- disturbi della pronuncia da cause organiche riguardanti il tratto vocale
- disturbi della fluenza (in particolare, balbuzie)
- alterazione della deglutizione in tutte le fasce d'età e di qualsiasi origine
- disturbi neurologici centrali di tipo afasico e disarttrico
- ritardi di acquisizione del linguaggio ("essenziale" o di tipo oligofrenico)
- disturbi neurosensoriali (in particolare, sordità).

SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA E RIABILITAZIONE COGNITIVA

Si occupa della diagnosi e della riabilitazione dei disturbi neuropsicologici e delle carenze cognitive e metacognitive, sia congenite per patologie dello sviluppo, sia acquisite in conseguenza di patologie che interessano il *sistema nervoso centrale*.

Sono oggetto di intervento riabilitativo da parte del servizio le seguenti forme di disagio o patologia.

Età evolutiva (bambini ed adolescenti):

- disturbi dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia) e da iperattività/disattenzione;
- ritardo di sviluppo cognitivo (per patologia congenita o per alterazioni nella crescita);
- disturbi dell'acquisizione del linguaggio;
- deficit metacognitivi o del controllo sul comportamento;
- disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico (ad alto o basso funzionamento).

Età evolutiva ed adulti o anziani:

- esiti di lesioni traumatiche dell'encefalo (in particolare amnesia post-traumatica, sindromi frontali/disesecutive e manifestazioni cliniche correlate);
- disturbi delle funzioni mnestiche;
- esiti da ictus o altre lesioni vascolari, tumori cerebrali, patologie degenerative (es. Parkinson, sclerosi multipla);
- deterioramento cognitivo e demenza;
- disturbi visuo-percettivi (agnosie; negligenza spaziale);
- disturbi della localizzazione e della consapevolezza corporea;
- disturbi prassici (prassico-ideativo; prassico-ideomotorio; prassico-costruttivo);
- disturbi attentivi (rallentamento attentivo; disturbi post-traumatici dell'attenzione).

Il servizio eroga le seguenti prestazioni:

- valutazione funzionale multi-area mediante batterie testistiche standardizzate e strumenti ad hoc;
- lavoro di équipe con lo specialista medico e con i terapisti della riabilitazione;

- consulenza nella diagnosi differenziale;
- strumenti di valutazione computerizzata per la funzione attentiva;
- potenziamento cognitivo in trattamento individuale;
- riabilitazione in piccolo gruppo, in specifico per la funzionalità attentivo-esecutiva (“risveglio cognitivo”);
- programmi integrati di riabilitazione specifica per i disturbi dell’apprendimento;
- programmi di riabilitazione specifica per i deficit dello spettro autistico ad alto funzionamento;
- programmi di riabilitazione specifica per il soggetto traumatizzato cranico;
- laboratorio di Virtual Reality per la riabilitazione delle funzioni esecutive;
- *counseling* delle famiglie e supervisione degli insegnanti scolastici;
- valutazione finalizzata a questioni di natura medico-legale (es. misura delle capacità cognitive per la guida, accertamenti nell’ambito di pratiche per infortuni e invalidità, perizie);
- *counseling* e psicodiagnostica forense (expertise qualificata per casi di tutela minorile, inoltre per valutazione degli esiti del danno funzionale e neuropsicologico da trauma di varia natura).

SERVIZI ED INTERVENTI A CARATTERE PSICOLOGICO E PSICOTERAPICO

Il *servizio ambulatoriale* offre prestazioni a carattere psicologico e psicoterapico. I servizi erogati sono finalizzati alla valutazione, alla diagnosi, alla terapia dei principali disturbi psicopatologici, alla prevenzione e all’intervento sul disagio. È attivo sia per gli utenti residenziali sia per quelli ambulatoriali ed è rivolto a bambini ed adolescenti (età evolutiva), all’adulto e alle famiglie. Gli operatori sono psicologi e psicoterapeuti.

Il servizio si occupa di valutazione, prevenzione ed intervento relativamente ai seguenti disturbi clinico-psicopatologici e alle seguenti problematiche:

- disturbi d’ansia
- disturbi d’attacco di panico
- disturbi ossessivi
- disturbi ossessivo-compulsivi
- fobia scolare
- depressione
- disturbi di personalità e disturbi del comportamento
- disturbi del comportamento associati a disabilità cognitiva
- disturbi psicopatologici associati a disabilità

- enuresi
- abuso
- sindrome post-traumatica da stress
- stress e disturbi correlati
- problematiche relazionali
- difficoltà e disagio intra-famigliare.

Interventi offerti all'interno del servizio:

- valutazioni psicodiagnostiche
- psicoterapia ad orientamento psicodinamico
- psicoterapia ad orientamento cognitivo
- psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale
- psicoterapia comportamentale
- psicoterapia integrata
- EMDR
- psicoterapia di gruppo
- valutazioni psicologiche
- sostegno psicologico individuale
- *counseling* individuale
- *counseling* familiare
- *parent-training* ed interventi psicoeducativi rivolti alle famiglie
- consulenze relative alla valutazione e alla prevenzione del disagio
- valutazione e prevenzione dello stress e dei disturbi correlati.

SERVIZIO DI NEUROPSICOMOTRICITÀ

Il servizio si occupa della riabilitazione di pazienti in età evolutiva, che risentono delle seguenti patologie:

- ritardi psicomotori, eventualmente associati a patologia organica
- disturbi psicomotori globali (inibizione psicomotoria, impaccio motorio, instabilità psicomotoria, disabilità psicomotoria)
- disturbi psicomotori specifici (displasia, disprassia, disturbi dell'organizzazione spazio-temporale, della lateralità, della presa di coscienza del proprio corpo, disturbi tonico-motori)
- disturbi del comportamento e della relazione (disarmonie evolutive, patologie relazionali secondarie ad altri eventi di rilevanza clinica, psicosi, autismo).
- malattie croniche invalidanti (artrite cronica giovanile)

Vengono fornite le prestazioni qui sotto elencate:

- psicomotricità individuale in stanza
- psicomotricità individuale in piscina
- terapia di rilassamento individuale e di gruppo
- gruppi di drammatizzazione

SERVIZIO DI MUSICOTERAPIA

Il servizio offre le seguenti prestazioni:

- Trattamenti musicoterapici individuali e di gruppo ad indirizzo relazionale
- Trattamenti musicoterapici individuali e di gruppo ad indirizzo cognitivo
- Trattamenti musicoterapici di gruppo ad indirizzo socializzante ed integrativo

SERVIZIO PSICOEDUCATIVO

Offre trattamenti orientati per soggetti con sindrome dello spettro autistico e disturbi generalizzati dello sviluppo attraverso l'utilizzo del metodo TEACCH e di altri strumenti specifici.

PISCINA RIABILITATIVA

Il "Centro Paolo VI" dispone di un moderno apparato per idrochinesiterapia che consta di una piscina riabilitativa (vasca grande) e di una vasca piccola

La vasca grande dispone di uno scivolo per ingresso di pazienti in carrozzina e di un corrimano lungo l'intero perimetro. La profondità dell'acqua è di 110 cm su tutto l'ambito e la sua temperatura è mantenuta costantemente a 34 gradi centigradi. L'acqua è inoltre sottoposta a controllo costante dei parametri chimici (pH e concentrazione di cloro).

La vasca piccola (di dimensioni più contenute) è adatta per il trattamento di pazienti al di sotto dei sei anni.

I terapeuti che operano in piscina possiedono il brevetto di "assistente bagnanti". La piscina riabilitativa viene utilizzata per trattamenti di fisioterapia e di neuropsicomotricità individuale e di gruppo.

SCUOLA PRIMARIA “PAOLO VI”

La Scuola Primaria “Paolo VI” di Casalnoceto accoglie alunni con differenti disabilità, suddivisi in gruppi-classe definiti sulla base di criteri di compatibilità, competenze, progetto educativo, assegnati ciascuno ad un insegnante. L’integrazione da sempre costituisce per la scuola un vincolo educativo e un processo che si fonda sul confronto e sull’interazione; tale dinamica si attua nel coinvolgimento responsabile di tutti gli operatori coinvolti nella predisposizione di un servizio attento ai bisogni della persona diversamente abile. La legge-quadro sull’ handicap (L.104/92) e i principi sanciti dall’O.M.S. concorrono chiaramente ad indicare che la scuola deve mirare alla realizzazione del “progetto di vita” dell’alunno con disabilità mediante azioni indirizzate ad agevolarne l’inserimento nella società e l’attiva partecipazione alla vita sociale. L’integrazione scolastica, per la costruzione del progetto di vita della persona con disabilità, si realizza attraverso l’azione congiunta e sinergica di una pluralità di figure professionali che operano, secondo le proprie competenze, partecipando a gruppi di lavoro e con la condivisione continua e attiva delle famiglie. La Scuola Primaria “Paolo VI”, per realizzare il progetto educativo dell’alunno diversamente abile, si avvale della collaborazione di specialisti che operano all’interno del “Centro di Riabilitazione” e cooperano attivamente alla stesura del piano educativo individualizzato (PEI).

SISTEMA QUALITÀ

La qualità è una componente irrinunciabile dell’attività di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie del “Centro Paolo VI”.

La direzione del “Centro Paolo VI” ha sviluppato quale strumento gestionale un sistema di gestione per la qualità conforme alla norma **UNI EN ISO 9001:2008**. Nel 2010 è stata conseguita la prima certificazione del sistema qualità del Centro ad opera dell’Ente Certificatore “Bureau Veritas”.

L’adozione del sistema di gestione per la qualità, coerentemente con i principi, con la missione e le politiche generali del Centro, consente, al fine di raggiungere e mantenere precisi parametri qualitativi rispondenti alle esigenze dei propri ospiti, di misurare e monitorare in modo oggettivo le varie attività condotte.

Gli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere in quest’ambito sono i seguenti:

- proseguire il miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati;
- verificare costantemente la coerenza dell'attività sanitaria riabilitativa al progetto di struttura e ai principi di efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure;
- operare in conformità a tutte le disposizioni legislative vigenti che riguardano la struttura garantendo la massima trasparenza di ogni atto;
- garantire la massima sicurezza ad ospiti, utenti e operatori;
- valorizzare e responsabilizzare i collaboratori;
- diffondere tra gli operatori una cultura della qualità, secondo logiche di efficacia ed efficienza;
- curare attentamente la formazione e l'aggiornamento del personale per ottenere un elevato grado di competenza, motivazione, partecipazione e coinvolgimento;

Presso il "Centro Paolo VI" sono individuati un Rappresentante per la Direzione e un Responsabile Gestione Qualità che, in collaborazione con le diverse funzioni dell'ente, garantiscono lo sviluppo del sistema qualità, verificandone periodicamente l'applicazione ed il mantenimento.

Salute e sicurezza sul lavoro

Il "Centro Paolo VI" considera la salute e la sicurezza nei propri luoghi di lavoro come parte integrante della gestione dell'ente.

La responsabilità della gestione della sicurezza sul lavoro riguarda l'intera organizzazione, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze.

A tal fine il Centro Paolo VI si riferisce ai seguenti principi ispiratori:

- il rispetto della legislazione;
- il miglioramento continuo e la prevenzione;
- la dotazione di risorse umane e strumentali necessarie;
- la sensibilizzazione e la formazione del personale per svolgere i propri compiti in sicurezza e per assumere le proprie responsabilità in materia di sicurezza sul lavoro;
- il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- la definizione e la diffusione all'interno dell'ente degli obiettivi di sicurezza sul lavoro e dei relativi programmi di attuazione.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, interno al "Centro Paolo VI", è organizzato come indicato dall'Art. 31, comma 6, lettera g) e comma 7 del D.Lgs 81/08. Nell'ambito delle sue competenze il Servizio di Prevenzione e Protezione, inter-

viene costantemente nell’applicazione dei disposti normativi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e nello sviluppo delle attività allo stesso correlate, nell’ottica di fornire un contributo concreto alla cultura della sicurezza.

ATTIVITÀ FORMATIVA

Il “Centro Paolo VI” è costantemente impegnato in attività di formazione del personale. L’obiettivo perseguito è una formazione ispirata all’etica cristiana, in una prospettiva che coniughi la qualità dei contenuti tecnico-scientifici e l’attenzione alla relazione interpersonale e alle istanze più profonde della persona.

L’offerta formativa per i dipendenti del “Centro Paolo VI” è necessaria per favorire in loro lo sviluppo della consapevolezza della centralità dell’utente, in un’ottica che spazi dalla persona all’ambiente sociale e culturale in cui è inserita.

Il personale sanitario partecipa in modo assiduo ai momenti formativi, per perfezionare le competenze necessarie alla cura dei pazienti.

Il “Centro Paolo VI” è provider ECM

Nel pianificare la formazione annuale, si dedica particolare attenzione a:

- corsi di formazione di pronto intervento (BLS);
- corsi di formazione per emergenza incendi;
- corsi per l’igiene degli alimenti;
- attività di supervisione, per migliorare le relazioni interpersonali con gli utenti;
- corsi sui rischi specifici legati alla mansione svolta, tenuti in occasione:
 - a) della costituzione del rapporto di lavoro;
 - b) del trasferimento o cambiamento di mansioni;
 - c) dell’introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove sostanze o preparati pericolosi.

Altre iniziative formative sono gestite da agenzie qualificate quali Università, società scientifiche, l’associazione di categoria A.R.I.S., in ambito regionale piemontese e nazionale.

Al fine di agevolare le scelte professionali degli utenti mediante la conoscenza

diretta del mondo del lavoro, sono state stipulate convenzioni nei settori socio-educativo e sociosanitario, nonché della formazione professionale, mettendo a disposizione personale qualificato.

Il “Centro Paolo VI” dispone di un ampio auditorium con 350 posti.

RIVISTA

Dal 1991 il “Centro Paolo VI” pubblica la rivista semestrale “A e R – Abilitazione e Riabilitazione”, diretta dal prof. Pier Luigi Baldi, ordinario di *Psicologia Generale* presso l’Università Cattolica di Milano. Nelle sue tre sezioni, denominate rispettivamente *studi e ricerche*, *esperienze di lavoro*, *informazioni e recensioni*, la rivista si occupa di tematiche relative alle disabilità, con particolare riguardo per la disabilità intellettiva. Oltre ad essere pubblicata in forma cartacea, è diffusa *on-line*.

GESTIONE DATI “SENSIBILI” E TUTELA DELLA *PRIVACY*

La tutela dei dati informatizzati è garantita dalle procedure sotto riportate: I dipendenti e i collaboratori che, all’atto di iniziare il rapporto di lavoro, sono autorizzati a trattare dati “sensibili” dal responsabile del “Centro Paolo VI”, sottoscrivono un documento di presa visione e accettazione dei contenuti del Documento Programmatico sulla Sicurezza e ricevono idonee informazioni in merito. Contestualmente i dipendenti e i collaboratori si dichiarano consapevoli del fatto che la non osservanza delle norme in materia può essere punita a termini di legge.

Ogni dipendente e collaboratore, incaricato del trattamento dei dati “sensibili”, è in possesso di una credenziale con validità trimestrale, che gli consente l’accesso alla rete informatica aziendale e alla cartella clinica informatizzata.

Viene consentito l’accesso ai dati “sensibili” agli operatori che, per mansioni e competenze, hanno la necessità di utilizzarli.

I dati, una volta informatizzati, non sono modificabili; vengono effettuati back-up quotidiani e viene archiviata una copia dei dati mensilmente.

Infermeria

Il "Centro Paolo VI" dispone di un'infermeria attiva 24 ore su 24, con infermiere coordinatore, 12 unità infermieristiche a tempo pieno, di cui 5 infermieri pediatrici.

Laboratorio pedagogico

Il laboratorio pedagogico è rivolto a:

- a) *Giovani che frequentano la scuola dell'obbligo*, i quali vengono seguiti con attività di sostegno, in collaborazione con l'*équipe* medico-psicologica e con gli insegnanti curricolari.
- b) *Giovani in obbligo scolastico, che non possono frequentare la scuola dell'obbligo per motivi di salute*, per i quali è stata attivata la *scuola parentale (o paterna)* in cui:
 1. si seguono i programmi ministeriali;
 2. si prepara l'alunno agli esami di fine anno;
 3. si collabora con gli insegnanti curricolari, con incontri e relazioni mensili sul lavoro svolto.
- c) *Adulti con ritardo mentale*, che, per raggiunti limiti d'età, non frequentano più la scuola, ma che vengono aiutati a conservare gli apprendimenti scolastici acquisiti e le abilità integranti raggiunte.

Servizio religioso

Il "Centro Paolo VI" garantisce la libertà religiosa degli ospiti e delle loro famiglie. Gli ospiti e le rispettive famiglie, che lo desiderano, possono continuare a vivere i valori religiosi, ispirati a una visione cristiana della vita. È attivo un servizio che garantisce, tramite un sacerdote, assistenza spirituale e la possibilità di seguire percorsi di catechesi che portano ad avvicinarsi ai sacramenti (confessione, comunione, cresima) e a vivere con partecipazione i momenti significativi dell'anno liturgico.

Nei giorni prefestivi viene celebrata la Santa Messa.

Laboratori e serre

Sono attive presso il Centro attività laboratoristiche che comprendono la coltivazione di fiori in Serre e la lavorazione della Ceramica.

Associazione genitori

Presso il *Centro* opera con continuità e autonomia un'associazione formata dalle famiglie degli utenti, che rappresenta un importante organo di confronto per

l'istituzione. Essa collabora con la direzione del *Centro*, per realizzare progetti a favore degli assistiti, ad integrazione dell'offerta sanitaria e assistenziale del *Centro* stesso, con una ricaduta positiva sulla qualità della vita degli ospiti.

Volontari

Alcuni servizi del *Centro*, fra cui trasporto scolastico e laboratorio di floricoltura, sono sostenuti dall'attività e dall'impegno di volontari.

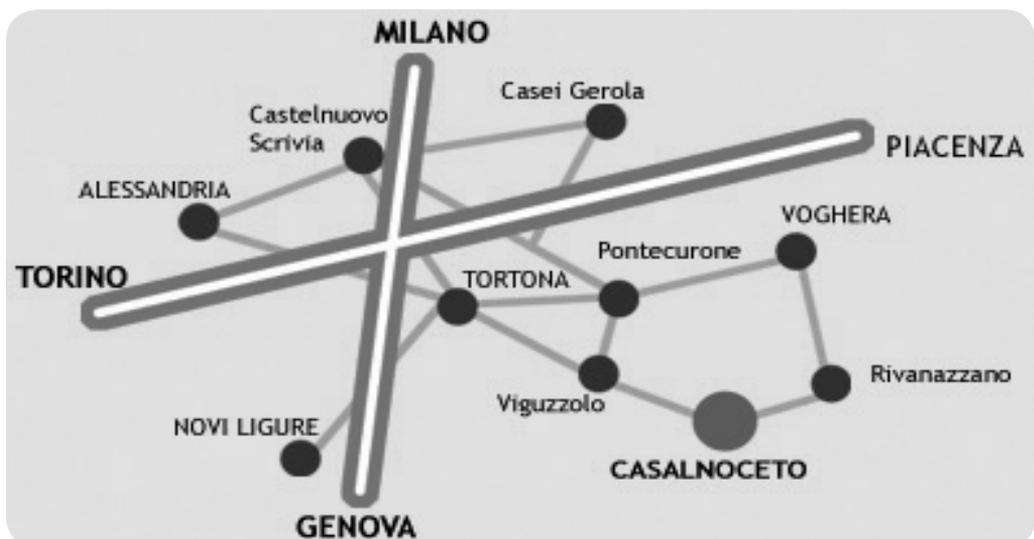
Servizio bar

Dal lunedì al sabato è attivo un servizio bar con ampia sala a disposizione di utenti e visitatori

DOVE SIAMO

Il "Centro Paolo VI" è situato nel Comune di Casalnoceto che ha una popolazione di novecento abitanti e si trova in Provincia di Alessandria. I tre nuclei RAF di tipo B non sono compresi nel corpo centrale della struttura e sono dislocati in una vicina palazzina, a Casalnoceto. La CRP è situata nel centro storico di Tortona (AL).

Villa Meardi si trova a Retorbido (PV), a pochi chilometri da Voghera.



INFORMAZIONI E CONTATTI

Reception

reception@centropaolovi.it - 0131 808111 - 0131 808137

STAFF AMMINISTRATIVO

Direttore Generale

Don Cesare De Paoli - c.depaoli@centropaolovi.it

Segretaria Direzione Generale

Giuliana Lucente - g.lucente@centropaolovi.it - 0131/808140

Responsabile Ufficio Amministrativo

Alessandra Conca - a.conca@centropaolovi.it - 0131/808101

Responsabile Servizio Informatico - Collaboratore Amministrativo

Alessandro Brambilla - a.brambilla@centropaolovi.it - 0131/808121

Responsabile Ufficio Economato - Servizi Tecnici

Mario Marasco - m.marasco@centropaolovi.it - 0131/808138

Responsabile Ufficio Personale

Cesare Quadrelli - c.quadrelli@centropaolovi.it - 0131/808112

Responsabile Servizio Sociale

A.S. Laura Bergognoni - l.bergognoni@centropaolovi.it - 0131/808103

Responsabile Sistema Qualità e Sicurezza

Cristiana Franza - c.franza@centropaolovi.it - 0131/808122

Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

Gian Piero Daglio - g.daglio@centropaolovi.it - 0131/808113

STAFF CLINICO**Direttore Sanitario - Medico Responsabile di Unità**

Dott. Gianluigi De Agostini - *Specialista in Neuropsichiatria Infantile*

g.deagostini@centropaolovi.it

Segretaria Direzione Sanitaria

Cristiana Franza - c.franza@centropaolovi.it - 0131 808122

Medico Responsabile di Unità

Dott. Giovanni Brisone (Comunità Terapeutiche Adolescenti)

Specialista in Neuropsichiatria Infantile

g.brisone@centropaolovi.it - 0131/808134

Medici Specialisti in Neuropsichiatria Infantile

Dott.ssa Anna Maria Gatti (Unità Gravi Cerebropatie)

a.gatti@centropaolovi.it - 0131/808108

Dott.ssa Simona Torrielli (Unità Autismo)

s.torrielli@centropaolovi.it - 0131/808145

Dott.ssa Caterina Bensai (Villa Meardi)

c.bensai@centropaolovi.it - 0383/74357

Dott.ssa Monica Coppi (Comunità Terapeutiche Adolescenti)

m.coppi@centropaolovi.it - 0131/808131

Dott.ssa Caterina Deodato (Villa Meardi)

c.deodato@centropaolovi.it - 0383/74357

Dott.ssa Monica Mascaretti (Comun. Terap. Adolescenti)

m.mascaretti@centropaolovi.it - 0131/808145

Dott.ssa Luisa Piacentini (Villa Meardi)

l.piacentini@centropaolovi.it - 0383/74357

Dott.ssa Marta Testa (CRP La Crisalide)

m.testa@centropaolovi.it - 0131/868532

Altri medici specialisti

Dott. Marco Gilardone Specialista in Foniatria (RAF - B)

m.gilardone@centropaolovi.it - 0131/808132

Medici Specialisti Consulenti

Dott. Emilio Brunati (NPI, Fisiatra)

Dott. Daniele Gerzeli (Fisiatra)

Dott. Renato Mingrone (Cardiologo)

Dott. Gian Piero Vignoli (Dermatologo)

Psicologi e Psicoterapeuti

Prof. Pier Luigi Baldi

Dott. Saverio Bergonzi - s.bergonzi@centropaolovi.it

Dott.ssa Claudia Caracciolo (Villa Meardi)

Dott.ssa Stefania Fusco - s.fusco@centropaolovi.it

Dott. Corrado Lo Priore - c.lopriore@centropaolovi.it

Dott.ssa Alessandra Mazzetti - a.mazzetti@centropaolovi.it

Dott.ssa Valentina Molinelli - v.molinelli@centropaolovi.it

Dott.ssa Paola Orlandi - p.orlandi@centropaolovi.it

Dott.ssa Paola Parola - p.parola@centropaolovi.it

Dott. Maurizio Pilone - m.pilone@centropaolovi.it

Dott.ssa Silvia Rosa (Villa Meardi) - s.rosa@centropaolovi.it

Dott.ssa Laura Zuccotti - l.zuccotti@centropaolovi.it

Infermeria - Coordinatore

IP Patrizia Persani - infermeria@centropaolovi.it 0131/808115

Terapista Coordinatore

FT Maria Teresa Gatti - m.gatti@centropaolovi.it - 0131/808139

Coordinatore di Struttura (RAF- B)

Carmela Serra

Coordinatore di Struttura (CRP La Crisalide)

Marisa Bodratti

STUDI E RICERCHE

**UOMINI E LUPI.
LA PERSONALITÀ PSICOPATICA
COME FORMA DI NARCISISMO PATOLOGICO**

MARCO SASSOON*

Riassunto. *La psicopatia è da sempre un'entità clinica controversa. Nella forma del disturbo di personalità antisociale, essa è stata molto criticata per l'eccessiva enfasi sulla componente comportamentale e la sostanziale sovrapponibilità con la criminalità comune. Una riflessione critica porta a considerare psicodinamicamente alcune dimensioni sottostanti a questa struttura di personalità: le relazioni oggettuali, il Super-Io, il Sé e i meccanismi di difesa. Rispetto a tale analisi, si dimostra utile e coerente inquadrare la psicopatia nel più ampio spettro dei disturbi narcisistici. Una cornice di questo tipo, messa in relazione al continuum di gravità dei disturbi di personalità che va dal livello sano-nevrotico a quello psicotico passando per il livello borderline, permette di svincolare la diagnosi dal comportamento, offrendo inoltre un quadro di riferimento per interpretare gli agiti antisociali e ricondurli eventualmente ad una personalità strutturata in senso psicopatico.*

Parole chiave: *psicopatia, narcisismo, struttura di personalità.*

1. Introduzione

La diagnosi di personalità antisociale da sempre pone difficoltà specifiche a causa dell'enfasi che spesso viene posta sulla componente comportamentale nel definire tale quadro caratterologico. La personalità psicopatica e la personalità antisociale rappresentano dunque delle categorie controverse: in un certo senso, esse testimoniano il tentativo della nosografia psichiatrica di circoscrivere in una categoria diagnostica specifica i soggetti che mostrano un pattern comportamentale sistematico di devianza e indifferenza per le regole sociali, talvolta insieme ad aggressività e violenza (Ferracuti, 2010), tanto che Millon parla di «historical vacillation between clinical understanding and social condemnation of the psychopath» (Millon, cit. in Meloy, 1988, pag. 7).

Queste problematiche appaiono particolarmente salienti nella diagnosi di

* Psicologo

“Disturbo Antisociale di Personalità”, come compare nel DSM-IV-TR (APA, 2000): tale categoria diagnostica, infatti, appare eccessivamente legata ad aspetti comportamentali, è troppo sbilanciata rispetto al genere e alle caratteristiche socioeconomiche dei soggetti ed è in definitiva sovrapponibile ad un certo tipo di criminalità esplosiva e caratteristica degli strati più poveri della popolazione. Il ricorso prevalente a criteri comportamentali produce un’annosa sovrapposizione tra disturbo antisociale e criminalità genericamente intesa; una conseguenza è la possibilità di diagnosticare tale disturbo nei criminali detenuti in carcere in percentuali che oscillano tra il 50-80% secondo alcuni autori (ad esempio Hare, cit. in Gabbard, 2005, pag. 524) e addirittura tra il 70-100% secondo altri (Widiger, cit. in Dazzi, Madeddu, 2009, pagg. 32-33). Usando criteri psicopatologici più in accordo con le riflessioni di Cleckley (1941), come la Psychopathy Checklist-Revised, la percentuale di detenuti classificabili come psicopatici crolla al 25% (Hare, cit. in Gabbard 2005, pag. 524).

Secondo Meloy (1988), i criteri diagnostici per il disturbo antisociale forniti dall’APA sono troppo descrittivi, inclusivi, unilaterali nell’aspetto socioeconomico: in sostanza, è una diagnosi *criminally biased*.

Kernberg (1992), a sua volta, nota che l’accento posto sull’aspetto criminale porta il DSM a includere nella diagnosi delinquenti con strutture di personalità differenti, e rende difficile distinguere tra fattori socioeconomici e culturali della delinquenza, da un lato, e psicopatologia della personalità, dall’altro. Questa «uniformazione indiscriminata del comportamento delinquente» (*ibidem*, pag. 80) sarebbe di ostacolo al tentativo di rintracciare i fattori predisponenti ad uno specifico disturbo di personalità antisociale. Kernberg condanna insomma la mancanza di un’adeguata considerazione dei tratti di personalità in favore della rilevazione di comportamenti antisociali.

Parte del problema deriva certamente da una certa difficoltà a circoscrivere l’entità clinica che si intende analizzare, a definirne i confini e le caratteristiche. Ciò è evidente nelle travagliate vicissitudini di nomenclatura che i costrutti in questione hanno subito nel corso dei decenni, passando dalla insanità morale di Pritchard al delinquente dalla nascita di Lombroso, dalla sociopatia di Birnbaum alla demenza semantica di Cleckley, fino all’odierna personalità psicopatica di matrice psicodinamica e l’ASPD del DSM¹. Tale susseguirsi di definizioni e criteri, secondo Kernberg (1992), non ha fatto altro che complicare la diagnosi

¹ Tale entità diagnostica verrà tra l’altro sostituita nel DSM-V da “Disturbo di Personalità di Tipo Antisociale/Psicopatico”, uno dei 5 disturbi di personalità che compaiono in questa edizione, associato a tratti di personalità che fanno capo ai domini dell’Antagonismo e della Disinibizione.

di personalità antisociale.

Una questione centrale è rappresentata dal fatto che la riflessione clinica sulla personalità psicopatica nasce dalla volontà di trovare una spiegazione medica alla criminalità agita da soggetti non apertamente psicotici, ciò che un tempo veniva chiamato “mania senza delirio”. Ora, se in un certo senso la psicopatologia è in se stessa una scienza della devianza, la definizione della norma diventa un argomento tanto essenziale quanto pericoloso, capace di esercitare una «prepotenza [...] della maggioranza» (Mathieu, 1981, pag. 42). Scharfetter (1976) ha illustrato come il concetto di norma a cui la psichiatria fa più spesso riferimento è quello statistico: è normale ciò che caratterizza la maggior parte degli individui di un certo gruppo di riferimento, stabilendo quindi una norma che per la sua stessa definizione è valida solo “localmente”. La personalità psicopatica, tuttavia, si pone come deviante rispetto a due altri domini estremamente importanti ma poco o nulla correlati alla riflessione psicopatologica: la devianza rispetto alla legge e la devianza rispetto alla morale.

Secondo Muzi (1981), è molto difficile usare le etichette diagnostiche senza portarsi dietro le norme valutative ad esse collegate dal punto di vista del linguaggio. Il riferimento diffuso alla morale nella prima nomenclatura dei caratteri psicopatici ha stabilito il riferimento di questa categoria psicopatologica al campo etico. Gran parte degli sforzi successivi della nosografia sono stati rivolti a depurare il linguaggio descrittivo-esplicativo da queste componenti connotative. La sovrabbondanza di termini che sono stati proposti per il paziente antisociale testimonia questo sforzo, che sembra tuttavia avere avuto un successo più apparente che reale: ne è derivato cioè «più un mascheramento transitorio che un’abolizione definitiva di quelle valutazioni» (Muzi, 1981, pag. 111). L’autore osserva che nella ricategorizzazione scientifica tornano sempre a reinfiltrarsi le caratteristiche qualitative delle categorizzazioni precedenti e sottostanti:

tutto questo assomiglia troppo a ciò che in psicanalisi è chiamato “ritorno del rimosso” e porta a sospettare che certe operazioni “scientifiche” siano più razionalizzazioni difensive che razionali penetrazioni conoscitive nella realtà umana (ibidem, pag. 112).

Le descrizioni cliniche dei pazienti antisociali risultano spesso colorite di un diffuso atteggiamento peggiorativo, come i numerosi criminali che all’esame psicologico di Anna Freud risultano «frusti, infantili, ritardati, deficienti, difettosi» (Freud, 1965, pag. 157), o gli impostori di Greenacre noti per la loro «straordinaria bruttezza fisica» (Greenacre, 1971, pag. 31).

Il tentativo di trovare una entità clinica discreta che sottostia ai comportamenti delinquenziali in individui non psicotici determina il bias criminale nella diagnosi,

l'atteggiamento di condanna morale dei pazienti psicopatici che si traduce talvolta in un fortissimo controtransfert negativo che trova enormi opportunità di essere razionalizzato come impotenza di fronte a un paziente intrattabile (Lion, 1978), così come la sottodiagnosi in individui che agiscono atti predatori, non apertamente violenti, che ricalcano molto fedelmente le dinamiche degli agiti più violenti (Meloy, 1988); ad esempio, i cosiddetti "criminali dal colletto bianco" (Ryan, 1971) le cui caratteristiche psicodinamiche sono chiaramente psicopatiche.

Pertanto, per ottimizzare l'utilità clinica del costrutto di psicopatia, inteso come nucleo di personalità e non come insieme di tratti comportamentali, è necessario svincolarlo dalle manifestazioni esplicite di condotta deviante (Bortoli, Bova, 2010) e considerarne le caratteristiche dinamiche di personalità. In questo modo sarà anche possibile discriminare tra gli agiti antisociali che indicano una sottostante personalità psicopatica e quelli che invece sono manifestazioni epifenomeniche di altri quadri clinici.

La personalità psicopatica assume particolare coerenza a livello di struttura psicodinamica se collocata entro un quadro caratterologico che fa riferimento alla personalità narcisistica, al punto che Kernberg ha ipotizzato che la personalità antisociale sia un sottotipo di narcisismo patologico (Kernberg, 1984; 1992). Secondo Stone (2005), la psicopatia rappresenta l'estremizzazione del narcisismo: «lo psicopatico è un narcisista egocentrico e aggressivo, indifferente e sprezzante verso i sentimenti degli altri» (*ibidem*, pag. 772).

Verrà qui adottata come cornice concettuale la diagnosi strutturale sviluppata da Kernberg (1984), che si organizza lungo due continuum ortogonali: sull'asse verticale troviamo i tre livelli di organizzazione evolutiva della personalità, nevrotico, borderline e psicotico, definiti dal grado di integrazione dell'identità, dal tipo di difese più o meno mature abitualmente usate e dalla capacità di esame di realtà; il continuum orizzontale, invece, colloca il paziente in uno specifico quadro di personalità, a seconda della peculiare costellazione di difese che lo caratterizza (McWilliams, 1994).

Si ipotizza con Kernberg (1984; 1992), Meloy (1988) e Stone (2005) che la struttura di personalità psicopatica rappresenti una manifestazione peculiare del narcisismo patologico, caratterizzata da severe patologie a livello del Super-Io, delle relazioni oggettuali e dello sviluppo del Sé, insieme a una costellazione di difese caratteristica, rigida e di livello prevalentemente immaturo. Kernberg (1992) ha rilevato che la personalità antisociale presenta tre chiare caratteristiche: l'assenza di disturbi del corso del pensiero, che la distinguono dalla psicosi; la presenza di una grave patologia narcisistica del carattere; manifestazioni di

una profonda patologia del Super-Io. Tale struttura di personalità si configura coerentemente come un sottotipo del più ampio gruppo delle personalità narcisistiche, e si colloca, rispetto ad altre manifestazioni della stessa famiglia caratterologica, lungo un continuum che si snoda in relazione alla gravità della patologia del Super-Io. A livello eziologico sarebbe determinante il retroterra di relazioni oggettuali infantili.

Si prenderanno ora in esame queste dimensioni punto per punto.

2. Le relazioni oggettuali

La patologia delle relazioni oggettuali nella personalità psicopatica si manifesta come un'invidia incontrollata (conscia e inconscia), svalutazione degli altri come difesa contro tale invidia, sfruttamento dell'altro e tendenza all'autogiustificazione, incapacità di relazioni con gli altri caratterizzate da vera reciprocità, incapacità di empatia e interesse verso gli altri (Kernberg, 1992).

Secondo la classica teoria della Klein (1927), una modalità di entrare in relazione con l'oggetto dominata da invidia primitiva e scarsamente modulata è caratteristica degli stadi più precoci dello sviluppo. Sono comuni fantasie cariche di immagini sessuali riguardanti i genitori che contemplan cannibalismo, scambio di feci e ogni sorta di azioni sadiche (ad esempio immagini del padre che taglia a pezzi e sventra la madre; fantasie, dice l'autrice, agite quasi alla lettera da assassini come Jack lo Squartatore). Le prime fasi dello sviluppo sono quindi, secondo la Klein, caratterizzate da un odio potente e intenso; Kernberg (1992), a sua volta, riconduce i disturbi di personalità antisociale e narcisistico grave al nucleo di una "psicopatologia dell'odio", definendo quest'ultimo come un affetto aggressivo cronico e stabile che ha come scopo primario la distruzione dell'oggetto invidiato. Poiché quest'odio così intenso è, nel bambino, rivolto verso gli stessi oggetti che ama, nascerà in lui un conflitto intollerabile che porterà alla rimozione di tali impulsi distruttivi e sadici (Klein, 1927). Ciò avverrebbe con meno successo nell'infanzia delle personalità psicopatiche a causa dell'anormale intensità del conflitto tra amore e odio, dovuta proprio all'abnormità di quest'ultimo, che provoca il fallimento dei meccanismi di rimozione, stabilendo un circolo vizioso di introiezione e proiezione dell'aggressività. Pertanto il mondo proiettivo del bambino kleiniano lo spinge ad attribuire un'indicibile ostilità sadica alle figure esterne, finendo per essere sopraffatto dalla paura di subire attacchi incredibilmente crudeli da queste figure; ciò alimenta le sue stesse tendenze sadiche, portandolo al tentativo di distruggere gli oggetti per sfuggire ai loro attacchi.

Con ciò, rimane prevalente una modalità di relazione d'oggetto improntata allo

sfruttamento sadico e all'angoscia di distruzione, ostacolo insormontabile allo sviluppo della capacità di sperimentare colpa verso l'oggetto, la quale è la base di un rapporto empatico e votato all'intimità; tale capacità è per definizione assente nel quadro di personalità psicopatico (Meloy, 1988).

Un'altra caratteristica pervasiva delle relazioni oggettuali degli psicopatici è la manipolatorietà. Bursten (1973) ha ben descritto i sentimenti di potere, euforia ed esaltazione derivanti dall'aver "messo nel sacco" il bersaglio. Tali vissuti rispecchiano una manovra volta a riparare una ferita narcisistica che, reale o immaginaria, scatena sentimenti di vergogna e svalutazione del Sé, riflesso di un oggetto cattivo inconsciamente introiettato; questo oggetto cattivo viene espulso per purgare il Sé grazie a una proiezione, mentre a livello conscio si manifesta il gioioso senso di disprezzo verso la persona aggirata.

L'attività manipolatoria potrebbe rappresentare il modo principale in cui si manifestano i tratti antisociali in alcune personalità psicopatiche di "alto livello", come accennate ad esempio da McWilliams (1994), ed è la caratteristica prevalente nella variante passivo-parassitaria del disturbo (PDM Task Force, 2006).

Una modalità relazionale essenzialmente manipolatoria è ancora una volta espressione di un modello relazionale imperniato sullo sfruttamento narcisistico, e mancante di un vero riconoscimento dell'altro se non come mezzo per soddisfare i propri fini narcisistici. La manipolazione e l'uso dell'inganno, tuttavia, suggeriscono una paradossale forma di empatia e di notevole sensibilità verso i contenuti mentali dell'altro (Fromm-Reichmann, 1950): la capacità di intuire i desideri, i sentimenti, il carattere, le ansie, gli interessi e gli scopi di chi si ha di fronte è essenziale per manipolare con successo. A sua volta, questa capacità richiede che sia possibile l'identificazione con l'altro. Inserendo tali considerazioni in una cornice di personalità narcisistica, notiamo che l'abilità del paziente psicopatico a mentire riflette una certa integrazione del Sé, ma si tratta di una integrazione «basata sul Sé grandioso patologico della personalità narcisistica, totalmente identificato col principio di piacere» (Kernberg, 1984, pag. 315). Da un altro punto di vista, le personalità psicopatiche mostrano una primitiva forma di empatia basata su una identificazione con l'altro che serve scopi narcisistici, per cui l'altro è vissuto essenzialmente come un oggetto-Sé estraneo ma fuso con il Sé grandioso dello psicopatico (Meloy, 1988).

Le origini in termini di sviluppo di queste relazioni oggettuali patologiche sarebbero da ritrovare in un retroterra infantile caratterizzato da insicurezza e caos, spesso «un amalgama confusivo di estrema severità ed eccessi di indulgenza» (McWilliams, 1994, pag. 177), che non permette il normale svilupparsi del senso

di potenza del bambino, che può trascorrere la vita alla ricerca di conferme della propria onnipotenza.

Kernberg (1992) ipotizza che l'atteggiamento più gravemente patogeno sia quello in cui la madre unisce abbandono, violenza e caos a un'assillante sovrastimolazione e una frustrazione cronica; l'intenso attaccamento alla madre frustrante genera una condizione di odio che è la fissazione a una relazione traumatica con un oggetto necessario, sentito come totalmente cattivo e che ha fagocitato e distrutto l'oggetto ideale completamente buono. Si sviluppa un vero e proprio attaccamento traumatico (Albasi, 2009), un legame che vincola il bambino a una figura di attaccamento che sconfessa la sua esperienza soggettiva, ne discredita la validità, sgretolando le dimensioni importanti della sua realtà interna. La distruzione vendicativa dell'oggetto traumatico è tesa a ripristinare magicamente l'oggetto completamente buono (Kernberg, 1992); si ingenera un tipo di relazione in cui l'individuo cerca sistematicamente l'identificazione con l'oggetto crudele, onnipotente e distruttivo e allo stesso tempo ricerca altri su cui poter proiettare il Sé attaccato, vilipeso e maltrattato. Questi pazienti non possono fare a meno di essere al tempo stesso persecutori e vittime, poiché, in quanto carnefici, non possono vivere senza la loro vittima, il Sé proiettato, misconosciuto e perseguitato; in quanto vittime, rimangono attaccati ai loro persecutori interiori.

Secondo Meloy (1988), precoci separazioni dal genitore primario durante la fase simbiotica portano a fallimenti nell'internalizzazione e alla predominanza di una identificazione archetipica con l'oggetto-Sé estraneo, che porta alla fusione tra il concetto di Sé e dell'altro in una struttura del Sé grandiosa, patologicamente investita (Kernberg, 1984); nei confronti degli oggetti reali, restano solo stati di relazione ricercati aggressivamente e sadomasochisticamente.

The coexistence of benign detachment and aggressively pursued, sadistically toned attempts to bond is pathognomic of the psychopathic process (Meloy, 1988, pag. 59).

Le relazioni oggettuali degli individui con struttura di personalità psicopatica sono caratterizzate dalla totale assenza di interesse ed empatia per l'altro in quanto persona separata. Il tipico pattern relazionale di questi pazienti è quello predatore-preda, in cui gli altri sono visti come mezzi per raggiungere i propri fini, come potenziali nemici da sottomettere e controllare completamente, come odiati oggetti di invidia da sfruttare spietatamente ed infine distruggere. In ogni caso, prevalgono nel rapporto la componente strumentale o quella proiettiva.

Gli individui patologicamente narcisisti instaurano relazioni in cui usano l'altro per ottenere gratificazioni e rifornimenti narcisistici. Ogni aspetto delle persone che li circondano, che non riguarda il loro possibile ruolo di oggetti-Sé scompare, così come si dissolve ogni lato del rapporto che non ha a che fare con la gratificazione dei propri bisogni (McWilliams, 1994). Gli altri sono pesantemente idealizzati o svalutati, spesso senza alcuna attinenza con le loro caratteristiche reali (Gabbard, 2005); idealizzazione e svalutazione riflettono la proiezione dei corrispondenti aspetti del Sé. In entrambi i casi, ci troviamo di fronte a pazienti caratterizzati da relazioni oggettuali patologiche, in cui l'altro scompare nella sua tridimensionalità e diventa un mezzo da sfruttare per soddisfare i propri bisogni di onnipotenza e grandiosità. L'altro è, insomma, un'estensione psicologica del Sé (Meloy, 1988). Il grado di sadismo e spietatezza, con cui questo sfruttamento dell'altro avrà luogo, dipenderà in buona misura dalla severità della compromissione del Super-Io e la conseguente infiltrazione di aggressività (cfr. *infra*). Narcisisti e psicopatici sono anche accomunati da una intensa invidia primitiva per l'oggetto (Kernberg, 1992), che li spinge a desiderare più o meno consciamente l'appropriazione o la distruzione di tutte le caratteristiche buone dell'altro, e la contemporanea evacuazione delle proprie caratteristiche inaccettabili su di lui (Bursten, 1973). Entrambi hanno fatto esperienza nelle prime relazioni oggettuali di un disconoscimento da parte del loro oggetto primario di attaccamento, disconoscimento che potremmo definire traumatico (Albasi, 2009): i pazienti narcisisti hanno vissuto l'esperienza di "intrusione ed estrazione" (Borgogno, 1999) perpetrata dai loro genitori che li hanno usati come estensione narcisistica di sé, mentre gli psicopatici sono stati oggetto di aggressività, ostilità, talvolta violenza². Né gli uni né gli altri hanno sperimentato la sensazione di poter esistere in quanto se stessi, in una rete di relazioni oggettuali positive, ma hanno presto sviluppato una struttura del Sé grandiosa per difendersi dall'interiorizzazione di relazioni oggettuali gravemente disfunzionali, in cui la speranza di un'interazione empatica e reciprocamente convalidante si è persa per sempre; anzi, è maturata l'incrollabile convinzione che dar mostra degli aspetti deboli di sé porterà inevitabilmente allo sfruttamento, o peggio, alla distruzione (Kernberg, 1992). Psicopatici e narcisisti, insomma, hanno sviluppato delle relazioni oggettuali patologiche a causa di esperienze precoci fallimentari, che

2 Va comunque sottolineato che la sostanziale continuità di queste strutture nel tempo non è il riflesso di un tratto individuale fisso e stabile o di percorsi deterministicamente fissati, ma deriva piuttosto da un effetto cumulativo dello scambio tra caratteristiche e comportamenti individuali predisponenti ad esperienze di rischio (Sabatello, 2010)

hanno determinato il cristallizzarsi di modelli relazionali ripetitivi in cui l'altro è sfruttato per soddisfare i propri bisogni; l'interiorizzazione delle relazioni patologiche ha fatto emergere altresì la struttura grandiosa del Sé come difesa da esse. Una differenza eziologica cruciale per determinare la strutturazione della personalità narcisistica in senso psicopatico potrebbe essere il grado di violenza relazionale vissuto nella prima infanzia (McWilliams, 1994), che porta ad una estremizzazione in senso aggressivo delle dinamiche narcisistiche interpersonali di questo pattern caratteriologico.

3. Il Super-Io

Fu Johnson (cit. in Meloy, 1988, pag. 13) a introdurre il termine "lacuna del Super-Io" per indicare il deficit selettivo di funzionamento del Super-Io che caratterizza gli individui psicopatici. Secondo Gabbard (2005), l'insieme di deficit genetico-biologici (che si manifestano in caratteristiche quali l'iporesponsività del sistema nervoso autonomo, la mancanza di paura e così via) e l'ambiente familiare sfavorevole che caratterizzano i bambini destinati a manifestare un disturbo antisociale determinano una seria incapacità di introiezione degli altri; a sua volta, questa incapacità determina una grave deficienza nello sviluppo del Super-Io, «segno classico che caratterizza da un punto di vista dinamico la psicopatia» (*ibidem*, pag. 531).

Il senso morale convenzionale è del tutto assente in questi pazienti (Kernberg, 1984; 1992), e il loro unico sistema di valori consiste nell'esercizio di un potere aggressivo, mentre lo sviluppo superegoico è bloccato a livello di precursori di un Super-Io sadico (o oggetti-Sé estranei) che si manifestano nel loro comportamento violento e crudele. La patologia del Super-Io si sviluppa entro una matrice di relazioni oggettuali, e la sua gravità si riflette nel grado di comportamento antisociale, ma va tenuto presente che

la patologia del Super-Io deve essere valutata sulla base del rapporto interno della persona con il suo ambiente sociale anziché secondo le definizioni convenzionali o legali di quel che è antisociale (Kernberg, 1984, pag. 312).

La patologia del Super-Io si colloca su uno spettro di gravità che riflette la precocità del fallimento nella formazione di questa struttura³. Se consideriamo la personalità psicopatica come un sottotipo di narcisismo patologico, otteniamo

³ Seguendo Jacobson (1964), la formazione del Super-Io inizia nella prima infanzia e prosegue fino all'adolescenza e all'età adulta.

un continuum patologico che da un estremo del polo della personalità psicopatica passa per la cosiddetta sindrome di “narcisismo maligno”, la quale funziona come una sorta di anello di congiunzione tra psicopatia e narcisismo; attraversando poi il disturbo narcisistico di personalità, si arriva infine all’altro polo dove si collocano condizioni nevrotiche con manifestazioni comportamentali antisociali (*ibidem*).

Al livello più basso di questo continuum, dove si manifesta più grave la patologia del Super-Io, troviamo appunto la psicopatia; questi pazienti comprendono l’esistenza di un sistema morale esterno, ma lo vedono come un’impalcatura convenzionale da sfruttare se si è abili e cui sottomettersi se si è ingenui, mentre non sono in grado di autentico investimento d’amore negli altri, investimento che non sanno differenziare rispetto allo sfruttamento e alla manipolazione spietata neppure se ne sono oggetto. L’individuo si identifica con un potere spietato, primitivo, totalmente amorale, che può ottenere soddisfazione solo attraverso l’espressione senza limiti dell’aggressività, e non ha bisogno di giustificazioni e razionalizzazioni per il proprio comportamento. Se messi a confronto con le loro azioni, gli individui psicopatici possono minimizzare, rispondendo come se avessero ragione e le loro vittime meritassero tale trattamento, oppure possono mentire negando ogni responsabilità.

A un livello successivo troviamo la sindrome del narcisismo maligno, essenzialmente una patologia narcisistica grave con tratti antisociali e sadismo egosintonici, aggressività radicata caratterialmente e tratti paranoidi. I precursori sadici del Super-Io sono proiettati all’esterno e danno ai comportamenti antisociali una qualità furiosa, vendicativa. Se non altro, però, vi è una disponibilità iniziale di precursori idealizzati del Super-Io, che si esprimono nella convinzione di essere “moralmente giustificati”, almeno ai propri occhi, per la propria condotta aggressiva.

Meno gravi sono i disturbi narcisistici con comportamento antisociale che si manifesta prevalentemente in modo passivo-parassitario, con tracce di comportamento morale in alcuni ambiti e di sfruttamento crudele in altri. Pazienti con rilevante patologia narcisistica “al limite” tendono anche a manifestare la loro patologia del Super-Io con disonestà nel transfert. Un livello contiguo di patologia, prognosticamente meno negativo, è rappresentato dal comportamento antisociale in gravi disturbi della personalità diversi da quello narcisistico (ad esempio quello istrionico, quello paranoide).

Proseguendo per il continuum, troviamo individui che negano la responsabilità morale per le proprie azioni; sono pazienti con personalità narcisistica che non presentano comportamento antisociale vero e proprio né mentono nel transfert,

ma che mostrano imperturbabilità riguardo alle loro azioni riprovevoli, segno di un sottostante meccanismo di scissione.

Nelle personalità borderline senza tratti antisociali e narcisistici, troviamo la caratteristica compresenza di stati antitetici e impulsi contraddittori che portano ad agire in modi che sarebbero in altri momenti inaccettabili; questo è il livello successivo di patologia del Super-Io, meno severo in quanto la capacità di provare colpa per azioni compiute verso persone amate in altri momenti denota uno stadio iniziale di interiorizzazione delle funzioni del Super-Io, e la capacità di investimento affettivo negli altri.

Infine, nell'ambito delle nevrosi, troviamo il comportamento antisociale come espressione di un senso di colpa inconscio (i delinquenti per senso di colpa di Freud, 1916) e come parte di una nevrosi sintomatica (ne è esempio tipico la ribellione adolescenziale).

Il predominio dei primi precursori sadici del Super-Io ha effetti disastrosi sulla interiorizzazione delle relazioni oggettuali: nel mondo interno di questi pazienti si deve essere estremamente potenti e spietati oppure si è minacciati dalla distruzione e dallo sfruttamento. In questo modo la patologia del Super-Io e delle relazioni oggettuali si sostengono a vicenda. L'esperienza di selvaggia aggressività vissuta in famiglia da questi pazienti ha completamente distrutto la fiducia nella possibilità di sopravvivenza di relazioni oggettuali positive e ha impedito l'idealizzazione degli oggetti, costruendo al contempo la convinzione incrollabile che solo il potere e il controllo sadico costituiscano un'alternativa alla sofferenza e alla distruzione del debole.

Nel narcisismo patologico, l'ideale dell'Io e gli oggetti idealizzati sono condensati nel Sé grandioso anziché nel Super-Io (Kernberg, 1975), come avverrebbe invece nello sviluppo normale, determinando così una scarsa integrazione del Super-Io stesso che rimane quindi fissato a un livello primitivo in cui predominano i suoi precursori sadici.

Il grado in cui i precursori sadici del Super-Io sono integrati con i successivi precursori idealizzati rende ragione della gravità della sua compromissione. Gli individui psicopatici sono talmente dominati dai precursori sadici che i precursori idealizzati non possono neutralizzarli; aspettative realistiche o proibizioni provenienti da oggetti parentali sono perciò svalutate o trasformate in minacce persecutorie.

Questi pazienti danno l'impressione che il loro mondo di relazioni oggettuali abbia esperito una trasformazione maligna, che ha portato alla svalutazione e all'asservimento sadico di relazioni oggettuali interiorizzate potenzialmente buone da parte di un Sé integrato, anche se crudele, onnipotente e "matto" (Kernberg, 1992, pag. 96).

La mancanza di integrazione con i precursori idealizzati del Super-Io e il predominio dello stato più primitivo dei suoi precursori sadici conduce a un'espressione dell'aggressività che non è da questa integrazione minimamente mitigata, e ad un impulso a esercitare il potere su tutte le relazioni oggettuali e distruggerle. La rappresentazione degli altri come estensioni psicodinamiche del Sé grandioso dello psicopatico contribuisce a spiegare il sadismo talvolta inaudito che si manifesta nelle espressioni di questa aggressività (Meloy, 1988). L'identificazione inconscia del Sé grandioso del paziente con questi precursori primitivi sadici del Super-Io denota inoltre la fragilità, se non la mancanza di disponibilità, di qualsiasi relazione oggettuale interiorizzata alternativa, e la distruzione delle rappresentazioni di Sé e dell'oggetto investite libidicamente (Kernberg, 1984).

Nei disturbi narcisistici meno caratterizzati in senso antisociale, questa predominanza dei precursori sadici del Super-Io è meno estrema ed è avvenuta almeno una parziale integrazione con i suoi precursori idealizzati. Tuttavia Kernberg rileva che le personalità narcisistiche manifestano frequentemente tratti antisociali a tutti i livelli di gravità, anche in soggetti con un funzionamento sociale relativamente adeguato, che ricavano appagamenti ben compensati di autostima dal loro Sé grandioso e sono ancora in grado di avere superficiali relazioni e un investimento minimamente più profondo negli altri. Una certa compromissione del Super-Io è dunque una costante delle personalità narcisistiche, e differisce in termini di severità; quando essa diventa particolarmente grave, l'aggressività infiltrerà direttamente il Sé grandioso patologico e verrà da esso direttamente investita. In questo caso, la personalità narcisistica si va strutturando in senso psicopatico.

4. Il Sé

Relazioni oggettuali patologiche e precursori del Super-Io sadici si condensano nel Sé dell'individuo psicopatico. Il ruolo degli oggetti-Sé nell'infanzia degli individui psicopatici è stato disastroso: Meloy (1988) ipotizza che l'intero processo psicopatico sia fondamentalmente un fallimento nella internalizzazione, definita come la duplice espressione dei processi identificativi, una modificazione del Sé causata dall'unione con un oggetto, e di quelli introiettivi, per i quali oggetti esterni sono internalizzati come una rappresentazione ma continuano a essere percepiti come altro da sé, "non-Io".

Tale fallimento incorporativo è da imputare alla predominanza di oggetti che sono vissuti come dolorosi dal bambino: di nuovo, un'infanzia caratterizzata da estrema trascuratezza, deprivazione, maltrattamento sembra giocare un ruolo importante. Lo sviluppo di un Sé grandioso patologico è strettamente legato al fallimento degli oggetti esterni nelle precoci fasi di sviluppo, situazione che non permette al bambino di trovare la propria autostima attraverso la via normale di percepire l'orgoglio e l'amore dei genitori (McWilliams, 1994). L'unico oggetto da investire d'amore rimane il Sé, ma sfortunatamente tale struttura del Sé sarà di stampo patologico in quanto vi si ritroveranno fusi i concetti di Sé e dell'oggetto ideali insieme al Sé reale, oltre a una eventuale identificazione con i precursori sadici del Super-Io (Kernberg, 1975; 1984). Questo Sé grandioso è sostanzialmente una formazione difensiva contro le relazioni oggettuali patologiche interiorizzate. La continuità di tali esperienze psichiche e corporee negative determina un disinvestimento rispetto al bisogno di internalizzazioni piacevoli, mentre avviene una identificazione del bambino con l'oggetto-Sé estraneo, una fantasia attraverso cui viene anticipata la presenza del predatore nel mondo esterno, o della preda di cui il bambino finirà per essere il predatore. Grotstein (cit. in Meloy, 1988, pag. 45) definisce l'oggetto-Sé estraneo come una rappresentazione a priori che designa la consapevolezza inconscia del nemico che il bambino è convinto si trovi al contempo dentro di sé e fuori di sé. L'identificazione narcisistica predominante con l'oggetto-Sé estraneo andrà a confluire nel Sé grandioso sviluppato dalla personalità psicopatica, e sarà costantemente *enacted⁴ nelle relazioni secondo uno schema predatore-preda (Richards, 1998). Fondamentale è quindi il meccanismo di identificazione,*

4 Uso senza tradurlo il termine *enactment* in quanto non sembra avere un equivalente soddisfacente in italiano. Tale termine designa, semplificando al massimo, il riattualizzarsi nel "qui ed ora" della relazione di alcuni schemi relazionali inconsci (o Modelli Operativi Interni) del paziente, con la partecipazione inconscia a tale riattualizzazione di entrambi i partecipanti allo scambio relazionale (si veda, ad esempio, Albasi, 2006).

per il quale l'oggetto-Sé estraneo diventa una parte integrante dell'autostima individuale. Quando prevale invece quello dell'introiezione, l'oggetto-Sé estraneo sarà vissuto come un introietto persecutorio ed egodistonico, fonte di ansia; ciò avviene ad esempio nel disturbo borderline di personalità come descritto nel DSM-IV-TR.

La sovrabbondanza di aggressività presente nelle relazioni del bambino e l'anormale sadismo del Super-Io favoriscono secondo Kernberg (1984) lo sviluppo di un Sé grandioso patologico, sostanzialmente analogo a quello del paziente narcisista, ma maggiormente caricato di sadismo egosintónico, aggressività, ricerca di piacere, dal momento che questo Sé assorbe tutta l'aggressività dei precursori sadici del Super-Io. Il Sé grandioso patologico fonde insieme al Sé reale le rappresentazioni idealizzate di Sé e dell'oggetto (Migone, 1993), rappresentazioni che in circostanze normali verrebbero condensate nell'Ideale dell'Io e nel Super-Io; così, la normale integrazione del Super-Io fallisce, e gli aspetti inaccettabili di sé sono dissociati o repressi, in combinazione con la pervasiva svalutazione degli oggetti esterni e delle loro rappresentazioni. Il mondo interno rimane così popolato esclusivamente dal proprio Sé grandioso, dalle immagini svalutate degli altri e dai precursori del Super-Io sadici, potenzialmente persecutori nel narcisista, ma fondamentalmente egosintonici nello psicopatico.

Narcisisti e psicopatici hanno un concetto molto elevato di Sé che ha un costante bisogno di conferme esterne, e che a tratti sprofondata in sentimenti di estrema inferiorità. Mostrano scarsa empatia per il prossimo e un concetto poco integrato degli altri, a fronte di una certa integrazione dell'esperienza conscia di Sé. Sono estremamente invidiosi, svalutano e trattano con disprezzo coloro che non possono offrire gratificazioni narcisistiche (spesso le stesse persone che hanno idealizzato quando erano convinti potessero fornirglielo). Il loro rapporto con gli altri è spesso improntato allo sfruttamento, e dietro una facciata affascinante si avvertono freddezza e durezza.

Secondo Meloy (1988), nel Sé grandioso patologico della personalità psicopatica si trovano fusi il concetto di Sé e il concetto dell'altro. Per via di questa fusione, il concetto dell'altro diventa un'estensione psicologica del concetto di Sé. A differenza delle psicosi, tuttavia, *la percezione di Sé e dell'altro come entità separate rimane intatta, poiché l'esame di realtà non è compromesso. In questo modo, le altre persone rimangono a livello intrapsichico prive di un valore separato e di considerazione empatica. Lo stesso avviene nella personalità narcisistica, ma vi sono tre importanti differenze: in primo luogo, l'immagine reale di sé fusa nella struttura del Sé grandioso riguarda la separatezza o «twoness»*

(ibidem, pag. 52) precocemente sperimentata dal bambino; in secondo luogo, il Sé ideale entro questa stessa struttura è formato tramite l'identificazione con l'oggetto-Sé estraneo, che ricalca l'immagine del genitore reale e predatorio; in terzo luogo, l'oggetto ideale è un introietto aggressivo con cui il Sé ideale e reale formano una relazione intrapsichica, ma dal momento che il Sé ideale è fondamentalmente l'oggetto-Sé estraneo ed è piuttosto simile, da un punto di vista rappresentativo, a questo introietto aggressivo, tale ipotetica relazione diventa una identificazione concettualmente fusa. Sarebbe dunque questo il meccanismo che sottostà alla fusione del concetto di Sé e degli altri nella psicopatia. Questa identificazione intrapsichica tra il Sé ideale e l'oggetto ideale si esprime a livello interpersonale come un'identificazione con l'aggressore⁵.

5. I meccanismi di difesa

Come già accennato, nella diagnosi strutturale l'analisi dei livelli evolutivi di organizzazione di personalità permette di collocare l'individuo lungo una dimensione verticale di severità del suo disturbo, mentre la collocazione orizzontale entro uno specifico quadro di personalità avverrà tramite l'analisi delle difese specifiche che egli utilizza abitualmente. Un'etichetta diagnostica è dunque, in qualche modo, «una sorta di abbreviazione che indica il modello difensivo abituale di una persona» (McWilliams, 1994, pag. 117).

La costellazione di difese che la letteratura psicodinamica indica come caratterizzanti la personalità psicopatica comprende: controllo onnipotente (ritenuto il meccanismo centrale di questo quadro caratteriologico), identificazione proiettiva, scissione, dissociazione, diniego e *acting out* (Meloy, 1988; McWilliams, 1994; Kernberg, 1984). *La personalità narcisistica, dal canto suo, presenta una struttura difensiva essenzialmente centrata sull'idealizzazione e sul suo contraltare, la svalutazione* (Kernberg, 1975; 1984; McWilliams, 1994; Gabbard, 2005).

Se è vero che la collocazione di un individuo entro uno specifico quadro di personalità deve basarsi essenzialmente sulla costellazione di difese che egli usa abitualmente, l'idea che la personalità psicopatica sia un sottotipo di narcisismo patologico sembra essere contraddetta. Tuttavia, la contrapposizione tra le due strutture difensive appare meno netta di quanto non emerga a prima vista. Infatti, le primitive idealizzazioni e svalutazioni degli individui narcisistici sono sempre

⁵ Meloy usa il termine “identificazione con l'aggressore” secondo l'accezione di Anna Freud, per cui il soggetto minacciato diventa minacciante introiettando l'aggressività dell'aggressore e la sua supposta potenza.

legate a un certo controllo onnipotente dell'oggetto (Kernberg, 1984), insieme a un ricorso frequente all'identificazione proiettiva. Il bisogno dei narcisisti di identificarsi con un oggetto totalmente buono e potente si esprime nella ricerca di un senso magico di onnipotenza e di persone che riflettano questa onnipotenza e siano visibili come un'estensione del Sé; non c'è una vera dipendenza dall'oggetto, che a un livello profondo è manipolato in modo possessivo e spietato per sfruttare l'ambiente e abbattere potenziali nemici (Kernberg, cit. in Bursten, 1973, pag. 158). D'altro canto, processi di idealizzazione e svalutazione sono attivi anche nelle personalità psicopatiche, pur se molto polarizzati nel senso dell'idealizzazione di sé e della svalutazione degli altri; lo stesso Sé grandioso è un indizio in questo senso. Quando la polarità si inverte, sembra caratterizzarsi più in senso aggressivamente persecutorio che intorno a un sentimento di vergogna. In entrambi i casi, giocano un ruolo importante i processi di scissione e di proiezione che sostengono tali idealizzazioni e svalutazioni, e che potrebbero essere più primari determinando sia l'estremo bisogno di controllo onnipotente dello psicopatico sia i cicli di idealizzazione e svalutazione del narcisista. Questi processi hanno la funzione di salvaguardare l'integrità psichica da una problematica narcisistica soverchiante, in cui un Sé debole e perseguitato da un sadico carnefice deve mantenere una minima autostima di fronte a un mondo interno popolato di predatori; la soluzione psicopatica porta a identificarsi con queste parti sadiche di sé in una struttura grandiosa, e a proteggersi dall'invidia primitiva attraverso lo sfruttamento degli altri, l'appropriazione e la distruzione (Kernberg, 1992).

Un ulteriore aspetto che mostra la fondamentale sovrapposibilità psicodinamica tra psicopatia e narcisismo patologico è l'esperienza degli affetti. Gli individui psicopatici sono spesso descritti come freddi, anaffettivi, *callous* (Bursten, 1973). *Ciononostante, il processo psicopatico permette l'esperienza cosciente delle emozioni, le quali però sono strutturate da una severa patologia narcisistica: la struttura del Sé grandioso (Meloy, 1988). Gli affetti provati in presenza degli altri sono contaminati dagli oggetti-Sé che forniscono il medium proiettivo-introiettivo attraverso cui gli altri reali sono percepiti, e di conseguenza difensivamente concepiti come estensioni del Sé grandioso. Lo specifico oggetto-Sé che viene attivato dipende da alcune caratteristiche della persona reale che ricordano all'individuo un oggetto interiorizzato. La personalità psicopatica non è pertanto priva dell'esperienza degli affetti, ma tale esperienza ha una intensa coloritura narcisistica.*

L'esperienza conscia del piacere è caratterizzata dall'assenza di legami affettivi e cura per gli altri, l'assenza di amore per l'oggetto piacevole anticipato e

un'incapacità a reprimere un certo stato di tensione, dolore e anedonia senza un aperto comportamento che esprima aggressività o sessualità. Il piacere è sempre legato a pattern comportamentali di dominanza e sottomissione; spesso vengono gratificati impulsi sadici infliggendo intenzionalmente sofferenza fisica o emotiva agli altri, talvolta accompagnata da eccitazione sessuale. Si rileva anche l'uso della dissociazione o della scissione per cancellare gli affetti negativi. Gli individui psicopatici non sono in grado di provare piacere attraverso la risposta empatica alla gioia altrui, la quale genera solo sentimenti di invidia e rabbia; la soddisfazione è sempre inestricabilmente legata alla ricerca di sensazioni o a impulsi sadici. Si tratta di un piacere fortemente narcisistico, che non può trovarsi per gli altri o con gli altri, ma solo attraverso lo sfruttamento degli altri. Un altro affetto centrale è la rabbia, caratterizzata da una forte componente proiettiva che talvolta raggiunge l'intensità di un delirio paranoide. Il *narcissistic core* (*ibidem*, pag. 82) della personalità psicopatica è particolarmente evidente nel carattere di "giusta indignazione" della sua rabbia, che tradisce i sentimenti di essere speciali e di *entitlement* del Sé grandioso. Tipiche reazioni controtransferali del clinico a quelle che appaiono esibizioni infantili possono includere irritazione, l'impulso a una ritorsione aggressiva o un desiderio passivo-aggressivo di negare ulteriori gratificazioni. Quando la rabbia è agita dall'individuo, la sua espressione è seguita dalla difesa della razionalizzazione, che di solito si manifesta nell'idea che le vittime "se la sono cercata". Inoltre, tale affermazione implica l'attribuzione di malevolenza all'oggetto, in un atteggiamento svalutativo da cui consegue che la rabbia era meritata. L'esperienza cosciente della rabbia nelle personalità psicopatiche ha un'alta probabilità di essere agita per via della compromissione del Super-Io e della scarsa capacità di modulare gli affetti, derivante probabilmente da capacità regolatorie poco sviluppate. La rabbia può portare alla manipolazione dell'oggetto per dominarlo e riparare alla ferita narcisistica (Bursten, 1973). Questo affetto può anche essere dissociato, sia nell'atto stesso della violenza, durante la quale l'aggressore non ha alcuna esperienza cosciente di una rabbia la cui presenza è tuttavia tradita dall'estremo grado di sadismo dell'agito, sia nella vita di tutti i giorni, che può essere molto convenzionale nonostante le spaventose esplosioni ricorrenti di agiti psicopatici (Meloy, 1988).

Le personalità psicopatiche sperimentano un affetto simile alla depressione, nello stesso modo in cui essa è vissuta dai narcisisti patologici. Tale depressione si caratterizza come un'esperienza di vuoto e di desolazione interiore, legata a sentimenti di scarsa autostima, vergogna ed impotenza (Pinamonti, 2004); ciò può contribuire a spiegare la frequente associazione del disturbo di personalità

psicopatico con l'assunzione di droghe stimolanti, come la cocaina e le anfetamine (Meloy, 1988). La depressione "vuota" è, secondo Pinamonti (2004), legata a un bisogno infantile inappagato e successivamente scisso o rimosso di rispecchiamento da parte dell'oggetto-Sé, che lascia il mondo interiore in una condizione di desolazione. Ciò si lega alle riflessioni di Winnicott riguardanti il falso Sé: quando il bambino è oggetto di un forte sfruttamento narcisistico da parte della madre, per salvaguardare il proprio vero Sé è portato a sviluppare un falso Sé tanto potente da nascondere e oscurare completamente il vero Sé; si ingenera così nel paziente una pesante sensazione di non esistere, di non-vita (Winnicott, 1974). Per Meloy (1988), il senso di vuoto interiore è mantenuto e intensificato dalla continua svalutazione degli oggetti, che impedisce qualunque nuovo investimento in grado di stabilire un collegamento empatico con gli altri che possa finalmente contribuire a colmare il deserto interno. Tale costante svalutazione rappresenta una difesa che previene l'esperienza conscia di invidia e avidità verso l'oggetto. Non si tratta pertanto di una depressione di tipo anaclitico né di tipo introiettivo. La sensazione di essere vuoti dentro è una caratteristica costante dei disturbi narcisistici, ed è particolarmente centrale nel sottotipo depresso/svuotato (PDM Task Force, 2006).

Strettamente connessa alla sensazione di vuoto interiore è l'esperienza cosciente di noia. Si tratta di uno stato affettivo complesso che è un prodotto di fattori percettivi, biologici e legati alle relazioni oggettuali all'interno della personalità. «*It is a restless, anhedonic feeling that is acted out through aggressive, hypomanic activity*» (Meloy, 1988, pag. 107). Anche qui, l'esperienza di noia nel processo psicopatico è virtualmente identica a quella della personalità narcisistica, ma è gestita in maniera più aggressiva. Questa sensazione esistenziale si struttura su due livelli: da un lato, la noia è vissuta come un senso pervasivo di inquietudine e vuoto, dall'altro si manifesta in maniera più intensa nei momenti in cui sono esauriti tutti i supporti narcisistici disponibili e gli individui sono lasciati soli con se stessi, i cosiddetti *idle intervals* (Svrakic, cit. in Meloy, 1988, pag. 107). Quando gli oggetti esterni non sono disponibili, o quelli esistenti sono già stati rovinati e svalutati, le persone con disturbo narcisistico di personalità devono aspettare un riapprovvigionamento dall'esterno; di contro, gli individui psicopatici trasformano questi *idle intervals* in una ricerca aggressiva di rifornimenti narcisistici dal momento che l'assenza di vincoli superegoici disinibisce più facilmente il comportamento (Meloy, 1988). I pazienti narcisistici, pertanto, sono particolarmente inclini ai sentimenti di noia a causa dell'isolamento del proprio vero Sé (Winnicott, 1974), la svalutazione aggressiva degli oggetti reali durante i cicli di riparazione narcisistica e la predominanza degli *idle*

intervals quando non sono disponibili supporti narcisistici esterni. L'individuo psicopatico è ancora più vulnerabile in quanto svuota aggressivamente il mondo delle relazioni significative per difendersi da sentimenti di intensa invidia e avidità. Il loro mondo diventa così una prigione dove solo nuove esperienze eccitanti e di ammirazione costituiscono una via di fuga (Kernberg, 1975). L'importanza della noia nel processo psicopatico trova supporto anche nelle ricerche che testimoniano l'elevato *sensation-seeking* e la ridotta responsività del sistema nervoso autonomo in questi individui (Hare, cit. in Meloy, 1988, pag. 111; Zuckerman, cit. *ibidem*).

Due emozioni frequenti e solitamente intrecciate sono l'euforia e il disprezzo, che si possono presentare sotto forma di felicità sprezzante, come avviene ad esempio nella manipolazione psicopatica (Bursten, 1973; McWilliams, 1994). L'euforia sprezzante dell'individuo psicopatico ristabilisce il suo orgoglio. Il ciclo di manipolazione da un lato rinforza il suo narcisismo, dall'altro protegge la sua vulnerabilità. È necessariamente un ciclo ripetitivo poiché la minaccia di una rottura intrapsichica entro il Sé grandioso è costantemente presente; le identificazioni tra il Sé reale, il Sé ideale e l'oggetto reale all'interno di questa struttura sono estremamente vulnerabili all'azione degli introietti sadici e "cattivi", affettivamente caricati di rabbia e invidia, che si trovano al suo esterno e sono confinati da difese verticali o dissociative (Meloy, 1988).

Una problematica centrale nella riflessione sulla psicopatia è la varietà delle manifestazioni di comportamento antisociale ad essa associate. Esse infatti spaziano dai piccoli furti di giovani delinquenti (Winnicott, 1956), all'impostura (Greenacre, 1971) e l'abile manipolazione di individui socialmente adattati (Bursten, 1973), alla fredda e sadica violenza di *serial killer* e predatori sessuali (Meloy, 1988; McWilliams, 1994). Altre volte, invece, vengono troppo precipitosamente ricondotti a questo quadro di personalità agiti delinquenziali che coincidono con la criminalità comune (Gabbard, 2005; Kernberg, 1992). Questo problema è evidente soprattutto nella diagnosi di ASPD del DSM, che è eccessivamente legata ad aspetti comportamentali e non consente di discriminare tra la componente di personalità e quella di agito. Il maggiore contributo di una cornice concettuale che fa riferimento al narcisismo può in effetti essere la riduzione di tale sovrapposizione; la differenza tra gli agiti antisociali che riflettono una personalità psicopatica e le condotte delinquenziali che dipendono da altri fattori diventa più evidente se li analizziamo alla luce delle dinamiche narcisistiche.

Meloy (1988) ha ipotizzato l'esistenza di due modalità di aggressione, che comprendono fattori motivazionali, affettivi, percettivi, comportamentali e così

via. Tali modalità offrono alcuni punti di riferimento nell'analisi delle differenze tra l'aggressione⁶ psicopatica e quella non psicopatica. Da un lato troviamo l'aggressività affettiva, dall'altro quella predatoria; l'ipotesi dell'autore è che il processo psicopatico predisponga allo sviluppo di aggressività predatoria e ne precipiti e mantenga l'espressione.

L'aggressività affettiva è quella più comune nella specie umana, e si configura come un'aggressività "calda". È caratterizzata da un'intensa attivazione del sistema nervoso autonomo simpatico e da una esperienza soggettiva di emozione cosciente, e la violenza, se presente, è reattiva ed immediata. Infatti, tale modalità di aggressione è la risposta a una minaccia percepita; in ambito psicopatologico, essa può essere innescata da allucinazioni uditive come nelle psicosi, o da introietti persecutori egodistonici come nel disturbo borderline di personalità. Il suo scopo è pertanto la riduzione della minaccia percepita. Può avvenire un rapido spostamento dell'obiettivo dell'attacco aggressivo. La sequenza comportamentale è in genere breve e ha durata limitata, ed è preceduta da un rituale pubblico, come i tipici atteggiamenti posturali che suggeriscono un attacco imminente e che hanno a loro volta lo scopo di ridurre o eliminare la minaccia intimidendo l'avversario. La dimensione affettiva di questo tipo di aggressività è evidente dalla sensazione di "essersi lasciati trasportare" che frequentemente segue l'*acting out*; tuttavia, la componente affettiva può anche essere dissociata sul momento ed è inferibile solo dal grado di violenza che si osserva nell'agito. L'aggressività affettiva è solitamente seguita da disforia e abbassamento dell'autostima a causa di sentimenti di colpa e rimorso nei confronti della vittima.

L'aggressività predatoria è finalizzata alla distruzione della preda, sulla quale il predatore è così concentrato che può finire per sopprimere gli altri stimoli sensoriali. In contrasto con l'aggressione affettiva, la predatorietà è caratterizzata da minimo *arousal* autonomico, dall'assenza di emozione cosciente a parte un certo senso di euforia legato all'identificazione proiettiva e al controllo onnipotente, e da una violenza che, se presente, è pianificata e intenzionale. Non vi è percezione di minaccia, ma al contrario la vittima è cercata attivamente, e gli scopi possono essere multipli e variabili. Raramente vi è spostamento dell'obiettivo dell'aggressione: viene scelta e aggredita una vittima specifica. La sequenza comportamentale, non essendo legata all'attivazione del sistema

⁶ Tale aggressione può essere manifestamente violenta come non esserlo. Non è la gravità dell'agito che indica una struttura psicopatica, ma le caratteristiche psicodinamiche che sottostanno all'atto.

nervoso autonomo, non ha restrizioni temporali di tipo fisiologico, e può durare a lungo. Di solito è seguita o preceduta da un rituale privato che ha un carattere quasi-magico per chi lo esegue, e ha la funzione di gratificare alcuni desideri narcisistici; viceversa, qualunque indizio di aggressività è tenuto nascosto alla vittima designata. L'esame di realtà è mantenuto, e giocano un ruolo essenziale processi cognitivi di alto livello. Chi agisce un'aggressione di stampo predatorio, se ha successo ne ricava un aumento dell'autostima.

Gli agiti aggressivi di entrambi i tipi sono distinti nella personalità psicopatica da alcune peculiarità legate a dinamiche narcisistiche che permettono di differenziarli dai comportamenti antisociali non psicopatici.

Esplosioni di aggressività affettiva sono molto comuni e possono presentarsi anche in personalità non patologiche; l'assenza di vincoli superegoici rende tuttavia il loro verificarsi più frequente negli individui psicopatici. L'aggressività affettiva nella psicopatia è paradossalmente caratterizzata da un massiccio blocco degli affetti (Modell, cit. in Meloy, 1988, pag. 203) a causa dell'azione di meccanismi dissociativi che li escludono dalla coscienza. Questo blocco degli affetti rappresenta una difesa narcisistica del Sé grandioso che protegge dalla relazione con l'oggetto e nutre una fantasia di autosufficienza grandiosa (Meloy, 1988); in altre parole, in una situazione di violenza affettiva l'individuo si difende dalla propria invidia e avidità verso l'oggetto sperimentando un senso di distacco interpersonale ed emotivo ed agendo il proprio odio relazionale in maniera sadica. Tali dinamiche di aggressione affettiva sono identiche nello psicopatico e nel narcisista non psicopatico; il primo tuttavia mostra spesso un sadismo maggiore a causa della severità della compromissione delle sue strutture, oltre a poter manifestare aggressività predatoria prima o dopo l'aggressione affettiva. Negli psicopatici inoltre riscontreremo l'assenza di sentimenti di colpa o empatia per la vittima successivi all'aggressione, in quanto l'altro è vissuto essenzialmente come un'estensione narcisistica del Sé grandioso. Si possono invece manifestare intensi sentimenti di disforia e di rabbia narcisistica dopo le esplosioni di violenza, specialmente se queste hanno portato all'arresto o a qualche altro tipo di contenimento contro la volontà dell'individuo. Occasionalmente, possono comparire espressioni di rimorso come gesti imitativi, imposture finalizzate ad ottenere qualche vantaggio come una riduzione della pena.

Gli agiti affettivamente aggressivi possono dunque suggerire una sottostante struttura di personalità psicopatica se presentano queste due caratteristiche; altrimenti, sarà opportuno ipotizzare altre problematiche.

La modalità di aggressione che è più caratteristica della psicopatia è tuttavia quella predatoria. Gli scopi della violenza predatoria possono essere molteplici,

ma generalmente hanno a che fare con la realizzazione di fantasie vendicative nei confronti dell'oggetto, con la gratificazione di desideri sadici, oppure con il bisogno di esercitare controllo onnipotente nei confronti della vittima per evacuare gli introietti cattivi, obiettivi che possono essere raggiunti anche tramite l'inganno e la manipolazione (Bursten, 1973). Vi sono poi una serie di catalizzatori ambientali e situazionali che possono favorire la comparsa di questa aggressività: il profitto e il guadagno monetario, le convinzioni ideologiche o religiose, i valori di una certa cultura o sottocultura, acuti *stressor* socioeconomici e così via. Alcuni *serial killer* possono vivere la loro attività come una vendetta contro il sistema sociale (Leyton, cit. in Meloy, 1988, pagg. 221 e ss.). Le fantasie grandiose di onnipotenza e infallibilità sono rivitalizzate dall'uso di rituali privati che precedono l'*acting out* dell'aggressione, che possono prevedere l'assunzione di droghe eccitanti; mentre i rituali che occorrono durante o dopo la violenza hanno lo scopo di agire fantasie sadiche e di scherno nei confronti della vittima, facilitando nel contempo la proiezione del materiale persecutorio di cui lo psicopatico si vuole liberare. Anche se l'esame di realtà rimane inalterato, i concetti di Sé e dell'oggetto mostrano la loro particolare fusione durante le aggressioni predatorie (Meloy, 1988): la concezione dell'altro come estensione psicodinamica del proprio Sé grandioso, in cui sono fusi il Sé reale e ideale e l'oggetto ideale, rende conto dello spaventoso grado di violenza apparentemente immotivata che talvolta si manifesta negli agiti psicopatici. Nel narcisismo, l'altro non è visto nella sua separatezza ma come estensione di sé da usare per soddisfare i propri bisogni; l'identificazione aggiuntiva con l'oggetto-Sé estraneo colora questa dinamica essenzialmente narcisistica di una sfumatura particolarmente aggressiva e persecutoria, facilitando l'agito aggressivo che rinforzerà a sua volta la concezione di sé come «*larger than life*» (Meloy, 1988, pag. 240).

La presenza dell'oggetto-Sé estraneo nel Sé grandioso di questi individui fa sì che essi siano sempre tormentati a livello inconscio dalla paura di essere vittime di un predatore, per via del ciclo di introiezione e proiezione del loro stesso materiale sadico e aggressivo. Le difese da queste paure, come il controllo onnipotente e l'identificazione proiettiva, sostengono la pianificazione e l'intento predatorio. La varietà di difese dissociative usate dalla personalità psicopatica permettono di prevenire l'esperienza degli affetti e possono contribuire ai sentimenti di soddisfazione ed euforia sprezzante che sovente seguono l'*acting out* aggressivo; tale senso di soddisfazione sadica è anche legato al successo della svalutazione e del controllo onnipotente dell'oggetto.

Se il narcisismo è dunque un fertile *background* per l'aggressività predatoria,

in quanto la mancanza di attaccamento e legami verso gli altri ostacola l'identificazione empatica con la vittima e permette di disinibire la ricerca di soddisfazione sadica, mentre la visione dell'altro come estensione di sé ne facilita lo sfruttamento, i processi psicopatici fanno sì che tale aggressività sia effettivamente agita. Inoltre, lo schema relazionale sadomasochistico precocemente interiorizzato produce una forte spinta al suo *enactment*, predicendo così una ricorrente interazione aggressiva e predatoria con gli altri. Gli agiti antisociali che suggeriscono una sottostante personalità psicopatica sono dunque quelli caratterizzati da assenza di emozione durante l'atto, ad esclusione di una certa euforia sprezzante; da assenza di rimorso e considerazione per la vittima; dalle peculiari caratteristiche dell'aggressività predatoria. Le dinamiche analizzate fin qui possono esprimersi sia attraverso agiti violenti che tramite predazioni non violente (Meloy, 1988; Bursten, 1973; McWilliams, 1994). Considerando la psicodinamica sottostante l'atto, e non la sua gravità giuridica o persino morale, la sovrapposizione tra criminalità e psicopatia dovrebbe considerevolmente ridursi.

L'eterogenea gravità degli agiti che si presentano nella personalità psicopatica, a sua volta, può assumere chiarezza facendo riferimento al quadro presentato in figura.



La figura presenta l'incrocio di due continuum. Il continuum verticale fa riferimento ai livelli evolutivi di organizzazione della personalità ipotizzati da Kernberg (1984) nella sua diagnosi strutturale, con l'aggiunta del livello sano proposto nel PDM (PDM Task Force, 2006). La linea orizzontale invece pone in continuità una serie di condizioni narcisistiche differenziate da quello che ho chiamato "livello di psicopatia", un'espressione imprecisa per riassumere il livello di patologia del Super-Io e delle relazioni oggettuali e la quantità di infiltrazione aggressiva del Sé grandioso che determinano se e quanto la personalità narcisistica si struttura in senso psicopatico. Questo continuum orizzontale ricalca quello proposto da Kernberg (1984; 1992) per i livelli di patologia del Super-Io, escludendo tuttavia le condizioni che non sono riconducibili ad un quadro prevalentemente narcisistico. Ciascuna delle tipologie di narcisismo si può strutturare a qualunque livello del continuum evolutivo verticale, ma tenderà a saturare maggiormente verso un estremo.

L'incrocio di queste due linee ortogonali rende ragione dell'antisocialità degli agiti. Incontreremo gli agiti più violenti e sadici nel riquadro in basso a sinistra, mentre sarà meno probabile trovarli nelle condizioni che si situano in alto a destra. Nel quadrante in alto a sinistra troviamo invece gli psicopatici di alto livello, come i manipolatori di Bursten (1973), i criminali dal colletto bianco, gli individui socialmente adattati che presentano le caratteristiche psicodinamiche della psicopatia. Secondo Meloy (1988), le personalità psicopatiche strutturate ad un livello psicotico sono molto a rischio di manifestare violenza, in quanto i processi psicopatici disinibiscono l'espressione comportamentale delle allucinazioni uditive e di comando che, per lo stesso motivo, tenderanno ad avere carattere sadico, aggressivo e persecutorio. La fusione tra il Sé e l'oggetto non è più solo concettuale ma anche percettiva, perché l'esame di realtà è compromesso. I deliri saranno perciò probabilmente agiti, e conterranno elementi di identificazione proiettiva con l'oggetto cattivo, ad esempio attraverso metafore religiose come i demoni, le forze del male e l'Anticristo. La psicosi si manifesta nella psicopatia tipicamente attraverso la paranoia e gli stati maniacali. Gli psicopatici di alto livello, invece, potranno avere un successo sociale paradossalmente molto elevato a causa dell'adattività di alcuni tratti della psicopatia nel progredire sulla scala sociale.

Così, possiamo concludere che le condotte antisociali particolarmente gravi in termini di sadismo e violenza interpersonale, che presentano i caratteri tipici dell'aggressione predatoria e *callous della psicopatia*, suggeriscono una personalità psicopatica organizzata a un livello psicotico o borderline molto compromesso; un esempio sono i serial killer. Comportamenti in cui si ritrovano

queste stesse caratteristiche, ma che hanno una sfumatura maggiormente parassitaria, manipolatoria e perciò socialmente adattiva si possono imputare a personalità psicopatiche di alto livello. Muovendosi lungo il continuum orizzontale, invece, vedremo man mano scemare il selvaggio sadismo, il distacco dagli altri e la predatorietà dell'agito, segno di una migliore integrazione del Super-Io, una patologia delle relazioni oggettuali meno severa e una minore infiltrazione dell'aggressività nella struttura grandiosa del Sé.

In conclusione, adottare il narcisismo patologico come cornice di interpretazione della personalità psicopatica permette di collegare con grande coerenza le molteplici sfaccettature psicodinamiche e comportamentali di questo quadro caratteriologico, spiegando anche alcune manifestazioni ad esso frequentemente associate come la tossicodipendenza. Inoltre, aiuta a svincolare questa diagnosi dalla sua componente delinquenziale, riducendone la sovrapposizione con la criminalità comune e con le definizioni storico-culturali di ciò che è antisociale e ciò che è prosociale⁷. Auspicabilmente, ciò dovrebbe contribuire a risolvere il problema della sovradiagnosi di disturbo antisociale negli strati più bassi della popolazione e alla sua sottodiagnosi in pazienti psicopatici ben adattati socialmente: vi sono infatti contesti in cui la spregiudicatezza e la manipolatorietà sono non solo tollerati, ma anzi altamente considerati e possono portare oggettivi vantaggi, ad esempio nel mondo degli affari, nella politica, nella gestione aziendale ma più probabilmente «in every walk of life» (Bursten, 1973, pag. 168).

L'approccio clinico alla personalità psicopatica può beneficiare sia di ulteriori ragionamenti psicopatologici che di un'autocritica epistemologica riguardo le categorie etiche e morali, spesso stabilite a priori, che la informano. Ciò è indispensabile per migliorare la comprensione e l'accettazione di questi pazienti, evitando un atteggiamento che si avvicina più alla "caccia alle streghe" (Good, Burstein, 2010) che non alla clinica. Porre l'attenzione sull'estremo *sturm und drang* dinamico che affligge dall'interno i pazienti psicopatici più che sulle loro azioni, ripugnanti alla maggior parte del persone, può anche facilitare un approccio maggiormente comprensivo ed empatico verso quelli che sono universalmente descritti come pazienti difficili.

Bisogna perciò addentrarsi in un mondo ostile e pericoloso, popolato da autorità sadiche, predatori e prede, carnefici e vittime; ma solo perché questo mondo è così spaventoso e diverso dal nostro, non dobbiamo escludere la viva

⁷ Ricordo ad esempio che la prima edizione del DSM comprendeva tra i disturbi sociopatici anche l'omosessualità.

sofferenza che può accompagnare i suoi abitanti. Gli psicopatici sono forse lupi tra gli uomini, ma sono essi stessi uomini (e donne) per i quali l'esistenza si caratterizza come una lotta per la sopravvivenza in un universo che vivono come spietato e incomprensibile.

La saggezza antica ci avverte: homo homini lupus. Lo studioso di psicopatologia precisa:

la realtà della personalità antisociale è l'incubo della persona normale; la realtà della persona normale è l'incubo dello psicopatico (Kernberg, 1992, pag. 98).

Bibliografia

Albasi, C. (2006), *Attaccamenti traumatici*. Torino: UTET.

Albasi, C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. Tr. it. (2001), Milano: Masson.

Borgogno, F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri.

Bortoli, R., Bova, F. (a cura di) (2010), *Personalità paranoide e psicopatica. Contributi alla patologia di personalità tra psichiatria e psicoanalisi*. Roma: Borla.

- Bursten, B. (1973), *The manipulator. A psychoanalytic view*. New Haven and London: Yale University Press.
- Cleckley, H. (1941), *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- Dazzi, S., Madeddu, F. (2009), *Devianza e antisocialità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferracuti, S., Roma, P. (2010), Il disturbo antisociale di personalità e le carriere criminali. Alcune riflessioni sui disturbi narcisistici. In U. Sabatello (a cura di), *Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto. Una prospettiva psichiatrico-forense* (199-233). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, A. (1965), *Normalità e patologia del bambino. Valutazione dello sviluppo*. Tr.it. (1969), Milano: Feltrinelli.
- Freud, S. (1916), *Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico*. Tr. it. (2008) in *Opere*, vol. 8 (625-652). Torino: Bollati Boringhieri.
- Fromm-Reichmann, F. (1950), *Principi di psicoterapia*. Tr. it. (1975), Milano: Feltrinelli.
- Gabbard, G. O. (2005), *Psichiatria psicodinamica*. Tr. it. (2007), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Good, P., Burstein, J. (2010), A modern day witch hunt: the troubling role of psychologists in sexual predator laws. *American Journal of Forensic Psychology*, vol. 28, 4, 23-49.
- Greenacre, P. (1958), The Impostor. Tr. it. (1994) in K. Abraham et al., *Bugiardi e traditori* (13-42). Torino: Bollati Boringhieri.
- Jacobson, E. (1964), *Il Sé e il mondo oggettuale*. Tr. it. (1974), Firenze: Martinelli.
- Kernberg, O. F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. it. (1978), Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Tr. it. (1990), Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1992), *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Tr. it. (1993), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Klein, M. (1927), Tendenze criminali nei bambini normali. Tr. it. (2006) *Scritti 1921-1958* (197-213). Torino: Bollati Boringhieri.
- Lion, J. R. (1978), Outpatient treatment of the psychopath. In J. R. Meloy (ed.) (2001), *The Mark of Cain. Psychoanalytic Insight and the Psychopath* (265-282). Hillsdale: The Analytic Press.
- Lion J. R. (1999), Countertransference in the treatment of the antisocial patient. In G. O. Gabbard (ed.), *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment* (73-84). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Mathieu, V. (1981), *Essenza, natura, devianza*. In O. Siciliani, P. G. Muzi, M.

- Bianca (a cura di), *Normalità e devianza. Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia* (39-50). Milano: Franco Angeli.
- McWilliams, N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. (1999), Roma: Astrolabio – Ubaldini.
- Meloy, J. R. (1988), *The psychopathic mind. Origins, Dynamics and Treatment*. Lanham (MD): Rowman and Littlefield.
- Muzi, P. G. (1981), Inferenze normative nella struttura logica del discorso psicologico e psicopatologico. In O. Siciliani, P. G. Muzi, M. Bianca (a cura di), *Normalità e devianza. Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia* (97-129). Milano: Franco Angeli.
- PDM Task Force (2006), *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*. Tr. it. (2008), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pinamonti, H. (2004), L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva psicodinamica relazionale. In H. Pinamonti, M. R. Rossin (a cura di), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*. Milano: Franco Angeli.
- Richards, H. (1998), Evil Intent: Violence and Disorders of the Will. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, R.D. Davis (eds), *Psychopathy, Antisocial, Criminal, and Violent Behavior* (69-94). New York: The Guilford Press.
- Ryan, W. (1976), *Blaming the Victim*. New York: Vintage Books.
- Sabatello, U. (2010), Precursori, segni e significati della violenza. In U. Sabatello (a cura di), *Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto. Una prospettiva evolutiva e psichiatrico-forense* (3-24). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Scharfetter, C. (1976), *Psicopatologia generale. Un'introduzione*. Tr. it. (1992), Milano: Feltrinelli.
- Stone, M. H. (2005), La violenza. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender (eds), *Trattato dei Disturbi di Personalità* (765-791). Tr. it. (2008), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott, D. W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Tr. it. (1975), Firenze: Martinelli.
- Winnicott, D. W. (1974), *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Tr. it. (1983), Roma: A. Armando.

Sitografia

Migone, P. (1993), *Il concetto di narcisismo*. <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt63-64.htm>

L'UNITÀ' PER ADOLESCENTI DEL "CENTRO PAOLO VI". MODELLI TERAPEUTICI, ORGANIZZAZIONE E STRUMENTI

SAVERIO BERGONZI*

***Riassunto.** L'articolo si propone di descrivere il modello organizzativo e teorico dell'Unità che accoglie adolescenti e preadolescenti del Centro di Riabilitazione Extraospedaliera "Paolo VI" di Casalnoceto. Per rendere meglio e spiegare la complessità che contraddistingue questo tipo di lavoro con gli adolescenti "problematici" si offriranno alcuni dati in grado di attualizzare la discussione ed arricchirla. Successivamente si andranno a descrivere le modalità di intervento e progettazione terapeutico-riabilitativa, attraverso l'analisi dei modelli teorici sottostanti e la descrizione di alcuni strumenti terapeutici.*

Parole-chiave: minori, terapia, gruppo

1. Introduzione

Quello che ci proponiamo di fare con questo articolo è offrire una descrizione dell'Unità per Adolescenti del Centro di Riabilitazione Extraospedaliera "Paolo VI" di Casalnoceto (AL).

Tale descrizione si pone l'obiettivo di mostrare l'Unità da due punti di vista: uno più organizzativo e progettuale, l'altro orientato agli approfondimenti teorici legati al modello utilizzato e agli strumenti terapeutici.

Come prima cosa era nostra intenzione mostrare alcuni dati raccolti negli ultimi anni al fine di contestualizzare quanto andremo a descrivere. Si potrebbe dire, parafrasando P.C. Racamier: "La lotta con il reale, questa grande impresa, come non se ne sopporta l'attrazione, così non se ne sopporta l'assenza". Sappiamo infatti quanto sia indispensabile fare i conti con gli elementi reali che entrano in gioco, definiscono il *setting* e i contratti terapeutici.

* Psicologo, psicoterapeuta, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

I dati sono stati raccolti da me e dai clinici dell' "Unità Terapeutica Disagi Neuropsichici" attraverso l'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti. I dati non hanno validità statistica (in quanto il gruppo è poco numeroso e non sufficientemente rappresentativo), ma possono offrire spunti e indicazioni considerevoli rispetto ad una fotografia, perciò statica e limitata nel tempo, della situazione contestuale agli argomenti trattati.

Di seguito verranno riportate due tabelle; la prima si riferisce alla situazione degli anni 2007-2009, l'altra a quella attuale.

Tab. 1 - Situazione 2007-2009

Piemonte	10%
Lombardia	68%
Liguria	13%
Emilia Romagna	9%
Valle d'Aosta	0%
Disturbo di personalità	47%
Disturbo della condotta	27%
Dist.post traumatico da stress	10%
Sindromi schizoaffettive e schizotipiche	16%
Esordio adolescenziale	27%
Condotte autoaggressive	24%
Tentato suicidio	10%
Condotte eteroaggressive	84%
Aggressività agita in famiglia	50%
Problemi di apprendimento	83%
Fughe	23%
Vagabondaggio	13%
Furti	3%
Abuso di droghe leggere	6%
Ritiro relazionale	43%

Tab. 2 - Situazione 2011-2012

Piemonte	20%
Lombardia	68%
Liguria	8%
Emilia Romagna	2%
Valle d'Aosta	2%
Disturbo di personalità	38%
Disturbo della condotta	44%
Dist.post traumatico da stress	6%
Sindromi schizoaffettive e schizotipiche	12%
Esordio adolescenziale	52%
Condotte autoaggressive	40%
Tentato suicidio	8%
Condotte eteroaggressive	56%
Aggressività agita in famiglia	28%
Problemi di apprendimento	34%
Fughe	22%
Vagabondaggio	4%
Furti	6%
Abuso di droghe leggere	12%
Ritiro relazionale	24%

Segue...

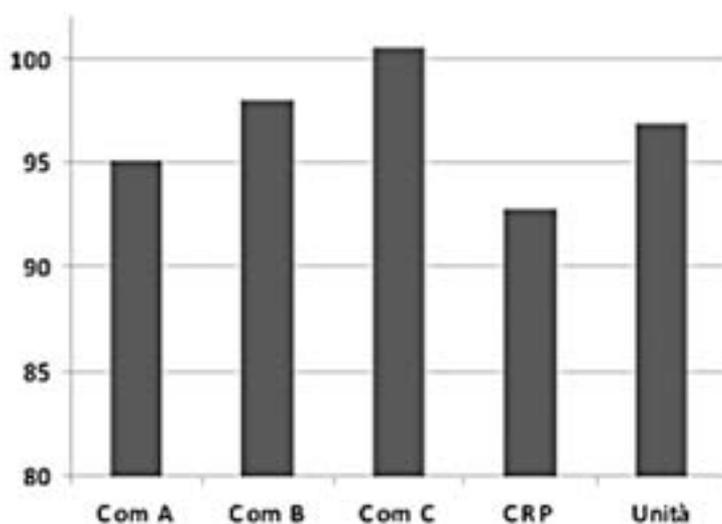
Tab. 1 - Situazione 2007-2009

Comunità	39%
Reparto ospedaliero	17%
Famiglia	43%
Assenza del nucleo familiare	6%
Genitori separati	27%
Patologia psichiatrica genitori	57%
Adottati	20%
Maltrattamenti	44%
Molestie sessuali	67%
Nessun decreto	23%
Decreto affido ai servizi	77%
si	66%
no	34%

Tab. 2 - Situazione 2011-2012

Comunità	36%
Reparto ospedaliero	10%
Famiglia	54%
Assenza del nucleo familiare	6%
Genitori separati	20%
Patologia psichiatrica genitori	12%
Adottati	8%
Maltrattamenti	28%
Molestie sessuali	20%
Nessun decreto	26%
Decreto affido ai servizi	74%
si	74%
no	26%

Tab 3 - Posti-letto occupati nel 2011/2012



Analizzare i dati presenti nelle tre tabelle suesposte sarebbe un lavoro molto grande e che si presterebbe a molteplici considerazioni. Per questo motivo non è nostra intenzione entrare nello specifico ma offrire la possibilità di contestualizzare i discorsi che seguiranno partendo da un elemento che credo emerga facilmente: la complessità intesa dal punto di vista del grande numero di storie (nell'ultima tabella si può notare l'alto numero di posti-letto occupati), delle differenze che queste storie portano con sé, e di come queste differenze possono essere affrontate, integrate, valorizzate e descritte.

Descrivere e analizzare i dati porterebbe con sé il rischio di perdere di vista l'obiettivo dell'articolo e limiterebbe la possibilità di riuscire a descrivere e spiegare i modelli e il funzionamento dell'Unità. Si invitano per questo i lettori a guardare ai dati come ad un'immagine, anzi una cornice, che dà i limiti alle descrizioni che seguiranno.

2. Il modello

Considerando i dati riportati nel precedente paragrafo, si è resa necessaria una progettualità capace di integrare le risorse tese a sviluppare connessioni tra i diversi servizi e tra le varie fasi evolutive dei pazienti; tale progettualità è finalizzata al tentativo di rispondere in modo flessibile ai frequenti momenti di crisi degli adolescenti "problematici", ed ha portato il Centro "Paolo VI" a costruire un progetto composto da quattro comunità, che, collocandosi in rete tra loro e all'interno di rapporti con i servizi invianti, le famiglie e il territorio, potessero meglio rispondere ai bisogni dei minori ed affrontare più efficacemente le problematiche conseguenti.

Il modello di rete, al quale l'Unità per minori fa riferimento, è un modello terapeutico orientato all'integrazione e alla valorizzazione delle connessioni. Per integrazione si intende il tentativo di rispondere in modo globale e non isolato alle varie dimensioni del bisogno del minore (con la sua cultura, i suoi legami sociali, il suo territorio e la sua famiglia) e per connessione si intende il coordinamento e la collaborazione tra i vari soggetti interessati (rispettando ovviamente i ruoli e le competenze e definendole nel modo più chiaro possibile). La progettualità terapeutica in ambito di trattamento residenziale di un minore non deve realizzarsi come una riduzione della complessità, perciò l'Unità si propone l'obiettivo di definire chiaramente il proprio ruolo all'interno della rete, come una parte determinata nel percorso evolutivo del paziente; il trattamento in comunità si configura quindi come un accompagnamento del minore attraverso una o più fasi di crescita, come un "tratto di strada" con un inizio ed una fine definiti. Per questo, le comunità ricercano e valorizzano le peculiarità e le

competenze specifiche dei servizi territoriali, creando e stimolando l'interazione con la rete dell'associazionismo e con il mondo del volontariato e costruiscono, ove possibile, un percorso parallelo con le famiglie d'origine, sostenendo le risorse delle singole storie ed esperienze.

L'Unità viene dunque considerata come struttura "aperta", dove i cambiamenti e i passaggi evolutivi possano essere stimolati, riconosciuti e valutati e dove esistono tappe che segnano un percorso, rispettando l'individualità dei singoli. Per questi motivi, come si vedrà meglio in seguito, l'Unità è composta da quattro comunità che ospitano i pazienti durante le diverse fasi evolutive, riconoscendo loro i cambiamenti, intesi sia dal punto di vista della crescita che da quello della remissione o stabilizzazione della patologia, senza dimenticare l'evoluzione dei rapporti con la famiglia e il territorio d'origine.

In questa prospettiva, l'intervento degli operatori (educatori, medici, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, terapisti, infermieri, assistenti sociali...), l'importanza dell'inquadramento diagnostico ed anche della terapia farmacologica possono generare un significato simbolico di comunicazione, si spera rassicurante, ma certamente riflessiva e contenitiva, finalizzata a stimolare le risorse personali a seconda dei bisogni e dei momenti e a contenere le ansie e le angosce di cui sono carichi i minori in situazione di disagio psicopatologico e gli adolescenti in genere. I vari interventi all'interno dell'Unità (la psicoterapia individuale e di gruppo, le attività ricreative, sportive, i laboratori e le attività scolastiche o lavorative) interagiscono tra loro e si richiamano sinergicamente; anche dal punto di vista teorico è possibile utilizzare più modelli con tecniche e strategie differenti.

Nelle comunità, il gruppo di pazienti e il gruppo di operatori condividono esperienze e specificità professionali diverse, cercando una continua integrazione data dal modello di riferimento che produce uno stile il più possibile unitario degli interventi, rispettando però le singole individualità e considerandole arricchenti da più punti di vista.

Questa esperienza permette ai pazienti, che ne hanno la possibilità, di proiettare e produrre fantasie e rielaborarle affrontando scissioni e disgregazioni, operando un continuo lavoro di integrazione tra parti interne e parti reali. Alcuni pazienti avranno così la possibilità di costruire e strutturare l'identità, altri di esperire movimenti identificatori.

All'inizio del progetto vi è il minore con il proprio disagio e, soprattutto, la fatica di lasciarsi "agganciare" dall'altro, di fidarsi portando vissuti di trascuratezza, di abbandono e di violenza.

I trattamenti terapeutici e gli stili educativi, la quotidianità e il lavoro intrapsichico,

le attività pedagogiche e riabilitative, le attività sportive e gli inserimenti scolastici o i tirocini lavorativi si intrecciano e si completano, soprattutto quando le competenze e le metodologie degli operatori vengono integrate in un “luogo” comune, inteso come spazio di pensiero.

I principi della progettazione educativa delle comunità sono la quotidianità, la vita di gruppo e la socialità, cioè la capacità di stare con la gente, tra la gente, di interagire e di relazionarsi con gli altri.

All'interno dell'équipe di ogni singola comunità è presente un neuropsichiatra infantile, uno psicologo e la figura del referente educativo, in genere un educatore anziano, con caratteristiche di leadership e con competenze di coordinamento dell'équipe. Il referente mantiene i contatti con l'esterno, con il servizio sociale, con l'Ufficio del Personale e con i clinici.

E' prevista la supervisione da parte di un tecnico esterno per tutti gli operatori (sia per quanto concerne le dinamiche istituzionali che per i casi clinici). L'offerta terapeutica-riabilitativa della comunità prevede colloqui, gruppi, momenti di incontro, di formazione o di *counseling* familiare per i singoli pazienti e per le loro famiglie (con lo psicologo o con il neuropsichiatra), coinvolgendo, a seconda del caso, l'intero nucleo familiare o un singolo genitore.

Particolare importanza nel progetto riveste l'ambito dell'istruzione obbligatoria e della formazione. Superata la fase critica, ove le condizioni lo consentano e a seconda delle valutazioni dell'équipe curante, gli ospiti potranno frequentare la scuola vicino alla comunità in modo da garantire il più possibile una situazione di quotidianità normalizzante e regolare. Gli educatori e la pedagoga cureranno i rapporti con i docenti in modo che la frequenza sia un'occasione costruttiva di ripresa di normalità e non una situazione frustrante per l'ospite o per i suoi compagni di classe. Anche la scelta di un corso di formazione professionale costituisce un momento importante nella progettazione del contratto terapeutico ed educativo individuale. Spazi specifici all'interno della comunità sono dedicati al sostegno scolastico ed alla formazione (con l'ausilio di trattamenti psicopedagogici o lezioni di sostegno e approfondimento).

Parte della letteratura sulla comunità terapeutica, a partire dalle esperienze inglesi con gli adulti psichiatrici, sottolinea l'incisività terapeutica di un ambiente inteso come matrice simbolica, più che attraverso l'interpretazione, attraverso la comunicazione contenuta nella quotidianità; si evidenzia inoltre l'importanza di favorire occasioni di socializzazione e risocializzazione e di incremento delle capacità di autonomia personale e di autodeterminazione.

I riferimenti teorici sono molteplici: ci si riferisce infatti alla cultura di comunità

e all'esperienza educativa, alla neuropsichiatria infantile, all'orientamento psicodinamico e alla psicofarmacologia.

Considerando quanto detto finora, si considera imprescindibile l'apporto e l'integrazione di differenti professionalità, in particolare educatori, pedagogisti, oss., conduttori di laboratori, assistenti sociali, infermieri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoterapeuti, fisioterapisti, psicomotricisti, logopedisti e musicoterapeuti, con costante riferimento ai professionisti invianti delle ASL, per garantire agli ospiti una progettazione comunitaria e postcomunitaria ben collegata alle risorse sociali, scolastiche e lavorative. Diventa quindi centrale il ruolo delle riunioni d'équipe in tutte le loro forme e organizzazioni. Inoltre la connessione tra i vari Servizi (NPI, Servizi Socio-assistenziali) ed eventualmente, ove coinvolto, con il Tribunale dei Minori, costituisce momento fondamentale del lavoro di comunità.

3. I pazienti

L'Unità accoglie adolescenti e preadolescenti di ambo i sessi, in età compresa tra i 9 e i 18 anni, inviati dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile, con disturbi comportamentali in fase subacuta, correlati a patologie della condotta o psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza, che presentano livelli cognitivi nella media e che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale. L'accesso è spesso successivo al ricovero ospedaliero presso Strutture Complesse di Neuropsichiatria Infantile o presso SPDC o altre strutture di ricovero. In alcuni casi i pazienti provengono dalle famiglie di origine. Ogni comunità ha una capienza massima di 10 ospiti.

L'Unità per minori ospita pazienti adolescenti e preadolescenti ed è composta dall'UTDN (Unità Terapeutica Disagi Neuropsichici) e dalla CRP (Comunità Riabilitativa Psicosociale) "La Crisalide".

L'UTDN, situata a Casalnoceto, all'interno della struttura "Centro Paolo VI", si compone di tre comunità per un totale di 30 posti letto, mentre la struttura "La Crisalide" si trova nel centro abitato di Tortona e ospita 10 pazienti.

Gli ospiti di tale Unità sono adolescenti e preadolescenti con disturbi d'ansia, disturbi post-traumatici da stress, disturbi depressivi, disturbi di personalità, disturbi della condotta e della sfera emozionale, sindromi schizotipiche e schizoaffettive, schizofrenia, sindromi disintegrative dell'infanzia e dell'adolescenza, psicosi ad esordio precoce.

Tale Unità si compone di tre comunità di dieci posti ciascuna.

Nelle prime due comunità (comunità "A" e comunità "B") si accolgono pazienti in stato di post-acuzie, in arrivo dai reparti di Neuropsichiatria Infantile, da

comunità educative per minori e raramente anche da casa.

L'inserimento di ogni minore, di norma, fa seguito ad un periodo di valutazione da parte delle équipes clinico-educative. I clinici dell'Unità (neuropsichiatra infantile e psicologo) e un educatore sostengono alcuni colloqui con il paziente (al fine di valutare il grado di consapevolezza della propria sofferenza, il bisogno di cura e la domanda), con la famiglia del paziente (per valutare le potenzialità collaborative e il grado di *compliance*) e con i soggetti invianti (Servizi Sociali del territorio e Servizi di Neuropsichiatria Infantile). Il ricovero è sempre volontario, anche in presenza di eventuali decreti del Tribunale dei Minori, che potrebbero obbligare l'ente affidatario a collocare il paziente in struttura.

In fase iniziale, il paziente e chi si occupa di lui accetta e concorda un contratto con l'Unità.

Nella Comunità "A" sono accolti adolescenti dai 13 ai 18 anni, mentre in Comunità "B" sono ospitati minori dagli 8 ai 13 anni d'età.

La terza Comunità "C" ospita quei pazienti che, dopo un periodo trascorso nelle prime due comunità, si trovano in un momento di maggiore compenso e di stabilità psichica e che quindi necessitano di un ambiente meno contenitivo e maggiormente orientato al reinserimento sociale e all'acquisizione o al consolidamento delle autonomie personali.

La CRP "La Crisalide" si configura come un passaggio ulteriore per quei pazienti che dalla comunità "C" richiedono ancora un periodo di residenzialità per consolidare la propria situazione psichica e per acquisire una maggiore integrazione in ambito sociale.

Le comunità che costituiscono l'Unità per minori si configurano quindi come tre differenti stadi di sviluppo che compongono il percorso terapeutico-riabilitativo ed evolutivo di ciascun paziente.

L'obiettivo principale della Comunità "C" è quello di accompagnare i pazienti nelle fasi intermedie del loro progetto terapeutico, affrontando gli aspetti inerenti alla separazione (aspetti così pregnanti per minori, che spesso sono segnati da vissuti di abbandoni e separazioni violente).

I passaggi dalle comunità "A" e "B" alla "C" e alla "CRP" vengono vissuti dai ragazzi come un momento di crescita e di stabilizzazione, anche con connotazione rituale.

Gli obiettivi prioritari che la prima fase di accoglienza in comunità "A" e "B" prevede sono mirati essenzialmente, in un lasso di tempo limitato, al superamento e al sostegno della fase critica della patologia nel suo esordio o in episodi acuti successivi. In particolare, gli obiettivi sono quelli di:
- accompagnare e contenere il minore in un momento delicato quale è quello

della crisi, anche per evitare ricoveri o limitarne al massimo la durata;

- creare un clima accogliente e familiare, ma nello stesso tempo professionale e terapeutico che possa non essere frustrante, all'interno del quale il ragazzo possa affrontare i sintomi espressi;
- offrire uno spazio di distacco sia dalla realtà familiare che dall'ambiente sociale del proprio tessuto territoriale; all'interno di tale spazio attraverso la mediazione di figure accoglienti ma neutrali, si permette al minore di riflettere e ripensare a sé non solo secondo modalità patologiche reiterate;
- offrire uno spazio, non ospedaliero, di valutazione, diagnosi e impostazione del trattamento, anche farmacologico, della patologia;
- offrire strumenti specifici terapeutici, individuali e di gruppo;
- offrire momenti pedagogici e ricreativi attraverso la partecipazione a laboratori che stimolino l'interesse personale e la collaborazione di gruppo;
- offrire sostegno alle famiglie.

La comunità intende porsi così come un oggetto sufficientemente buono, in grado di ricostruire quello spazio mentale compromesso.

I supporti essenziali in questo difficile processo sono essenzialmente due:

- il lavoro terapeutico, riabilitativo ed educativo, attraverso il costante alternarsi di scissione e di integrazione, decostruzione e ricostruzione nel rapporto con gli operatori;
- la condivisione nel gruppo attuale di appartenenza (i pari della comunità) degli stati emotivi e degli affetti.

La comunità possiede un modello teorico esplicito e condiviso dall'équipe, al quale si riferisce per l'impostazione delle metodologie operative e per garantire un intervento terapeutico multidimensionale, che tenga cioè conto del lavoro sulla persona, del supporto farmacologico, della gestione dell'individuo, del gruppo e delle famiglie. Ci si rifà ai seguenti modelli teorici: la psicologia psicodinamica intesa nel suo complesso, la psicologia delle relazioni oggettuali, la teoria dell'attaccamento, la teoria di campo. La coerenza delle risposte e delle proposte della comunità è ritenuta fondamentale, anche per contrastare la tendenza degli adolescenti ad instaurare "giochi" simmetrici, ad attaccare la stabilità e la coerenza dell'istituzione e metterne in discussione l'autorità.

Il metodo di intervento è fondato principalmente sul trattamento della dimensione di gruppo, avvalendosi di strumenti sia psicoterapeutici che educativo-pedagogici; sono infatti previsti momenti di condivisione attraverso gruppi psicodinamici e momenti educativo-pedagogici che garantiscano il confronto sulla gestione sul piano della quotidianità.

Di seguito si tenterà di offrire una descrizione più schematica del funzionamento dell'Unità attraverso le sue fasi.

4. Le tappe del percorso terapeutico

Prima dell'inserimento

La richiesta di inserimento si concretizza con invio di una relazione, da parte dell'ASL o dell'Ente Affidatario, del territorio di provenienza del possibile ospite o tramite un colloquio telefonico con la assistente sociale del "Centro Paolo VI" o con un clinico dell'Unità. In ogni caso è importante che la richiesta di inserimento sia sempre seguita da una relazione clinica e da una breve relazione che motivi la richiesta stessa. Non vengono accettate richieste direttamente da parte dei familiari. La valutazione delle richieste di inserimento viene effettuata dal Servizio Sociale unitamente ai clinici delle Comunità e congiuntamente viene decisa l'assegnazione alle Comunità di accoglienza "A" o "B".

L'ammissione dell'ospite nel gruppo-adolescenti può prevedere, ad integrazione:

- Approfondimento del quadro clinico-psicosociale del minore con il servizio inviante.
- Conoscenza diretta del minore e della famiglia e/o gli esercenti la potestà genitoriale (con partecipazione dei clinici e degli educatori delle Comunità di Accoglienza "A" o "B"). La visita di pre-ingresso del paziente e della famiglia è finalizzata a valutare: la congruità dell'inserimento; il grado di consapevolezza della propria sofferenza e del bisogno di cura espresso dal minore; il grado di adattabilità ad un contesto comunitario; la possibile integrazione del ragazzo nel gruppo, anche valutando la situazione del gruppo stesso dove il minore potrebbe essere inserito.
- La valutazione delle potenzialità della famiglia di permettere una, se pur temporanea, separazione dal loro congiunto ed il grado di collaboratività con la struttura. Al termine di questi incontri, che possono prevedere la conoscenza, da parte del ragazzo/a, degli ambienti della Comunità, dei ragazzi in essa ospitati e degli operatori, viene effettuata una discussione allargata dello staff, per decidere se passare alla programmazione dell'inserimento del candidato/a.
- Qualora non sia possibile la conoscenza diretta del paziente, l'Unità Adolescenti è in grado di offrire un servizio di "pronta accoglienza" per un numero limitato di posti (massimo due). Si precisa che l'obbligo di collocare il ragazzo in struttura (quando prescritto da dispositivo T.M.)

competete all'Ente Affidatario mentre l'Unità Adolescenti non ha l'obbligo di accogliere ragazzi sottoposti a ricovero coatto né sottoposti a regime di sostituzione di pena.

Inserimento dell'ospite e periodo di valutazione

A seguito della valutazione di idoneità, viene programmato l'ingresso del paziente nell'Unità, secondo le seguenti modalità:

- Presentazione alla famiglia, all'ente inviante e/o ente affidatario, all'ospite del "patto della comunità", dei "regolamenti di comunità" e dei "consensi informati". Viene stipulato un patto non solo col futuro ospite e la sua famiglia ma anche con l'ente affidatario e/o inviante, che viene informato sulle regole ed sui servizi offerti dalla comunità al suo assistito. L'adesione e l'accettazione del patto da parte dei soggetti interessati è la condizione necessaria per dare avvio al rapporto di collaborazione tra gli stessi.
- Richiesta di invio di tutta la documentazione sanitaria, sociale, amministrativa, giuridica e scolastica in possesso della famiglia o dell'inviante.
- Si decide in accordo con l'assistente sociale interna e l'ente Inviante la data dell'inserimento del ragazzo/a.

A seguito dell'inserimento segue un fase di osservazione e di valutazione dell'ospite

La durata del periodo di valutazione è di due mesi e si conclude con l'équipe psicodiagnostica che riunisce gli operatori che hanno valutato l'ospite. La valutazione si compone nella quasi totalità dei casi di:

- Raccolta anamnestica.
- Valutazione Educativa con elaborazione di una relazione educativa d'ingresso.
- Valutazione psicodiagnostica, secondo i criteri di classificazione ICD-10, DSM IVtr e PDM e valutazione psicologica.
- Nel caso non sia allegata alla documentazione di invio una valutazione neuropsicologica si effettua una valutazione cognitiva con somministrazione di test per valutare il quoziente intellettivo o altri test neuropsicologici, nel sospetto di un disturbo più specifico.
- Valutazione pedagogica,

- Approfondimenti Clinico-Strumentali (se richiesto).
- Somministrazione Test: Vineland, SWAP-200, SCL90, MACI, QPad, Test autonomie, Test proiettivi, ecc.
- Eventuali altre valutazioni (MCT, FKT, ecc...)

Definizione del progetto riabilitativo

L'équipe psicodiagnostica ha il compito di elaborare una diagnosi psichiatrica, psicologica e funzionale, di definire le linee-guida del progetto terapeutico-riabilitativo e di stabilire, in linea di massima, un tempo di permanenza in comunità. Si prevede comunque che il progetto terapeutico-riabilitativo all'interno del "Centro Paolo VI" non superi i 24 mesi nell'ambito delle Comunità "A", "B", "C".

Il progetto deve essere la sintesi di:

- PAI (piano assistenziale individuale);
- PEI (piano educativo individuale);
- PRI (piano riabilitativo individuale);
- Piano farmacoterapeutico.

Esso deve prevedere: la tipologia/durata di progetto, le finalità generali, gli obiettivi prioritari e di terapia ambientale, le attività settimanali e tutti i programmi specifici identificati.

Verifica e riesame del progetto

Il progetto è sottoposto a verifica e riesame ogni 6 mesi per le comunità "A", "B", "C"; per la "C.R.P." ogni 12 mesi.

- Viene elaborata una relazione educativa ogni 3 mesi.
- Gli psicoterapeuti elaborano il loro aggiornamento ogni 6 mesi.
- L'attuazione del progetto è monitorata e verificata settimanalmente attraverso discussione allargata, in occasione della riunione del gruppo di lavoro delle singole Comunità.
- Viene inviata una relazione clinica di aggiornamento all'inviante ogni 6 mesi.

L'intervento terapeutico-riabilitativo

- L'intervento ambientale è di tipo gruppale e si basa su un approccio multidisciplinare clinico-educativo: la lettura delle complesse dinamiche

psicopatologiche del singolo, integrate con quelle del gruppo, orientano sia la definizione dei progetti terapeutici specifici, sia l'intervento nella quotidianità.

- Il lavoro terapeutico si avvale di tutti gli interventi necessari (farmacologico, psicoterapeutico, educativo, ambientale, riabilitativo, relazionale, ecc.) secondo una modalità integrata e coerente con le complesse dinamiche psicopatologiche ed i bisogni dei ragazzi e coerente con la loro realtà, e si articola in un lavoro con l'adolescente e con l'ambiente sociale sia ristretto che allargato.
- La responsabilità del progetto terapeutico è del medico dell'Unità. Le linee generali vengono definite in collaborazione con le famiglie e gli enti invianti.
- I progetti possono prevedere l'inserimento in attività esterne alla comunità (scuola, palestre, ecc.) e la frequenza di attività di gruppo interne (laboratori, riunioni, gite, ecc.), nonché i rientri in famiglia, l'intervento farmacologico, il sostegno psicologico e il trattamento psicoterapeutico individuale e di gruppo.
- L'intervento terapeutico complessivo ed i progetti individualizzati vengono condotti da un'unità multidisciplinare composta da figure con differenti professionalità (neuropsichiatra infantile, psicologo clinico, educatori, psicoterapeuti, pedagogista, terapisti, assistente sociale) che operano in modo integrato. Tale intervento prevede periodicamente l'alternanza delle seguenti riunioni:
 - Equipe clinico/educativa/infermieristica per ogni singola comunità (frequenza settimanale) e, mensilmente, partecipazione del personale notturno.
 - Equipe clinici-referenti/coordinatori delle comunità (frequenza settimanale) e, su richiesta, partecipazione della pedagogista.
 - Equipe clinica con i clinici responsabili delle comunità e gli psicoterapeuti che operano all'interno dell'unità (frequenza mensile).
 - Equipe psicodiagnostica e, contestualmente, di formulazione del progetto (al termine del periodo di osservazione)
 - Equipe plenaria che comprende tutte le figure professionali che operano all'interno dell'Unità Adolescenti (frequenza mensile).
 - Equipe tecnica con i clinici, i referenti e coordinatore, responsabile "ufficio del personale", responsabile "economato", responsabile "amministrazione" (frequenza mensile).

Progetto di dimissioni

La dimissione del ragazzo dalla comunità avviene di norma in seguito alla conclusione del progetto terapeutico-riabilitativo condiviso in precedenza con gli invianti, la famiglia ed il minore. La eventuale interruzione non programmata del trattamento terapeutico e le dimissioni dalla comunità possono avvenire in caso di:

- non rispetto da parte del minore e della famiglia del regolamento della comunità
- incompatibilità del minore con il gruppo degli ospiti della comunità e con il progetto terapeutico della comunità
- ogni altra considerazione clinica valutata dallo staff.

Prima del termine vengono effettuati alcuni aggiornamenti clinico strumentali. Nel caso della assunzione di farmaci vengono effettuati esami siero ematici e l'ECG. Si risomministrano alcuni test per una valutazione finale del percorso Terapeutico e nel caso sia trascorso almeno 1 anno dalla ultima valutazione si ripete una valutazione neuropsicologica.

In occasione della dimissione viene rilasciata ai Servizi Inviati ed alla famiglia una lettera di dimissione. Successivamente, su richiesta, può essere inviata una relazione di dimissione.

Gli operatori in équipe

Il gruppo degli operatori è formato dalle seguenti figure professionali :

- Neuropsichiatra responsabile dell'Unità
- Neuropsichiatri infantili
- Psicologi
- Assistente Sociale
- Psicoterapeuti
- Infermieri
- Educatori Professionali
- Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica
- O.S.S.
- Conduttori dei laboratori
- Volontari
- Psicopedagogista

L'èquipe inoltre si avvale della consulenza stabile di due supervisori che conducono due gruppi con l'utilizzo dello psicodramma..

5. I trattamenti di gruppo

Tra i trattamenti psicoterapeutici di cui abbiamo precedentemente scritto, ora

parleremo delle psicoterapie di gruppo. All'interno dell'Unità per minori, attualmente, c'è la possibilità di usufruire di tre differenti tipi di gruppi psicoterapeutici.

Il primo è un gruppo per adulti, il secondo per adolescenti e il terzo per preadolescenti.

Le differenze ovviamente non si fermano ai suddetti elementi.

Prima di entrare nello specifico rispetto ai gruppi di psicoterapia ci pare importante fare qualche cenno ai "differenti" modelli ai quali ci siamo riferiti per la costruzione dei gruppi stessi e nel lavoro clinico.

Come abbiamo già detto il gruppo di adulti è condotto con un modello gruppoanalitico, quello degli adolescenti con un modello psicodrammatico e per i preadolescenti si predilige il modello del gruppo di gioco.

Per quanto concerne il gruppo di adulti e, più nello specifico, il gruppo di genitori adottivi, riferendosi ad esempio ai lavori di F. Pezzoli, si parte dal presupposto che spesso lo schema di lavoro si basa sull'individuazione del deficit genitoriale come elemento in grado di determinare l'insorgere del disagio psicologico. Si può passare ad un pensiero aperto alla valorizzazione del genitore come elemento-risorsa della rete di cui fa parte il paziente. Quanto detto contempla in ugual misura l'idea della cura rivolta al genitore come soggetto anch'esso in stato di sofferenza, ma vi si accosta, introducendo un pensiero complementare e innovativo. Si tratta dunque di offrire uno spazio allo sviluppo e alla riattivazione nel genitore di "*un'area preconsocia-transizionale, presupposto essenziale perché possa nascere il pensiero riflessivo e la capacità di mantenimento dei legami*" (Kaës, 1998).

La proposta del gruppo clinico-dinamico ad orientamento gruppoanalitico, per questo genere di pazienti, viene a costituirsi come spazio in cui, attraverso un continuo movimento di confronto e scambio, sia possibile fare esperienza e apprendere nuove modalità di relazione; questo può portare ad affrontare eventuali blocchi creatisi nel tempo. Tali blocchi si configurano come elementi paralizzanti che nelle relazioni familiari sono prodotti dall'esercizio della non comunicazione e della visione univoca della realtà. Il lavoro del gruppo è quindi quello di discutere continuamente di tali blocchi esercitando, ove possibile, una funzione perturbante nei riguardi di convinzioni cristallizzate, introducendo visioni più complesse e permettendo un ammorbidimento e una modificazione di tali visioni. Questo tipo di lavoro del gruppo permette la scoperta di nuove risorse nei confronti dei figli che a loro volta possono fare esperienza di essere ascoltati e presi in considerazioni senza preconcetti, con maggiore flessibilità e potenzialità evolutive.

I gruppi di genitori proposti sono quindi “gruppi omogenei” (per cui è facilmente raggiungibile un buon grado di coesione) dove i pazienti possono condividere alcuni aspetti significativi delle loro storie; questi elementi possono favorire quelli che secondo Brabender (2002) sono riconosciuti come i fattori terapeutici delle psicoterapie di gruppo:

il rispecchiamento;

l'apprendimento vicario;

l'apprendimento interpersonale.

Nello specifico, per ciò che concerne questo tipo di scelta, si potrebbero citare Di Maria e Lo Verso (2002): *“il gruppo di genitori clinico-dinamico non esiste in natura, è un dispositivo che viene appositamente costruito per far accadere degli eventi, e quindi sono i modi della costruzione e la consapevolezza di essi, che determinano la qualità dell'intervento e il raggiungimento degli obiettivi”*.

Il gruppo inoltre è stato pensato come un gruppo aperto, senza un limite temporale. Si segnala in effetti che il percorso dei genitori nel gruppo si lega alla permanenza dei figli in Comunità (circa due anni) e che quindi vi è la possibilità di frequentare per tutto questo tempo ma se qualcuno esce dal gruppo non determina per questo la fine del gruppo stesso.

Il presupposto teorico di base si poggia sulla prospettiva gruppoanalitica (Lo Verso, 2006) che propone una lettura del disturbo psichico come *“sofferenza legata ad un contesto multipersonale in cui il soggetto non è colui che ha contratto la malattia, ma è un soggetto sofferente appartenente ad una rete gruppale e culturale anch'essa sofferente”* (Pezzoli, 2007).

Dal punto di vista teorico, come dice F. Pezzoli *“questo approccio può considerarsi il punto d'arrivo di un processo che trae origine dalle modificazioni introdotte dai modelli relazionali nell'analisi della dimensione psichica individuale che ha reso possibile il passaggio dalla teoria pulsionale (Freud, 1905) alla concezione delle relazioni oggettuali (Greenberg, Mitchell, 1983), soggettuali (Lo Verso, 1994) e interpersonali (Stolorow, Atwood, 1992) come strutture fondanti della vita psichica”*.

Per quanto concerne il gruppo di adolescenti, la scelta dello psicodramma analitico come modello di riferimento nasce dal fatto che le peculiarità del dispositivo stesso paiono configurarsi come particolarmente adatte al mondo adolescenziale: l'efficacia dello psicodramma per gli adolescenti deriva dalla sua possibilità di associare i fattori terapeutici propri della terapia di gruppo alla creazione di relazioni affettive molto intense; tali relazioni determinano il superamento di quel particolare clima di chiusura e di diffidenza che contraddistingue il mondo giovanile. Questa raggiunta vicinanza emotiva produce la nascita della

dimensione grupale e permette l'esplorazione, anche dolorosa, del proprio mondo interno e relazionale. Ciò che contraddistingue lo psicodramma dalle altre tecniche analitiche (perlopiù basate sulla comunicazione verbale) è la concretizzazione in "scene prescelte", di eventi della storia dei pazienti, dei loro sogni, delle loro fantasie e delle loro immagini; le scene vengono giocate ricostruendo le varie componenti, spaziali, temporali, verbali e mimiche, non solo dal paziente di volta in volta protagonista, ma con l'aiuto dei membri del gruppo. Tali "rappresentazioni" dei propri drammi e il coinvolgimento degli altri nelle personificazioni del mondo interno permette la comunicazione di profonde emozioni a tutto, e di tutto, il gruppo. Il "mettere in scena" permette di aggirare le difese e di accedere ad *"esperienze interiori che altrimenti resterebbero mascherate"* (Moreno, 1969).

Un altro cardine della tecnica psicodrammatica è il "cambio di ruolo", dove il mettersi nei panni dell'altro dà la possibilità di sperimentare nuovi e differenti punti vista, motivazioni ed emozioni; ciò spinge l'adolescente ad uscire dal proprio egocentrismo, di cogliere alternative e di modificare il proprio modo di relazionarsi.

Lo psicodramma analitico ha le sue origini dall'invenzione di Moreno. Nel dopoguerra, in Francia, venne rivisto da Anzieu che lo riportò nell'alveo analitico e poi dai Lemoine (1972) che facevano riferimento a Lacan. In Italia il dispositivo dello psicodramma analitico si è legato agli sviluppi del pensiero winnicottiano e, proprio per la sua caratteristica di fondarsi anche sull'azione scenica, è stato anche indagato da un vertice bioniano. In sostanza, come dice Maglietta (2007) *"...il gioco psicodrammatico traduce i pensieri in immagini e trasforma le immagini visive in pensiero ma, soprattutto, il gioco è espressione del cinetico e del muscolare che sono stati molto avvicinati agli elementi beta suscettibili di trasformazione....la drammatizzazione contigua alle matrici del pensiero, è un potenziale traduttore delle esperienze sceniche in affetti ed è anche traduttore dei pensieri in figure..."*.

Per finire, i gruppi in età evolutiva con il gioco sono il punto di intersezione tra la gruppoanalisi e lo psicodramma e sono una delle applicazioni dello psicodramma stesso ai bambini. Citando ancora Maglietta (1999) *"... L'uso del gioco, trasferito dall'analisi infantile alla stanza dei gruppi, collega i fondamenti dello psicodramma a quelli della psicoanalisi, mentre l'alternarsi delle funzioni del conduttore, tra percorsi interattivi nel campo ludico e ricorso alla parola interpretativa stabilisce un ponte tra il metodo analitico di gruppo – fondato sulla sola parola – e l'uso della drammatizzazione e del gioco – tipici dello psicodramma analitico."*

Prima di tutto occorre parlare dei motivi che possono indicare l'utilizzo di questo dispositivo. E' possibile affermare citando Miglietta (2007) che *“il gruppo terapeutico si inserisce in un processo naturale nella crescita dei bambini e favorisce la loro motivazione psichica individuale...infatti l'identità si costruisce attraverso il gruppo...il gruppo:*

a) favorisce la costruzione di modelli di elaborazione della realtà e delle emozioni...

b) aiuta a sviluppare la capacità simbolica e di rappresentazione; facilita la costruzione di un linguaggio nuovo in cui le cose che succedono sono ricche di emozioni e il clima è di reciprocità empatica.

c) permette l'elaborazione comune di temi importanti per i bambini...

d) si presenta come risposta all'esigenza di esperienze multidimensionali del bambino...

e) fornisce un rafforzamento dell'io attraverso la capacità di un pensiero espressivo e creativo (Baruzzi, 1981)

f) anche per i bambini in età prescolare, dando la possibilità di mettere in scena delle dinamiche attraverso giochi e narrazioni, permette una buona elaborazione del sentire ed è vicino al linguaggio elettivo dei piccoli pazienti.

g) evidenzia l'intreccio e la trasformazione delle dinamiche tra gli individui... arrivando ad approfondire dinamiche intrapsichiche emergenti dai giochi stessi e dai canovacci narrativi.

h)...favorisce il superamento di problematiche riguardanti la socializzazione... .e comporta una maggiore velocità di cambiamento rispetto ad una esperienza individuale”.

Il gruppo con i bambini ha la sua caratteristica principale nel gioco: il gioco può essere considerato come il mezzo principale che utilizzano i bambini per comunicare, rappresentare e drammatizzare. Il gioco serve anche per affrontare l'ansia, per modularla, per elaborare le angosce e per provare *“Identificazioni anticipate”* (Ferro, 1992; Alvarez, 1988).

Il gioco in sostanza per i bambini è un elemento naturale (o così dovrebbe essere); i bambini giocano e fanno benissimo che stanno giocando, che quello che avviene in quel momento si riferisce ad un mondo fantastico, animato da dentro, riferibile ad altri mondi e al passato e non certo al reale; le scene chiaramente immaginarie sono lo sfondo alle azioni che si attualizzano. I giochi, come le fiabe (spesso protagoniste dei giochi dei bambini) sono un allora, passato, ricco di elementi dinamici, in movimento. Tali considerazioni non possono che sposarsi perfettamente a quello che rappresenta il gioco per lo psicodramma analitico adattato ai bambini; il gioco è il dispositivo stesso del gruppo psicodrammatico

ed è ciò che da senso attivando, per dirla alla Bion, la funzione alfa e generando elementi beta. Il gioco permette di rileggere la storia, di trovare nuovi significati, di costruirli insieme e di trovare nuove connessioni. Nei gruppi di bambini la creazione di un gioco da parte di tutto il gruppo (con l'aiuto del conduttore) prende il posto della drammatizzazione delle scene personali che avviene nello psicodramma analitico degli adulti.

Come riferimenti teorici alla conduzione del gruppo mi pare opportuno indicare sia le considerazioni di Boatti (2007) nelle quali si fa riferimento ai concetti psicoanalitici riguardanti la psicoterapia infantile (personificazione kleiniana e area transazionale winnicottiana) e al concetto bioniano di gruppo inteso come unità e quindi non come risultato della semplice somma delle singole individualità, sia ai lavori con gruppi di bambini condotti con l'ottica bioniana descritti da Bernabei e Baldassarre (Roma). Soprattutto per questi ultimi è indispensabile il riferimento alla teoria di campo del gruppo di Corrao e Neri.

Bibliografia

- Andreoli, V., Cassano, G.B., Rossi, R. (2001), *DSM IV-TR*. Milano: Masson.
- Anzieu, D. (1976), *Lo psicodramma analitico del bambino e dell'adolescente*. Roma: Astrolabio.
- Bion, W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bion, W. (1971), *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.
- Blos, P. (1979), *L'adolescenza come fase di transizione*. Tr. it. (1988) Roma: Armando.
- Brabender, V. (2002), *Introduction to group therapy*. New York: John Wiley & Sons.

- Conforto, C. et al. (2005), *Lavorare in psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Corbella, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Maria, F., Lo Verso, G. (2002), *Gruppi, Metodi, Strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fasolo, F. (1992), La fine della presa in carico. In S. Fava (a cura di), *La presa in carico. Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, XXX, 2.
- Ferro, A. (1992), *La tecnica nella psicoanalisi infantile*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferruta, A., Foresti, G., Pedriali, E. et al. (a cura di) (1998), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*.
Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Greenberg, J.R., Mitchell, A. (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino.
- Kaës, R. (1998), Il disagio del mondo moderno e taluni disturbi della vita psichica: caos nell'identità, difetti di simbolizzazione, illusione della fine delle illusioni. *Psiche*, 1, 121-130.
- Lanza, A.M., Picece Bucci, S. (1997), Gioco e interpretazione: due linguaggi complementari. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol 64, 587-600.
- Lo Verso, G. (1994), *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Miglietta, D. (1998), *I sentimenti in scena*. Torino: UTET Libreria.
- Miglietta, D. (2000), *Gruppi in età evolutiva*. Torino: UTET Libreria.
- Miglietta, D. (2007), *Bambini e adolescenti in gruppo*. Roma: Borla.
- Moreno, J.L., Moreno, Z.T. (1969), *Manuale di Psicodramma*. Tr. it. (1987) Roma: Astrolabio.
- Neri, C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.
- Pedriali, E. (2000), La professionalità dell'Operatore di Comunità: tra funzione psicoterapica e funzione psicoeducativa. In L. Dozza (a cura di), *Professioni educative per il sociale*. Bari: Adda Editore.
- Pezzoli, F. (2006), *Gruppi di genitori a conduzione psicodinamica. Dall'esperienza clinica alla sistematizzazione teorica*. Milano: Franco Angeli.
- Pezzoli, F. (2007), Gruppi di genitori nelle istituzioni: un cambio di prospettiva. *Gruppi nella Clinica, nelle Istituzioni, nella Società*, IX, 1.
- Racamier, P.C. (1970), *Lo psicanalista senza divano. La psicoanalisi e le strutture psichiche*. Tr.it. (1982) Milano: Raffaello Cortina.
- Stolorow, R.W., Atwood, G.E. (1992), *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*. Tr.it. (1995) Torino: Bollati Boringhieri.

ESPERIENZE DI LAVORO

**“CI VORREBBE UN AMICO”
(OVVERO: PARLIAMO DI AMICIZIA IN LABORATORIO)**

ORietta Melone*

1. Premessa

La lettura di fiabe, racconti e romanzi tratti dalla letteratura è, in base alla mia esperienza, un'attività di laboratorio che consente di potenziare la competenza emotiva e, con essa, le capacità relazionali entro il gruppo di disabili psichici adulti. Già in precedenza ho riscontrato nel filone narrativo ottimi risultati sul versante della codifica di emozioni e sentimenti; esso si è dimostrato uno strumento molto efficace e apprezzato dal gruppo delle persone coinvolte.

L'esperienza che mi accingo a presentare ha coinvolto quattro pazienti adulti, tutti con diagnosi riconducibili, in termini generali, alla disabilità psichica e ha preso in esame la lettura del romanzo “Zanna bianca” di Jack London, pubblicato nel 1906 e considerato uno dei classici della letteratura per ragazzi.

Riassumendo brevemente il romanzo, ricordo che Zanna Bianca è un cucciolo di lupo, unico superstite di una cucciolata nata da una lupa dal pelo rosso e da un forte lupo diventato capo branco. Zanna Bianca, così chiamato a causa delle colore del pelo delle sue zampe, impara a difendersi dal freddo, dalla fame e dalla ferocia degli altri animali, dettata dalla dura legge della sopravvivenza. Diventa un lupo forte e resistente, violento e solitario, che vive con le madre fin quando non si imbatte in un gruppo di indiani che lo portano al loro villaggio. Al campo indiano la vita di Zanna Bianca è ancora più dura: non solo deve difendersi dagli uomini, ma anche dagli altri cani che non lo accettano nel gruppo. Il lupo diventa ancora più feroce e diffidente e, quando viene portato al villaggio per scambiare prodotti con i bianchi richiamati da ogni dove per cercare oro, viene notato da un uomo che lo acquista e lo fa combattere contro altri cani. Zanna Bianca è il più forte e vince contro tutti gli avversari, fin quando non incontra un bulldog che con la sua possente mandibola sta per soffocarlo. Alla scena assiste un giovane, Weedon Scott che, inorridito da tanta ferocia, salva Zanna Bianca, non solo fisicamente, ma anche caratterialmente; con infinita pazienza, l'uomo

* Educatrice professionale, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

riesce a convincere il lupo che al mondo non ci sono solo odio e violenza, ma anche amore e affetto, sentimenti che il lupo scopre per la prima volta. Scott porta con sé Zanna Bianca in California nella bella tenuta del padre. Qui il lupo viene trattato dagli uomini con amore, non deve più lottare per la sopravvivenza, ed anche gli altri cani lo accettano nel gruppo. Zanna Bianca diventa un perfetto cane da guardia e impara cosa sia l'amicizia e la riconoscenza tra gli animali e gli uomini. Quando infatti un criminale attentava alla vita del padre di Scott, ex giudice in pensione, Zanna Bianca lo difende salvandogli la vita, e rimane ferito gravemente. La sua natura forte lo fa sopravvivere anche questa volta e, al ritorno a casa, dopo essere stato operato, trova una bella sorpresa: si trova padre di sei splendidi cuccioli, partoriti da Collie, la sua compagna, che può godersi stando sdraiato al sole e giocando con loro.

2. Il lavoro di laboratorio

Il lavoro da me svolto in laboratorio si è così articolato:

1. breve riassunto dell'intera storia di Zanna bianca;
2. lettura dell'ultima parte del romanzo, riguardante la presa in carico di Zanna Bianca da parte di Weedon Scott;
3. analisi del rapporto che lega Scott a Zanna Bianca e conseguente trattazione del tema dell'amicizia, con la ricerca e l'attribuzione di significati a tale termine, sulla base della vicenda narrata da London.

Al fine di facilitare la trattazione del tema dell'amicizia, ho pensato di contrapporre le due principali figure che intervengono nel racconto: Smith Bellezza e Scott. Smith Bellezza è un personaggio negativo perché il suo unico scopo è quello di sfruttare Zanna Bianca per ricavarne dei soldi; non gli interessa niente del lupo e lo maltratta ferocemente. E' molto brutto d'aspetto: magrissimo, ha un collo troppo sottile, denti di colore giallo-fangoso, come il colore dei suoi occhi e dei suoi capelli, sparsi e irregolari. È considerato da tutti un piccolo mostro sia d'aspetto sia per il suo carattere: piagnucolone, debole, crudele, vigliacco e sfruttatore incapace di volere bene a qualcuno.

Weedon Scott è una persona positiva, molto affezionata a Zanna Bianca. Ha un bel paio di baffi marroni, è il perfetto padrone; come lo chiama il libro è il "padrone d'amore", l'unico a cui interessi veramente Zanna Bianca e che gli dimostri un affetto sincero.

L'ultima parte del romanzo, quando l'intervento di Scott comporta un vero e

proprio cambiamento di vita di Zanna Bianca, mi ha permesso di introdurre il concetto di “amicizia” e di rilevare che una delle implicazioni dell’amicizia è la fiducia. Ho parlato dell’amicizia come affetto e come dedizione all’altro senza chiedere nulla in cambio, e ho cercato di far capire che la relazione di amicizia è ricca di componenti emotive; è un rapporto basato sul rispetto, la stima, e la disponibilità reciproca. Poiché nel romanzo affiorano sentimenti ed emozioni di una certa complessità ricollegabili all’amicizia, non sempre facili da capire, ho ritenuto opportuno parlare più semplicemente dell’amicizia come protezione, attaccamento, riconoscenza. Infatti Zanna Bianca riconosce a Scott un ruolo di riferimento di importanza vitale, sente di essere fortemente investito da lui sul piano affettivo ed è così soddisfatto nel suo profondo bisogno di accudimento, da arrivare a rischiare la propria vita per il padre di Scott.

Zanna Bianca, nella sua vita di lupo, ha seguito un percorso non facile che si è snodato giorno per giorno fra mille difficoltà e nuove situazioni da affrontare. Ha dovuto lottare interiormente contro un codice comportamentale improntato a cruda violenza e sottomissione incondizionata ad essa, per passare successivamente a un comportamento diverso, tranquillo e collaborante.

La violenza, quotidianamente subita da Zanna Bianca è resa dalle seguenti frasi:

<<Mentre con una mano continuava a tenerlo sospeso, con l’altra cominciò a picchiarlo e che colpi! Aveva veramente la mano pesante, Castoro Grigio. Ogni colpo era inferto proprio per far male, ed i colpi furono tanti, e poi tanti.>>

<<Spinto dagli scapaccioni che gli piombavano addosso, ora da una parte ora dall’altra, Zanna Bianca dondolava come un pendolo appassito e traballante.>>

L’incontro con Scott segnerà un cambiamento di vita per Zanna Bianca e da questo momento inizierà per lui un percorso di crescita che lo porterà a comprendere che si può condurre una vita senza violenza, accanto a persone che provvedono a noi e alle quali possiamo affezionarci.

Ecco di seguito alcuni dei passi, che ho preso in esame con il gruppo di persone che ho in carico, per chiarire come è andato caratterizzandosi l’incontro del lupo con il nuovo padrone, il rapporto che li unisce e il cambiamento che si compie nel lupo attraverso l’intervento di Scott. Il primo incontro di Zanna Bianca con Scott rivela bene come il lupo, avvezzo a tante sevizie e brutalità, diffidi anche del nuovo padrone, tanto da rifiutare il cibo, pur avendo fame. Anche le carezze sono sconosciute al lupo, ma l’intento di Scott è quello di mostrare all’animale che si può avere accanto delle persone che ci vogliono bene e dalle quali possiamo imparare tante cose:

<< Il dio, avanzatosi, sedette a qualche passo di distanza, e in quell'atto non c'era nulla di pericoloso, giacché quando gli dei puniscono, sono sempre in piedi. D'altra parte il dio non aveva né bastone né frustino, né arma da fuoco, ed egli stesso d'altra parte era libero.

A un tratto il dio parlò e il pelo del collo di Zanna Bianca s'arruffò e il ringhio sgorgò. Ma il dio non faceva alcun gesto ostile e seguiva a parlare pacificamente; parlava senza sosta, con dolcezza, senza fretta. Nessuno aveva mai parlato così a Zanna Bianca; così, con tanto fascino di voce; ed egli sentì qualche cosa che non sapeva che fosse, agitarglisi dentro e, nonostante l'asprezza dell'istinto di diffidenza, si sentì spinto verso il dio da una certa fiducia.

Dopo un certo tempo, il dio si alzò ed entrò nella capanna; quando uscì, Zanna Bianca lo esaminò minuziosamente e vide che aveva in mano un pezzo di carne e che tornava a sedersi allo stesso posto di prima, e che gli offriva la carne.

Zanna Bianca drizzò le orecchie e guardò con sospetto, prima il dio e poi la carne.

Il dio vedendo che non la prendeva, finì col gettare la carne sulla neve, ai piedi di Zanna Bianca, che la fucò con precauzione, senza guardarla, perché aveva gli occhi sempre rivolti al dio. Il dio gli offrì un secondo pezzetto, ed egli rifiutò nuovamente di prenderla, e nuovamente il dio gliela gettò.

Questo fu ripetuto un gran numero di volte; ma giunse un momento in cui il dio rifiutò di gettargli il boccone che teneva nella mano e glielo presentò con fermezza.

La carne era buona, e Zanna Bianca aveva fame: passo passo, con infinite precauzioni, si accostò e si decise, seguitando a tenere gli occhi fissi su lui, colle orecchie abbassate, il pelo involontariamente drizzato sul collo, e un sordo brontolio nella gola, per avvertire che stava sempre in guardia e non voleva essere gabbato; allungò la testa, prese il boccone e lo inghiottì.

Nulla accadde: così, un boccone dopo l'altro, egli mangiò tutta la carne, e nulla accadeva.

Zanna Bianca si leccò le labbra e attese. Il dio si avanzò e parlò nuovamente, con bontà, poi allungò la mano. La voce ispirava fiducia, ma la mano destava timore. Zanna Bianca, che si sentiva combattuto da due impulsi opposti, si decise per una via di mezzo e, pur brontolando, abbassò le orecchie e non morse. La mano seguì a discendere, sino a toccare l'estremità del pelo tutto irto. Zanna Bianca indietreggiò e la mano lo seguì, premendo di più; egli fremeva e voleva sottomettersi, ma non poteva dimenticare in un giorno tutte le sofferenze inflittele dagli dei.

Poi la mano si alzò e ridiscese, alternativamente, in atto di carezza.>>

<<Dapprima Zanna Bianca non vide in lui che un dio preferibile a Beauty-Smith, perciò, sebbene liberato, rimase, e per dare prova della sua fedeltà, si costituì guardiano dei beni del padrone.

Mentre i cani della slitta dormivano, egli vegliava e girava attorno alla casa. Il primo visitatore notturno che si presentò a parlare con Scott dovette battagliaiare con Zanna Bianca e difendersi con un bastone, sinché non arrivò Scott a soccorrerlo. Ma in breve Zanna Bianca imparò a giudicare la gente: a lasciar passare quelli dal passo risoluto e a lottare invece con quelli che avanzavano senza far rumore e con aria incerta.>>

<<Scott seguitava, tutti i giorni, a trattare con dolcezza e ad accarezzare Zanna Bianca, che prese sempre più gusto a quelle carezze. Quando la mano lo toccava, egli brontolava, è vero, ma pel fatto che quel brontolio era l'unico suono, l'unica nota che la sua gola potesse emettere. Egli avrebbe voluto addolcire il tono, ma non riusciva; eppure in quel brontolio l'orecchio attento di Scott percepiva come un ronron.

Quando il dio era presso di lui, Zanna Bianca provava una gioia viva: se il dio si allontanava, si sentiva nuovamente irrequieto. Aveva incontrato un vero dio, un dio d'amore, e s'apriva ai caldi raggi di lui, in un'adorazione silenziosa e senza espansione, giacché era stato troppo a lungo disgraziato e senza gioia; ed era stato troppo tempo raccolto in sé, perché potesse ora espandersi. Egli non tardò a comprendere che doveva lasciare in pace i cani del padrone perché questo era il volere del suo dio; perciò dopo aver fatto valere la sua padronanza su di essi e la sua superiorità d'antico capofila, non si sentì più turbato. Ma essi dovevano scostarsi quando passava, e obbedirgli in tutto e per tutto.

Era Matt che di solito gli dava il cibo; ma Zanna Bianca intuiva che quel cibo veniva dal padrone. Lo stesso Matt tentò per primo di mettergli addosso i fnimenti e di attaccarlo alla slitta assieme ad altri cani, ma non vi riuscì.

Zanna Bianca si sottomise solo per l'intervento personale del padrone. Poi accettò, con la mediazione di Matt, la legge del lavoro, come voleva il padrone; ma non rimase soddisfatto se non quando ebbe ripreso, a dispetto di Matt che ignorava la sua capacità, le sue funzioni di capofila.>>

Con il trascorrere del tempo Zanna Bianca si affeziona sempre più a Scott, che diventa qualcosa di diverso da un padrone, al punto che la sua assenza si traduce in malessere per il lupo:

<<La primavera che seguì, Zanna Bianca ebbe una grande commozione; il padrone amoroso era scomparso, preceduto nella partenza da diversi pacchi. Quella notte aspettò invano, sulla soglia della capanna, il ritorno del padrone. A mezzanotte il vento glaciale che soffiava lo costrinse a cercare, più indietro, un ricovero; sonnecchiò un po', ma verso le due del mattino fu sopraffatto da nuova ansietà. Tornò a distendersi sulla soglia gelata, con le orecchie tese, intente al passo familiare. Al mattino Matt aprì la porta ed uscì. Egli lo guardò penosamente.

Matt non aveva modo di spiegare all'animale ciò che voleva sapere, e intanto i giorni passavano, e il padrone non tornava. Zanna Bianca non era stato mai malato: s'ammalò, ed in modo tale che Matt dovette trascinarlo nell'interno della capanna; poi nella prima lettera che scrisse a Scott, aggiunse una postilla. Weedon Scott ricevette a Circle City (Città del Circolo Artico) questa notizia: Questo dannato d'un lupo non vuol lavorare né mangiare. Non so che fare. Vorrebbe sapere di voi, ma non so come dirglielo. Credo che stia per morire.>>

Zanna Bianca impara a capire i movimenti del suo padrone e teme di essere abbandonato da lui. Talvolta, come nel prossimo passo del romanzo, cerca di prevenire la partenza di Scott con urla e lamenti, non abbandonando il padrone neppure per un attimo, per fare in modo di farsi portare con lui:

<< Era nell'aria; Zanna Bianca intuì, prima che accadesse, che una disgrazia era imminente; i suoi dei si tradirono inconsciamente.

State a sentire! Volete? Dichiarò Matt una sera, mentre cenava con Scott. Scott ascoltò; attraverso la porta giungeva sino a loro un sommesso lamento, doloroso come un singhiozzo. Seguì un lungo respiro e il lamento tacque. Zanna Bianca era rassicurato; il suo dio non era ancora partito.

“Credo che il lupo indovini i vostri disegni” fece Matt.

“Che volete che me ne faccia d'un lupo in California?” rispose Scott, guardando il compagno con aria imbarazzata che rivelava dietro quelle parole un pensiero totalmente diverso.

“È quel che dico io” fece Matt. “Che ve ne fareste d'un lupo in California?”

“I cani degli uomini bianchi non avrebbero lunga vita” aggiunse Scott. “Li ammazzerebbe tutti, e sarebbe una rovina per me dover pagare i danni.”

“È un terribile assassino, lo so” convenne Scott. “Guardatelo: pare che lo sappia!”

“E' innegabile che ha pensieri che noi ignoriamo” rispose Matt. “Ma come fa a sapere che partite?”

Quando il giorno fatale fu vicino, Zanna Bianca, dalla porta aperta, vide il dio d'amore posare la valigia sul pavimento e mettervi dentro diversi oggetti, e poi andare su e giù. Cosicché la pace solita della capanna ne fu turbata.

Ormai Zanna Bianca non aveva alcun dubbio; il suo dio si preparava a fuggire un'altra volta. Allora, la notte che seguì, egli fece udire il lungo urlo dei lupi.

I due uomini, nella capanna, s'erano appena coricati.

“Ricomincia a rifiutare il cibo” fece Matt.

Scott s'agitò nel suo letto e brontolò. Matt proseguì: “A giudicare dal modo come s'è comportato l'altra volta, non sarei sorpreso se ora dovesse morire davvero.”

“Basta!” Gridò Scott nel buio.

Il giorno dopo Zanna Bianca si ostinò a seguire le calcagna del padrone, e continuò a tener d'occhio i bagagli. Due grossi sacchi di tela e una cassa erano stati aggiunti alla valigia; in una tela cerata Matt arrotolava le coperte di Scott e i vestiti di pelliccia. Poi giunsero due Indiani, i quali posero i bagagli sulle spalle e li portarono via, accompagnati da Matt che portava la valigia e le coperte.

Quando Matt fu tornato, il padrone andò alla porta della capanna e, chiamato Zanna Bianca, lo fece entrare.

“Voi, povero diavolo” fece, sfregando dolcemente le orecchie dell'animale.

“Sappiate che io parto per un lungo viaggio dove non potrete seguirmi. Su, ancora un brontolio da amico, un brontolio d'addio. Sarà l'ultimo”.

Ma Zanna Bianca non volle brontolare; dopo uno sguardo pensoso verso gli occhi del dio, nascose la testa fra le braccia e le costole di Scott.

“Eh, fischia!” Gridò Matt.

Dallo Yukon risuonò il muggio d'un vapore.

“Sbrigatevi con i saluti, signor Scott! Uscite dalla porta davanti e chiudetela alla svelta; io farò altrettanto con la porta posteriore”.

Le due porte sbatterono contemporaneamente, con un rumore secco, scandito subito da un gemito lugubre e da un singhiozzo, seguito da lunghi ronfi.

“Matt, curatelo bene” disse Scott, mentre scendevano lungo la collina. Voi mi scriverete e mi farete sapere come si comporta.

“Non mancherò, ma sentite...”

I due uomini si fermarono; Zanna Bianca urlava come fanno i cani quando i padroni sono morti, urlava la sua disperazione; e quel clamore saliva con note precipitose, poi ricadeva con un tremolio pietoso, come se si spegnesse, per rialzarsi nuovamente e ingrandito a tratti.

Presso la scaletta di bordo, Scott strinse la mano a Matt che stava per ridiscendere

a terra. *Senonché Matt, senza rispondere alla stretta, teneva gli occhi fissi su qualche cosa ch'egli vedeva a due passi da lui, dietro le spalle di Scott: era Zanna Bianca che, seduto sul ponte, aspettava.*

I due uomini scambiarono alcune parole, ciascuno affermando di aver chiuso bene la porta, mentre Zanna Bianca osservava, appiattendole le orecchie, ma rimanendo sempre immobile.

“Lo condurrò a terra con me” disse Matt.

E s'avanzò verso Zanna Bianca, che se la svignò subito. Matt gli corse dietro inseguendolo, ma Zanna Bianca scomparve dietro un gruppo, girò torno torno sul ponte, riapparve, scomparve, giravoltò senza lasciarsi afferrare. S'accostò solo quando si sentì chiamare da Scott.

Scott incominciò ad accarezzare Zanna Bianca, e osservò sul muso attorno agli occhi dell'animale dei tagli recenti. Matt passò la mano sotto il ventre dell'animale.

“Abbiamo dimenticato di chiudere le finestre. Perbacco! E' passato attraverso i vetri!”

La rumorosa sirena dell'Aurora annunciava la partenza, ed alcuni uomini erano già pronti a discendere la scaletta di bordo. Matt, scioltasi la cravatta, s'avanzò per infilarla a modo suo nel collare di Zanna Bianca.

“No, no, fece Scott. Addio, vecchio mio! Potete andarvene. Circa il lupo è inutile darmi notizie. L'ho con me, vedete?”

“Che cosa?” esclamò Matt. “ Che significa?”

“Dico ciò che ho detto. Vi darò notizie di lui.”>>

Zanna Bianca è ormai talmente legato a Scott da esserne geloso e sempre pronto a difenderlo; pertanto se vede sconosciuti andare verso il suo padrone è pronto all'attacco, come leggiamo in queste righe che raccontano l'incontro tra Scott ed i suoi genitori.

<<Una vettura attendeva; un uomo e una donna si avvicinarono; poi le braccia della donna si sollevarono e circondarono vivamente il collo del padrone, con un atto che pareva ostile; e Zanna Bianca incominciò a ringhiare rabbiosamente.

“Attenta mamma” fece Scott, scostandosi subito e afferrando l'animale. “Crede che mi facciate del male.”

“Dunque non potrò abbracciarti, figlio, se non quando il cane sarà assente!” Fece lei ridendo.

Gl'insegneremo subito a comportarsi meglio.

E poiché Zanna Bianca, con l'occhio fisso, seguitava a brontolare, gridò: “Giù,

giù.” *L’animale ubbidì, sebbene a malincuore.*
“Ora mamma...”.

Zanna Bianca lotta talvolta contro la sua natura, resa selvaggia dai maltrattamenti subiti e trova difficile controllare i suoi istinti feroci. Anche se Scott, per insegnargli qualcosa, lo punisce, il lupo accetta, perché legge nella fermezza del padrone una benevolenza nei suoi confronti volta non a mera violenza ma alla rieducazione.

<<Zanna Bianca, che aveva osservato da vicino il pollaio e le abitudini dei polli, s’arrampicò su una catasta di legna ch’era lì vicino e salì sul tetto del pollaio. Di lì si lasciò scivolare al suolo, e penetrò nel luogo. Fu una carneficina completa: quando, al mattino, Scott uscì, cinquanta galline bianche di Livorno, i cui cadaveri non erano stati ancora divorati, gli si offrirono allo sguardo. Scott si morse le labbra, bramoso di punire con rigore, e parlò duramente, con voce piena di collera. Poi, afferrato Zanna Bianca, gli tenne il naso sui polli uccisi e incominciò a colpirlo.

Quando Zanna Bianca era stato schiaffeggiato da Castoro Grigio e da Beauty-Smith, aveva sentito una sofferenza fisica, ma quando gli capitava d’esserlo, ora, dal dio d’amore, avvertiva una sofferenza profonda, anche se il colpo era leggero.

C’è di più: Scott lo condusse proprio dentro il pollaio, in mezzo ai polli superstiti, e Zanna Bianca vistosi sotto il naso quel cibo vivo, là per là fu sul punto di cedere all’istinto; ma il padrone lo fermò con la voce, e da allora Zanna Bianca rispettò il dominio dei polli.

E poiché il giudice Scott pareva dubitasse che quella conversione fosse definitiva, Zanna Bianca fu rinchiuso tutto il pomeriggio nel pollaio. Nulla accadde: Zanna Bianca si coricò e finì coll’addormentarsi.

Intanto Zanna Bianca imparava anche che non doveva toccare neppure il pollame appartenente agli altri dei: gatti, conigli, tacchini e, in genere, tutte le cose vive che erano lì intorno, dovevano essere lasciate in pace.>>

Zanna Bianca diventa inseparabile da Scott; dalle seguenti righe vediamo che in una situazione di grave pericolo il lupo non lo abbandona. Solo su pressione del padrone si reca a casa sua per avvisare la famiglia, prendendo con i denti la gonna della moglie di Scott, che il suo protettore ha bisogno di aiuto:

“Durante una di quelle passeggiate, accadde che il padrone tentasse d’insegnare

a un purosangue, il modo di aprire e chiudere lo steccato senza che il cavaliere avesse bisogno di scendere a terra. A più riprese, Scott aveva condotto il cavallo davanti allo steccato, sforzandosi di fargli eseguire il movimento necessario, ma l'animale, spaventato, si impennava, sempre più agitato.

Ad un certo punto si impennò ed il padrone allora lo colpì con gli sproni e lo fece inginocchiare sulle zampe anteriori. Ma il purosangue cominciò a tirar calci con quelle posteriori. Zanna Bianca, che osservava lo spettacolo con crescente ansietà, non potendo più trattenersi, balzò alla testa del cavallo e incominciò, a un tratto, ad abbaiare! Quell'abbaiamento era il primo della sua vita!

L'intervento fu disastroso: il cavallo si rialzò, si lanciò al galoppo attraverso i campi: un coniglio che gli capitò fra le gambe gli fece fare un brusco scarto: e il cavallo cadde su Scott, rompendogli una gamba.

Scott, disteso al suolo, si frugò nelle tasche in cerca di una matita e di carta; ma non trovandone, decise di mandare Zanna Bianca a casa senz'altro.

A casa! disse. Su, a casa!

Ma Zanna Bianca pareva che non volesse lasciarlo. Egli ripeté l'ordine, più imperiosamente; e Zanna Bianca che sapeva che cosa significasse a casa! Lo guardò come se riflettesse, s'allontanò, poi ritornò ed emise un gemito lamentoso. Scott gli parlò gentilmente, ma con risolutezza, e Zanna Bianca, dopo aver ascoltato con le orecchie basse, parve avere, sebbene con sforzo, capito.

M'intendi, eh! vecchio compagno? diceva il padrone.

Va', va' dritto a casa! E dirai ciò che mi è successo. Su, a casa!

Zanna Bianca, pur non comprendendo il senso preciso di tutte quelle parole, capì però che il padrone voleva che egli si recasse a casa: fece un voltafaccia, e trotterellò lontano di mala voglia, voltandosi di tanto in tanto, per guardare indietro.

La famiglia era riunita sulla scalinata a godersi il fresco, quando arrivò Zanna Bianca, ansante e impolverato.

Weedon è tornato, annunciò la madre di Scott, vedendo l'animale.

I bambini corsero verso Zanna Bianca per attrarlo nei loro giochi, ma egli li evitò e siccome lo avevano spinto con la groppa in un cantuccio, egli ringhiò selvaggiamente, cercando di svincolarsi.

Quindi si voltò verso la moglie del padrone e le afferrò coi denti l'orlo della gonna, tirando la debole stoffa sino al punto di strapparla. Si direbbe, osservò Beth, che tenti di parlare!

E in quel momento, Zanna Bianca parlò come poté, abbaiando rumorosamente.

Quell’abbaioamento fu il secondo e l’ultimo della vita del cane, ma s’era fatto capire.

Qualche disgrazia è capitata a Scott! esclamò Alice risolutamente.

E tutti seguirono Zanna Bianca, che scendeva già la scalinata guardando se gli andavano dietro.”

Zanna Bianca a sua volta investe affettivamente Scott e tutto ciò che a Scott appartiene. Nel seguente brano si legge che il lupo arriva a rischiare la vita per salvare il padre del suo padrone da un delinquente che vuole ucciderlo. Ci riesce ma viene ferito gravemente. La famiglia di Scott non bada a spese per salvare Zanna Bianca, perché il lupo è ormai parte integrante della famiglia stessa. Ovviamente la riconoscenza verso il lupo da parte di Scott è immensa e dimostra la reciprocità insita in ogni rapporto autentico di amicizia:

“Era stato lui (il giudice Scott), negli ultimi giorni delle sue funzioni, a condannare Jim Hall. Quella volta almeno, questi era innocente. La polizia aveva, con un procedimento al quale non è avvezza, deciso di chiudere i conti con lui, ordendone la rovina con false testimonianze.

Il giudice Scott, ignaro della verità delle cose, aveva pronunciato in buona fede la condanna, ma Jim Hall l’aveva creduto complice e aveva formulato la sua promessa di vendetta. Zanna Bianca, naturalmente, non poteva sapere nulla di tutto ciò, ma dal giorno in cui si seppe a Sierra Vista che Jim Hall era evaso, ci fu tra il lupo-cane e Alice, la moglie del padrone, come un’intesa segreta. Ogni notte, quando tutti dormivano, Alice usciva dalla camera e faceva entrare Zanna Bianca nell’atrio.

Ora, una notte, Zanna Bianca si svegliò nel silenzio, e senza rumore annusò: capiva, dall’aria, che un dio straniero era presente. Tese le orecchie; percepì rumori soffocati e movimenti lievi: non ringhiò come al solito. Il dio straniero apparve, insinuandosi come un’ombra. Più silenzioso di lui, Zanna Bianca lo seguì senza rivelarsi, come quando andava a caccia di carne viva. Il dio straniero si fermò appiè della grande scalinata e stette in ascolto, mentre Zanna Bianca, immobile, spiava e attendeva. Proprio in cima alla scalinata era la camera del padrone e, accanto ad essa, erano le camere degli altri dei della casa, i quali costituivano il bene più caro del padrone.

Zanna Bianca cominciò a raddrizzarsi, ma aspettò ancora; il piede del dio straniero si sollevò; egli incominciava a salire.

E allora Zanna Bianca colpì; senza avvertimento alcuno, secondo il suo costume, lanciò il corpo avanti, come la pietra di una fionda, e si abbatté sulle spalle del

dio straniero, alle quali si uncinò colle zampe, mentre gli conficcava le zanne nella nuca. Il dio cadde riverso sul cane, e tutt'e due piombarono sul pavimento. La casa s'era destata in allarme; ciascuno, chinandosi sulla scalinata, udì un fracasso quale avrebbe potuto fare una lotta di demoni; s'udirono colpi di rivoltella, insieme con ringhi e una voce d'uomo che lanciò un grido d'orrore e d'angoscia; poi seguì un frastuono di vetri infranti e di mobili rovesciati e a un tratto tutto tacque.

Weedon Scott girò l'interruttore, e la scalinata e l'atrio si empirono di luce; accompagnato dal giudice Scott egli scese con precauzione, impugnando una rivoltella. Ma ormai non c'era più pericolo; tra un naufragio di mobili rovesciati e spostati, steso su un fianco, con la faccia ricoperta da un braccio, giaceva un uomo. Weedon Scott si chinò su di lui, distese il braccio e voltò la faccia dell'ignoto verso la luce; dalla gola squarciata era fuggita la vita.

“Jim Hall!” esclamò il giudice Scott. Padre e figlio si guardarono e s'intesero. Si volsero quindi verso Zanna Bianca ch'era anch'egli disteso su un fianco, e aveva gli occhi chiusi. Una palpebra si sollevò appena. Immediatamente fu chiamato per telefono un chirurgo, che arrivò mentre l'alba sbiancava le finestre.

“Francamente, c'è una probabilità su mille che possa campare” concluse egli dopo un'ora e mezzo d'esame. “Una zampa è rotta; tre costole sono spezzate, e una palla almeno deve aver perforato il polmone; senza tener conto di tutto il sangue che ha perduto e delle probabili lesioni interne. Certo è stato proiettato in aria. Lasciamo stare le tre pallottole che l'hanno attraversato da parte a parte. Una probabilità su mille mi pare troppo ottimistica; se mai una su diecimila”.

“E quest'unica probabilità non dev'essere trascurata” replicò il giudice Scott. “Fate uso, se occorre, della radioscopia, tentate ogni prova e non badate a spese. Weedon, telegrafa a San Francisco e chiama il dottor Nichols. Non ve ne abbiate a male, chirurgo... Ma, capirete, deve esser fatto tutto ciò che si può”.

Così Zanna Bianca fu curato in modo mirabile. Qualcuno aveva proposto di chiamare ad assisterlo un'infermiera di professione, ma le figlie di Scott respinsero con indignazione la proposta. Dimodoché Zanna Bianca ebbe favorevole quell'unica probabilità su diecimila, concessa a stento dal chirurgo; il quale però, avvezzo a curare creature incivilite, discendenti da altre civili, non aveva tenuto conto della vitalità straordinaria di Zanna Bianca. Legato come un prigioniero, privo di ogni movimento a causa del gesso e delle fasciature, il paziente languì per delle settimane. Dormiva ore intere, ed era agitato da sogni vari; i fantasmi del passato sorgevano davanti a lui e lo circondavano.

Lo si udiva gemere e ringhiare, nel sonno, come se lottasse ancora. Quando l'ultima fasciatura fu tolta dal chirurgo, in presenza di tutti gli abitanti di Sierra

Vista, Zanna Bianca tentò di alzarsi e andare verso Scott, che lo chiamava; ma vacillò e cadde, per la debolezza, tutto vergognoso. Il chirurgo dichiarò: “Ora bisogna riavvezzarlo a camminare. La lezione può incominciare da oggi. Conducetelo fuori.”

Zanna Bianca fu rimesso sulle zampe, e i suoi muscoli, a poco a poco, cominciarono a rispondere; e fecero a gara per sostenerlo. Tremante e vacillante, scortato come un re, egli giunse fino all’erba dove fu fatto riposare. Poi il corteo, proseguendo, condusse il cane alla scuderia.>>

3. Conclusioni

E’ stato difficile trasmettere al gruppo una definizione di amicizia in senso generale, in quanto i soggetti la intendevano legata al racconto. Le risposte erano orientate, più che alla definizione del termine, ad atti concreti di presa in carico, di elargizione di beni materiali, come rivelano le risposte qui sotto riportate.

Essere amico significa:

**“fare una carezza;
dare da mangiare;
trattare bene;
portare in casa;
accarezzare;
non fare mai del male;
comperare la cuccia comoda;
fare il bagno al cane;
portare il cane dal veterinario per fargli la vaccinazione;
portare il cane a fare un giro;
dargli da mangiare la pastasciutta;
comperargli all’ipermercato i bocconcini di carne e i croccantini”.**

Solo in un caso uno dei partecipanti ha parlato di “fiducia”, descrivendola come una sorta di tranquillità nell’avere accanto qualcuno che pensa a noi, e precisamente: “Zanna Bianca si fidava di Scott perché lo aiutava e gli dava da mangiare, lo proteggeva dal pericolo e lo faceva dormire in casa”.

A proposito della figura di Weedon Scott, di cui tratta il romanzo, vorrei esprimere una considerazione sulla sua attività di riabilitatore e sull’adozione di strategie vincenti, che anche noi come operatori ci troviamo a dover adottare: una di queste è l’autorevolezza, intesa come caratteristica educativa che fonda su basi affettive

la relazione fra le parti coinvolte, non disgiunta dalla fermezza nello stabilire regole che diano un riferimento sicuro per affrontare la vita nella sua complessità. E' importante per l'educatore esprimere i disappunti con tono e modi decisi, ma amorevoli ed eventualmente prevedere provvedimenti proporzionati ad eventuali trasgressioni delle norme comportamentali.

Nota bibliografica

Jack London, *Zanna Bianca* (titolo originale: *White Fang*). Tr. it. (1994), Milano: Fabbri.

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di giugno 2013
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*