Rivista
dell'Ordine
Psicologi
della Regione
Marche

psicoin

anno XII
numero 2
dicembre 2016

OPM
Ordine Psicologi delle Marche

Luca Pierucci
Federica Guercio
Marneo Serenelli
Ketty Chiappa
Maria Assunta Appollonio
Arianna Bucchi
Valeria Lucesoli
Lucia Moglie
Raffaella Ramazzotti
Romina Terenzi
Alessia Formica
Federica Burattini



psicoin
Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttore Responsabile
Luca Pierucci

Redazione
Commissione Cultura
Coordinatrice
Federica Guercio

Aquilino Calce
Giuseppe Lavenia
Giovanni Siena
Alessandro Suardi

Impaginazione:
èdita - Rimini

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale
POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in A.P. 70% D.C.B. Ancona

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101

Indice

La pagina del Presidente 5
Dr. Luca Pierucci
Presidente dell'Ordine Psicologi della Regione Marche

Editoriale 6
Dr.ssa Federica Guercio
Consigliere coordinatrice commissione cultura web,
formazione Ordine Psicologi della Regione Marche

Il concetto di identità: revisione della componente etnico culturale 8
Dott. Marneo Serenelli
Psicologo psicoterapeuta

Io e il gender! 15
Dott.ssa Ketty Chiappa
Psicologa psicoterapeuta

L'inter professionalità Psicologo-Farmacista:
farmacisti e psicologi come équipe 21
Dott.ssa Maria Assunta Appollonio
Psicologa psicoterapeuta
Dott.ssa Arianna Bucchiio
Psicologa psicoterapeuta
Dott.ssa Valeria Lucesoli
Psicologa psicoterapeuta
Dott.ssa Lucia Moglie
Psicologa
Dott.ssa Raffaella Ramazzotti
Psicologa psicoterapeuta
Dott.ssa Romina Terenzi
Psicologa

Da superstiti a protagoniste. Un laboratorio di autodifesa emotiva con donne
scampate a violenza domestica sulla base del modello biosistemico 27
Dr.ssa Alessia Formica, psicologa
Psicologa psicoterapeuta

Intolleranze (o) intolleranti 34
Dr.ssa Federica Burattini
Psicologa psicoterapeuta
Dott. Riccardo Sansonetti
Psicologa psicoterapeuta

La pagina del Presidente

Luca Pierucci
Psicologo Psicoterapeuta,
Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche

Carissimi colleghi e colleghe, siamo giunti alla fine del terzo anno di consiliatura e scorrendo il calendario di eventi, seminari e convegni dell'anno appena trascorso, possiamo affermare di aver cercato di dare il massimo impegno per rendere l'Ordine sempre più vicino alle esigenze di ogni singolo iscritto.
Dal 2016 abbiamo introdotto una piccola novità rivolta ai neoiscritti: durante la giornata dei giovani colleghi appena iscritti, in cui viene presentato l'Ordine come istituzione, è stato aggiunto un momento dedicato al giuramento: un estratto sulla base del codice deontologico degli psicologi.
Ma il servizio davvero innovativo, che ci ha portato a raggiungere il primato nazionale come Ordine psicologi regionale, è stato proporre un corso fad ecm per tutti gli iscritti, per un totale di 50 crediti, che corrisponde alla necessità annuale per ogni iscritto.
Voglio comunque ricordare che ancora non esiste un obbligo ecm (ad esclusione dei colleghi che hanno relazioni lavorative con il sistema sanitario nazionale), ma abbiamo pensato fosse utile fornire una formazione che garantisse crediti ecm a tutti gli iscritti, senza distinzioni.

In conclusione colgo l'occasione per rivolgere a tutti i migliori auguri di Buone Feste e di un 2017 ricco di obiettivi e nuova crescita personale e professionale.
Invito davvero tutti i colleghi a investire nella professione e trovare il coraggio e l'intraprendenza di realizzare nuovi progetti, perché come amo ripetermi ***"E' il lavoro che non inizia mai, quello che richiede più tempo per essere terminato."***

Editoriale

Federica Guercio
Psicologa Psicoterapeuta,
Consigliere coordinatrice commissione cultura web, formazione Ordine Psicologi della Regione Marche

Cari colleghi lettori questo secondo numero proponiamo contributi che affrontano tematiche diverse unite dal filo della contemporaneità delle argomentazioni anche in linea con i momenti formativi che il nostro ordine ha proposto durante questo anno.
Abbiamo condiviso e discusso insieme di psicologia e benessere psicologico a 360 gradi affrontando depressione post-partum, prevenzione del benessere, DSA, etnopsicologia e psicologia di frontiera, psicologia dell'emergenza; incrociando la clinica attraverso una formazione intensa sul DSM 5.
Molto forte è stata anche la partecipazione dell'Ordine a momenti formativi e di discussione esterni grazie alla proficua attività di relazioni interprofessionali, costruita dai consiglieri lungo questi tre anni di mandato, che ci ha visti presenti come ospiti relatori a convegni sull'oncologia, le cure palliative, sui temi della violenza di genere, sul gender e molto altro in un interscambio che sta ricollocando la nostra professionalità all'interno di un dibattito scientifico più ampio.
Prima fra tutte, ricordiamo l'attivazione della collaborazione con l'Ordine dei Medici che ci ha visti all'interno dello stesso comitato scientifico per del convegno sulla depressione post-partum; a gennaio sarà formalizzata una nuova collaborazione con l'ordine dei farmacisti che vedrà attivarsi il progetto dello psicologo in farmacia.
Gli articoli a seguire ci coinvolgeranno su: identità culturale, trans-culturalità, e contesto di appartenenza; gender proposto come esigenza di educazione al rispetto della diversità e ancor prima della libertà di potersi esprimere e sperimentare possibili identità sessuali nel proprio percorso di sviluppo. Ancora, perché non siamo mai stanchi di parlare di violenza di genere, la proposta di un laboratorio di autodifesa emotiva per donne vittime di



violenza, ideato per offrire alle vittime la possibilità di rappresentarsi e sperimentarsi nelle relazioni interpersonali in ruoli non più solo di sopravvissute.
La presentazione del progetto dello psicologo in Farmacia che tra le altre, introduce le dimensioni, non scontate, della valutazione d'impatto e sostenibilità, elementi ormai imprescindibili di ogni intervento.
Stimolanti sollecitazioni provengono dall'articolo sulle intolleranze alimentari che pone l'attenzione sulle correlazioni ormai ampiamente dimostrate e supportate da evidenze scientifiche, tra disagio psicologico, ansia, depressione, somatizzazioni e intolleranze alimentari.
L'ascolto psicologico e psicoterapico può ridurre il gap esistente tra l'evitamento che la diagnosi di intolleranza produce e la consapevolezza di cui si ha bisogno per rendere una possibile somatizzazione qualcosa di tollerabile.

Il concetto di identitá: revisione della componente etnico culturale

Dott. Marneo Serenelli
Psicologo psicoterapeuta

[…] l'essere vivente è, in ogni momento, altro e se stesso.
[J. Saramago, 1994]

1. Un concetto da modificare

L'identità è una questione fondamentale per l'essere umano. Lo è per l'individuo, che – nel suo inevitabile percorso di autocoscienza – ha una domanda fondamentale a cui rispondere per la propria vita: ***chi sono io?*** (o come J. Saramago formula quella che chiama "la domanda di sempre" dell'uomo: "Io, cosa sono?"). Lo è anche per la società, che deve gestire complesse relazioni fra individui con identità differenti, nonché fra gruppi che riuniscono identità simili e/o assimilate.

Sia il senso comune (per es.: negli relazioni quotidiane) che le amministrazioni (per es.: nei procedimenti di identificazione) nonché le professioni sociali (per es.: nell'esaminare comportamenti e culture) sono abituati a concepire l'identità come un aspetto statico, anzi proprio per definizione l'identità viene considerata come ciò che permane, dura, e connota trasversalmente il cosmo delle caratteristiche di una persona. La definiscono essenzialmente in base all'appartenenza, scremando le differenze individuali da un nocciolo che assimila diversi di loro. Il dare dei nomi diversi alle varie categorie/identità è molto utile ma non fa altro che renderle ancora più rigidamente concettualizzate, collocate in un mondo semplificato dove si tende ad eliminare arbitrariamente ambiguità, sovrapposizioni, contraddizioni, modifiche, flessibilità.

Ora però la velocizzazione dei cambiamenti (con la trasformazione imponente dei contesti comunicativi e relazionali realizzatasi negli ultimi decenni e con la globalizzazione in particolare) fa emergere, in relazione al concetto di identità, la necessità un approccio più complesso, che superi quelle idiosincrasie che – seppure



già discutibili in passato – ora espongono a errori fondamentali nelle relazioni interpersonali, a disorientamento, a senso di alienazione, a patologie psicologiche e/o comportamentali più o meno conclamate. In particolare, ora più che mai dobbiamo prendere atto che l'identità di un individuo subisce trasformazioni più o meno incisive quando questi cambia più o meno radicalmente il proprio contesto di vita; se molto spesso nella relazione con l'altro tendiamo a classificare in base alla provenienza (nazione, regione, religione, istruzione, famiglia, ecc.), oggi più che mai rischiamo di non classificare in modo adeguato, semplificando in modo rischioso la realtà dell'altro e utilizzando uno stereotipo deformante.

Il catalogo delle identità disponibili cresce, diminuisce, muta, si ramifica e si sviluppa a mano a mano che nel mondo si infittisce la rete dei rapporti politici ed economici. Con la definizione di nuove e la cancellazione di vecchie frontiere, la complessità di quel catalogo aumenterà ulteriormente, in maniera imprevedibile e solo in parte controllabile. (Geertz, 2001)

Il nuovo concetto di identità non può che includere una maggiore variabilità della casistica. Se da un lato è sempre vero che alcuni aspetti fondamentali dell'identità sono facilmente identificabili e non si modificano sostanzialmente per una grande quantità di individui, d'altro lato è sempre più vero che altri aspetti sono più flessibili/complessi e includono innumerevoli combinazioni di elementi, e addirittura molti individui subiscono processi di trasformazione di tale identità nell'arco della vita da mettere in secondo piano continuità e stabilità.

Tenendo conto del fatto che l'identità, pur rappresentando una unità non sezionabile, viene talvolta considerata da un'angolatura particolare che cerca di separare tale unità in componenti - identità di genere, identità professionale, identità religiosa, ecc. – va precisato che in questo articolo si intende focalizzare l'attenzione sull'identità culturale, intesa come l'identità che un individuo matura in base alla sua appartenenza etnico-geo-politica. L'articolo intende inoltre focalizzarsi su aspetti pragmatici, aspetti che oggi sono al centro dell'attenzione, grazie all'enorme progressione nei contatti fra i popoli, che prende corpo sia ad un livello più diretto attraverso lo spostamento fisico, in particolare con le migrazioni, sia ad un livello meno diretto attraverso le comunicazioni a distanza.

Per approfondimenti teorico-scientifici si rimanda a letture di cui si presenta una selezione nella bibliografia (Costache, 2014; De Caroli, 2006; Losi, 2000; Mancini, 2006; Phinney 1990; Phinney e Chavira 1992; Tajfel,1981).

2. Due esempi di identità "transculturale"

Tradizionalmente, soprattutto nelle società più chiuse e/o isolate, le distinzioni tendevano ad essere più nette; l'appartenenza ad una certa regione/nazione, ad un certo popolo/sottogruppo, ed al loro canone comportamentale era grandemente ascritta. Oggi, alcune persone non possono certo ritrovarsi in una visione di sé monocorde e statica, dato che in loro maturano più o meno gradualmente delle identità che possiamo definire "transetniche" o "transculturali", che sfuggono a predefinite classificazioni, a cui dare un nome cultural-geo-politico monocorde. Due esempi estremi sono eclatanti.

2. Transculturalità in senso prevalentemente diacronico: l'individuo adottato dall'estero

La fantasia comprensibile che sembra appartenere a molti dei candidati genitori adottivi è il desiderio di un "bambino senza passato" (cioè senza un'identità già definita), desiderio che si manifesta nella frequente richiesta di adottare bambini ancora piccoli. In effetti, più il bambino è cresciuto e più deve affrontare il "lutto" dell'abbandono di buona parte dei suoi parametri di riferimento, che lo avevano sostenuto nel processo di creazione della propria identità (per quanto potesse essere connotata negativamente).

In effetti, il minore adottato dall'estero – come pure, in qualche modo, i relativi genitori (la famiglia) adottivi - deve affrontare un processo di adattamento identitario in genere più impegnativo. C'è stato un balzo enorme nel percorso di crescita, un cambiamento di strada che altri esseri umani non sperimentano. Considerato che l'identità sociale ed etnica è già fortemente avviata in un bambino di 4-5 anni (Colombo e Dodde, 2014), maggiore è l'età di adozione e maggiormente disorientante sarà l'impatto con il nuovo contesto sociale, anche semplicemente per la novità di spazi, oggetti, tecnologie, ma soprattutto per differenze psicologicamente molto rilevanti in settori quali: caratteristiche somatiche prevalenti nelle persone, linguaggio verbale, codici comunicativi non verbali, abitudini. L'avere caratteristiche fisiche (colore della pelle, connotazioni del viso, ecc.) che palesemente denunciano la propria provenienza "altra", aumenta lo sforzo necessario per la rielaborazione della propria identità e ne estende spesso la dimensione temporale; quanto alla percezione da parte degli altri, per tutta la vita dell'individuo, essa rischia di essere connotata da atteggiamenti inquisitori a cui altri individui non sono sottoposti.

Transculturalità in senso prevalentemente sincronico: l'immigrato di seconda generazione

Le seconde generazioni, come vengono generalmente chiamate nel dibattito scientifico, sono in pratica i figli nati da genitori immigrati o ricongiunti a loro in un secondo momento. Contrariamente a quella dei genitori, la loro condizione esistenziale fra un ***prima-in-un-luogo*** e un ***dopo-in-un-altro-luogo*** è più attenuata se non addirittura inesistente. Spesso però si trovano contemporaneamente a vivere sia un'identità immersa nell'ambito familiare – quando la famiglia, a partire dai genitori, proviene da una stessa realtà geo-etnico-sociale e soprattutto quando questa intende connotarsi delle caratteristiche della tradizione di provenienza e si integra poco nel contesto di accoglienza – che un'altra identità, derivata da incontri interculturali a scuola e, in generale, fuori delle mura domestiche, con relativa assunzione di abitudini linguistiche e comportamentali anche molto lontane da quelle dell'ambito di provenienza; in altre parole, c'è da integrare dentro di sé una realtà generativa che si rinnova nelle interazioni domestiche e/o nelle frequentazioni familiari, nonché nei viaggi per visite a parenti rimasti nella terra di origine e una realtà esperienziale che sempre più con gli anni e la crescita si sovrappone alla prima.

Tra i minori di origine marocchina molti sono di seconda generazione. Secondo un'indagine dall'associazione Genemaghrebina, desiderano integrarsi nella cultura italiana senza perdere la propria, con una doppia appartenenza in grado di preservare il passato e aprirsi al nuovo. (Agenzia Redattore Sociale 29/11/14)

Questo ambito della casistica per l'identità "transculturale", apparentemente unitario, a guardare meglio si articola in



molte sfaccettature, per cui affermazioni generalizzanti risultano inopportune. Di questo problema ce ne si è accorti già da tempo, tanto che già nel 1997 il sociologo Rubén G. Rumbaut costruisce uno schema per la classificazione che dà credito a certe differenze, definendo delle posizioni intermedie tra la seconda generazione propriamente e la prima generazione (gli individui che sono migrati) attraverso il ricorso a una serie di sigle: ormai nei diversi studi sociali relativi all'immigrazione troviamo infatti i gruppi G2, G1,75 G1,5 e G1,25 (rispettivamente i figli di stranieri nati nel paese di accoglienza, arrivati in tale paese all'età di 0-5 anni, 6-12 anni e 13-17 anni). L'inquadramento è sicuramente utile per orientarsi meglio, ma come ogni strumento non può essere utilizzato in modo rigido, in quanto le sotto-classi non necessariamente corrispondono alle stesse caratterizzazioni identitarie.

La cronaca ci ha abituati a prendere in considerazione soprattutto i casi in cui i figli sarebbero spontaneamente tentati di adottare i costumi della società di accoglienza mentre la famiglia fa richieste più o meno pressanti che continuino la tradizione di cui lei si sente portatrice; in pratica, si tratta di un conflitto di identità che spesso è interiore al giovane e che talvolta trova esiti estremi, soprattutto se esistono imposizioni feroci dell'identità che per i genitori ***si deve avere*** su un'altra identità che in qualche modo ***si sceglie di avere***.

Tale questione della costruzione della propria identità per le seconde generazioni assume risvolti pragmatici rilevanti anche nell'intera realtà sociale: "L'integrazione delle seconde generazioni rappresenta non solo un nodo cruciale dei fenomeni migratori, ma anche una sfida per la coesione sociale e un fattore di trasformazione delle società riceventi. Con i ricongiungimenti familiari e l'arrivo di minori nati altrove, così come attraverso la nascita e la socializzazione di figli nati nel paese di insediamento, vengono alla ribalta alcuni nodi fondamentali per l'integrazione sociale, che venivano occultati o posposti finché si trattava di immigrati di prima generazione, di cui si immaginava un rientro in patria in un futuro non lontano". (da Maurizio Ambrosini, 2003 "Il futuro in mezzo a noi." Intervento nel convegno della Fondazione Giovanni Agnelli svoltosi a Torino il 10/06/2003).

L'intreccio relazionale tra identità differenti nella società multietnica: qualche annotazione con chiavi di lettura differenti

Le motivazioni della modifica concettuale proposta in queste pagine hanno riferimenti a carattere multidisciplinare, non certo solo psicologici.

Dalla sociologia statistica e dalla demografia apprendiamo fra l'altro che oggi più che in passato le famiglie possono nascere dall'incontro di due partner di cultura/nazionalità/etnia differente o trasferirsi da un paese ad un altro, anche

molto diverso. I figli si costruiscono quindi – con le variazioni connesse alla specificità del caso – un'identità "transculturale", in cui possono emergere combinazioni particolari di caratteristiche fisiche, bi/plurilinguismo, articolazioni composite di atteggiamenti/abitudini.

La storia contemporanea ci dà diversi esempi, anche drammatici; prendiamone uno. Nel processo di suddivisione subito dalla Jugoslavia all'inizio degli anni novanta, in alcuni casi, è stata attuata la volontà politica di segregazione territoriale a base etnica, che ha imposto una forzatura delle identità: non è stata rispettata la realtà di fatto di un meticciato diffuso fra etnie e si è giunti persino a separare fra loro i membri della stessa famiglia. La ex Jugoslavia è stata un crocevia di popoli, religioni e culture che sin dall'antichità si sono spesso sovrapposte e, in alcuni casi, mescolate; la disposizione dei popoli e delle aree culturali è mutata spesso e con crescente rapidità; eppure la guerra si è giocata anche sui numeri, portando ad una divisione della popolazione in base ad una spesso artificiosa appartenenza etnica.

"Sono figlio di madre rom e padre albanese. Ho ereditato da mia madre la passione per la musica e da mio padre quella per lo studio delle lingue. Scrivi che sono Rom e Albanese non posso scegliere" (Richiedente asilo Kossovaro, 41 anni) (Conti, 2000)

Nella pedagogia scolastica troviamo molte analisi/riflessioni/proposte per l'integrazione/inclusione degli alunni stranieri.

"I minori immigrati inseriti nelle nostre scuole non solo vivono condizioni di marginalizzazione, ma sono soggetti a processi di acculturazione che, semplificando, possiamo connotare come processi di confusività identitaria. Queste condizioni possono creare forme di malessere; espressioni di questo malessere sono, per esempio, atteggiamenti di bullismo e comportamenti devianti." (Belpiede, 2002)

In particolare, assume grande importanza la politica relativa alla lingua dell'insegnamento nel rispetto delle minoranze linguistiche.

La cosa migliore che possa accadere a un bambino [...] è avere la stessa lingua sia per utilizzarla per fare le cose (lingua come strumento) sia per identificarsi con il proprio gruppo di appartenenza. Ma ciò non è realizzabile in gran parte dell'Africa a causa della molteplicità di lingue e culture. Né è realizzabile in gran parte del mondo, in quanto la maggioranza delle nazioni deve far fronte alla presenza di due o più lingue o loro variazioni.

Ognuno ha il diritto di imparare la/e propria/e madrelingua/e con completezza, oralmente (laddove è fisiologicamente possibile) e per iscritto, il che presuppone che le minoranze siano istruite attraverso il mezzo della/e loro madrelingua/e; ciascuno ha il diritto di usare la madrelingua nella maggior parte delle situazioni ufficiali (incluse le scuole). (Sure and Ogechi, 2009).

4. Trovare se stessi oggi: costruirsi un'identità e saperla trasformare

Oggi è diventato più scoperto il dilemma umano descritto da Bonder Nilton (in ***L'anima immorale***, 2003): "Senza qualcosa cui appartenere non esiste sicurezza per il ***sé*** e, tuttavia, un inglobamento totale e un coinvolgimento con una qualsiasi unità sociale, implica un tipo di riduzione di sé". In effetti, vivendo in una società più "libera", dove i dinamismi sostituiscono sempre di più le staticità, dove viene rispettato sempre di più il diritto di sce-

gliere e/o di modificare chi si è, la ricerca della propria identità appare paradossalmente più complicata. Trovare un equilibrio fra diverse identità per un individuo non è facile; il risultato di tale ricerca potrebbe essere arricchente, ma potrebbe anche costituire un ganglio nel quale si coagulano altre difficoltà psicologiche della persona (ad esempio, i migranti, le persone adottate dall'estero e le seconde generazioni di immigrati talvolta portano con sé anche dei traumi specifici relativi a maltrattamenti, abbandoni, ecc. e non a caso vediamo crescere l'attenzione per l'etnopsichiatria e l'etnopsicologia). Se dunque la questione dell'identità da sempre aleggia negli studi degli psicoterapeuti da un lato e nei conflitti sociali dall'altro, oggi rappresenta un nodo da sbrogliare attivandosi subito, perché il mondo sta cambiando velocemente.

Nell'ambito ineludibile di un atteggiamento di apertura al cambiamento e di approccio flessibile, ci può essere utile una revisione cognitiva del concetto di identità, una revisione in chiave innanzitutto interculturale. La scienza contemporanea ci ha ormai insegnato ad abbandonare la categoria di ***razza***; ora ci sta insegnando che anche le categorizzazioni in base all'appartenenza etnica e/o nazionale, se avevano un certo senso in un mondo arcaico fatto di limitati gruppi di umani che vivevano in modo piuttosto separato gli uni dagli altri, o anche nel mondo moderno dove c'era da costruire l'identità nazionale superando quella tribale, ora mostrano in modo evidente i loro limiti, dato che si basano su stereotipi che sempre meno corrispondono alla realtà e per di più costituiscono la base per atteggiamenti pregiudiziali discriminatori che non aiutano a costruire il mondo del futuro.

L'umanità diventa sempre più interconnessa e la cittadinanza è dunque planetaria. Diventa sempre più improbabile



che qualcuno si identifichi esattamente e per sempre nelle caratteristiche generalmente attribuite ad un gruppo etnico nazionale e/o regionale; in particolare, coloro che in numero crescente si spostano dall'ambiente dove sono cresciuti e si inseriscono in un altro ambiente (o, in successione, anche in altri ambienti) non possono - e non desiderano! - essere classificati semplicisticamente in modi che non riconoscano la complessità della loro storia personale, con i relativi sacrifici, le relative conquiste. In questo senso, gli psicologi - come altri professionisti - hanno l'imperativo professionale di un adeguamento, che sia anche in grado di anticipare un analogo adeguamento della società generale, dato che il pieno riconoscimento dell'alterità (accogliere l'altro per come è, non per come ci si aspetta che sia, anche se si presenta in forme estranee/sfuggenti e a primo impatto disturbanti), è alla base di una sana vita insieme nel mondo globalizzato - l'unico che possiamo avere.

BIBLIOGRAFIA

Belpiede A. (a cura di) (2002) , Mediazione culturale, UTET, Torino

Bonder N. (1998), L'anima immorale. Tradimento e tradizione attraverso il tempo, Città Aperta, Troina (EN)

Colombo L. e Dodde P. (2014), Il bambino adottivo a scuola, Ancora, Milano

Costache A. L. (2014), Identità etnica negli adolescenti, in "PM Psicoclinica. Il Giornale della Società Italiana di Psicologia Clinica Medica", 16/01/14

De Caroli M. E. (2006), Categorizzazione sociale e costruzione del pregiudizio, Franco Angeli, Milano

Geertz C. (2001), Antropologia e filosofia, Il Mulino, Bologna

Losi N. (2000). Vite altrove. Migrazioni e disagio psichico, Feltrinelli, Milano

Mancini T. (2006), Psicologia dell'identità etnica : Sé e appartenenze culturali. Roma, Carocci.

Phinney J. S. (1990). Ethnic Identity in Adolescents and Adults: Review of Research, in "Psychological Buletin", n. 108, pp. 499-514

Phinney J. S., Chavira V. (1992). Ethnic Identity and Self-esteem: A Esploratory Longitudinal Study, in "Journal of Adolescence", 26 (2), pp. 165-185.

Rumbout R. (1997), Assimilation and its discontents: between rhetoric and reality, in "International Migration Review", vol. 31 n. 4

Saramago J. (2010), Quaderni di Lanzarote, Einaudi, Torino (estratto di 5 "quaderni" editi separatamente negli anni 1994, 1995, 1996, 1997, 1998)

Sure K. and Ogechi N. O. (2009), Linguistic Human Rights and Language Policy in the Kenyan Education System, OSSREA, Addis Ababa

Tajfel H. (1981), Human Groups and Social Categories, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it. 1995, Gruppi umani e categorie sociali, Il Mulino , Bologna)

SITOGRAFIA

www.fga.it/fileadmin/storico/pdf/doconline/Ambrosini_100603.pdf
Fondazione Agnelli
www.irpps.cnr.it/it/system/files/wp2_00.pdf
Istituto per le Ricerche sulle Popolazioni e le Politiche Sociali del CNR (Cinzia Conti 2/2000, Conflitti, migrazioni forzate e rischi ambientali nella ex Iugoslavia)
www.psicoclinica.it/identita-etnica-negli-adolescenti.html
PM Psicoclinica (articolo di Costache del 16/01/14)
www.redattoresociale.it Agenzia Redattore Sociale
www.secondegenerazioni.it Rete G2 – Seconde generazioni

Io e il gender!

Dr.ssa Ketty Chiappa
Psicologa psicoterapeuta

"Le streghe hanno smesso di esistere,
quando noi abbiamo smesso di bruciarle".
Voltaire

Scrivo da precursore della cosiddetta 'Teoria Gender' oltre che da psicologa membro di Altrapsicologia e Consigliere dell'Ordine Psicologi delle Marche.
Si perché pur non sapendolo l'avevo già confermata da bambina questa "Teoria".
Non me ne vogliano tutti coloro che sono così terrorizzati e scandalizzati dagli "Studi di Genere" e dalla loro applicazione. Non se la vorranno prendere anche con una bambina che sin dall'età di due anni ha sempre preferito giocare con giochi da 'maschio' perché li riteneva più interessanti e divertenti e che ha poi deciso di mettere al mondo tre figli con un uomo...come tutte le sue amichette che da bambine giocavano a pettinare bambole e spingere finte carrozzine?!
Ero un vero maschiaccio: robot, soldatini, pistole, il gioco del pallone, gare in bicicletta, pesca sportiva, hanno fatto parte della mia infanzia, eppure non sono diventata omosessuale!!!
Chissà forse lo sono e non me ne rendo conto penserà qualcuno che ha letto Freud!!!
Nonostante tutto questo sono diventata una mamma, una moglie e una donna, realizzata nella sua vita sotto ogni aspetto.
Questi giochi non hanno influito sul mio orientamento sessuale-affettivo né sulla mia identità di genere, hanno solo impedito alla mia mente di chiudersi!
Quando mi chiedevano perché giocavo con i giochi da maschio avrei voluto rispondere ***"perché no, se a me piace farlo?"*** invece mi chiudevo nella vergogna e



nell'incomprensione, vivevo con senso di colpa il mio essere diversa.
Guardavo le donne adulte e non capivo perché dovessero essere sempre loro a pulire la casa, ad accudire i bambini, a sacrificarsi per il prossimo, mi chiedevo perché gli uomini non potessero stirare pur avendo due mani anche loro, mi chiedevo perché non potessero piangere pur avendo anche loro dei sentimenti e non mi accontentavo delle risposte superficiali che mi arrivavano. Fu così che venni etichettata "Bastian Contrario". Si perché una persona che cerca di liberarsi dalle convenzioni viene vista come una rompiscatole, qualcuno che vuole creare



scompiglio, cambiare le cose!
Purtroppo siamo abituati a ragionare in determinati modi senza chiederci il motivo, senza porci quesiti.
Lo scandalo del "Gender" ha avuto inizio da quando la Senatrice Fedeli ha presentato il DDL n.1680 il quale prevede l'inserimento della "Educazione di genere" nel programma formativo scolastico, con lo scopo di perseguire principi di eguaglianza, pari opportunità e rispetto delle diversità all'interno delle istituzioni scolastiche.
Questa formazione diretta agli insegnanti si pone l'obiettivo di combattere le disparità legate ai ruoli di genere, quindi ai condizionamenti culturali.
Gli studi di genere vorrebbero permettere ai nostri figli di costruirsi un'idea di affettività e sessualità libera da pregiudizi.
Lo scandalo nasce per la presa di posizione di alcune istituzioni che temono possa essersi creata una cospirazione di intellettuali e professionisti che stanno lavorando per creare una società senza più differenze sessuali, senza più un ordine, una regola....una società promiscua.
In seguito a questo è nato tutto un susseguirsi di conferenze, di pubblicazioni sul tema per proteggere e istruire le persone contro la minaccia del "gender"! Si è aperta una vera e propria caccia alle streghe del 2015!
Il DDL 1680 è basato sul documento dell'OMS (organizzazione mondiale della sanità) in cui sono dettate le linee guida che ripercorrono lo sviluppo sessuale del bambino dalla nascita all'adolescenza. Queste 65 pagine di letteratura scientifica scritte da medici, psicologi e specialisti vari, hanno lo scopo di fornire una base per l'insegnamento dell'educazione sessuale nelle scuole.
Se non si legge tutto il documento è facile, soprattutto per chi non è del settore, incorrere in equivoci e cadere nella trappola di chi distorce le informazioni per manipolare le informazioni e trovare consensi.
In questo mio articolo vorrei sintetizzare con parole semplici il documento dell'OMS ***"Standard per l'educazione Sessuale in Europa. Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche, e sanitarie, specialisti"***
E' stato redatto dal Centro Federale per l'Educazione alla Salute BZgA (Germania)

Colonia 2010, mentre l'edizione italiana è stata promossa e finanziata dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica. Eviterò i confronti con il materiale divulgativo diffamatorio contro la Teoria Gender che è stato diffuso in tutto questo tempo; non mi interessa andare contro, voglio solo cercare un po' di chiarezza.

L'OMS nel documento illustra la sessualità attraverso gli occhi del bambino ed ha un significato molto diverso da quello che ha per gli adulti.

Un bambino ha bisogno di contatto fin dalla nascita e prova piacere nell'essere toccato già da quando è nel grembo materno. Per un bambino sessualità significa ricerca del piacere fine a se stesso, senza la malizia che può vederci un adulto. Per il neonato il piacere è orale e lo prova nel succhiare il capezzolo del seno materno, per un bambino di 2 o 3 anni è anale ed è scatenato dal fare la cacca o dal trattenerla, per un bambino di 4 o 6 anni il piacere diventa fallico e lo prova giocando con il proprio organo genitale.

Le linee guida dell'OMS sono differenziate per fasce di età.

0 - 4 anni: il bambino scopre il proprio corpo con piacere e pratica ***"masturbazione infantile"*** anche quando a qualche mese di età capisce di avere due manine e trae piacere dall'accarezzarle. Siamo noi adulti che attribuiamo al termine ***"masturbazione"*** un significato sessualizzato. L'attività sessuale dei bambini riguarda il proprio corpo, non è rivolta alle altre persone, si parla di autoerotismo perché si provoca piacere da solo.

4 - 6 anni: l'imitazione e l'identificazione con le persone dello stesso sesso sono gli strumenti attraverso cui il bambino scopre la sua sessualità. A quest'età difficilmente i bambini/e sono incuriositi dall'altro sesso, questa è una tappa a cui si arriva successivamente nello sviluppo sessuale. L'OMS non sta parlando con questo di omosessualità ma descrive una fase in cui i bambini preferiscono la compagnia di coetanei del loro stesso sesso (es. giochi di squadra come il calcio o la pallavolo). Non si spingono i bambini all'omosessualità bensì si ripercorrono le tappe dello sviluppo sessuale.

6 - 9 anni: nel documento si introduce il tema dei metodi contraccettivi sempre nel rispetto delle conoscenze del bambino che a quest'età, in genere, è già abbastanza maturo per sapere come si concepisce e come nasce un bambino. Le linee guida suggeriscono che è il momento giusto per far sapere al bambino che si può influire sulla propria fertilità e capacità generativa attraverso i metodi contraccettivi. A scuola non si vuole insegnare come mettere un preservativo bensì che le nascite possono essere controllate.

9 -12 anni: in questa fase si può iniziare a parlare di pubertà, di prime esperienze sessuali e di eiaculazione.

12 -15 anni: si può introdurre il tema della gravidanza, dell'infertilità, dell'aborto, della contraccezione e dell'omosessualità. Le linee guida dicono che l'omosessualità non è peccato, non è una malattia (l'OMS ha cancellato l'omosessualità dalla lista delle malattie mentali) è non sbagliata.

Dai 15 anni: si può parlare di aborto, dei servizi a disposizione e si fa chiarezza sull'omosessualità, sulla bisessualità e sulla pornografia. Chiediamoci se fare chiarezza possa significare deviare oppure cercare di comprendere e di uscire dai pregiudizi.

Occorre ora fare chiarezza sul termine "genere".

Chiara Saraceno, sociologa, nel suo ar-

ticolo ***"Il gender non esiste"*** definisce il ruolo di genere come ciò che la società si aspetta dall'individuo in base al suo sesso biologico e che quindi non dipende dalla conformazione del corpo; noi donne siamo più tenere e meno aggressive degli uomini perché le aspettative nei nostri confronti da quando nasciamo ci spingono verso questo modello. Da una femmina si pretendono comportamenti più femminili non perché lo dice il suo corpo; una bambina viene ripresa se dice parolacce, se fa i rutti o se si concede di pic-



chiare qualcuno molto più che se a farlo fosse un maschio, sottolineando che una femmina non può fare certe cose.
L'identità sessuale sta nella mente, l'orientamento sessuale sta nel cuore, il sesso biologico sta nel corpo e l'espressione della sessualità sta in ciò che appare.
Gli studi di genere vogliono offrire la possibilità ai bambini di ascoltare il proprio mondo interiore senza farsi schiacciare dai condizionamenti culturali. I bambini non hanno limiti di pensiero, si sentono onnipotenti ed è per questo che hanno la forza per cambiare il mondo, la loro mente è aperta alle possibili alternative. Imparare da loro a mettere in discussione le nostre convinzioni, potrebbe servirci per non cadere vittime del pregiudizio e dell'ignoranza.
La frase più pericolosa per la nostra intelligenza è "***si fa così perché si è sempre fatto così"***. I bambini hanno molto da insegnarci, sono liberi dalle gabbie interiori, non sono ancora prigionieri del pregiudizio e degli schemi mentali, non hanno ancora perso la spontaneità e quell'istinto che porta all'ascolto dei propri desideri. I bambini sono felici fino a quando gli adulti non riescono nel loro intento di condizionarli culturalmente.
In questi ultimi mesi sono accaduti dei fatti di cronaca che dovrebbero far molto riflettere.
Il Sindaco di Venezia ha proibito una lista di 49 libri a dir suo ***"pro-gender"*** quindi pericolosi per i nostri bambini che possono essere contaminati e deviati da queste letture. I libri ritirati dai nidi e dalle scuole per l'infanzia, perché giudicati tabù, facevano parte del progetto ***"Leggere senza stereotipi"*** creato da psicologi e pedagogisti, docenti di diverse Università italiane, associazioni e bibliotecari della città di Venezia e promosso nel 2014 dall'allora Consigliere Comunale Seibezzi.
Questi testi affrontano il tema della discriminazione e sono stati concepiti per insegnare ai bambini a rispettare chi è diverso da loro (la persona disabile, il bambino adottato, l'omosessuale, chi ha due mamme e due papà). È facile farsi propaganda elettorale attraverso la mala informazione delle persone, peccato che in pochi giorni la sua lista di libri proibiti è diventata per molte persone la lista dei libri consigliati.
Non vi sembra un po' pericoloso che vengano censurati dei libri perché ritenuti da alcuni un modo per ammaestrare e deviare i bambini, non vi ricorda qualcosa?

Sarebbe una cosa buona se un giorno sulle copertine dei libri si potesse scrivere ***"attenzione, l'esposizione continua alla cultura potrebbe gravemente danneggiare i vostri pregiudizi e provocare una pericolosissima apertura mentale!".***
Un altro grave episodio della cronaca ***"Gender"*** è stato quello della Preside che ha inviato una lettera ai genitori degli alunni in cui scriveva che il Decreto Scuola tra i punti sull'educazione di genere prevede anche la masturbazione infantile precoce. Ora questa dirigente scolastica è stata obbligata dal Miur (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) a presentare le pubbliche scuse perché oltre che fornire informazioni errate e superficiali, ha dato indicazione ai genitori di approfondire la propria conoscenza sul sito web che ha sponsorizzato la giornata del Familiy Day (manifestazione organizzata a Roma a difesa della famiglia tradizionale) infondendo un messaggio politico.
Una Dirigente scolastica, responsabile dell'istruzione dei futuri cittadini dovrebbe garantire che i bambini vengano educati in scienza prima che in coscienza, la scuola non dovrebbe essere laica e apolitica? Sbaglio?
I miei vogliono essere solo degli spunti di riflessione, con questo articolo ho esplorato superficialmente questa tematica, ci sono video su facebook che tentano di convincere gli utenti che la Teoria Gender può essere distrutta in meno di 3 minuti. Ci vogliono giorni di approfondimento per comprendere un lavoro fatto in decenni di studi da qualificati professionisti che si occupano degli studi di genere e tutto questo non può essere vanificato con 3 minuti di pura manipolazione mediatica!
Di fronte a tutto questo noi dell'Ordine Psicologi Marche abbiamo deciso di



prendere posizione e di orientare la popolazione rispetto a ciò che è accaduto e sta ancora avvenendo; schierandoci decisamente contro chi fa propaganda terroristica nei confronti degli studi di genere.
In risposta al nostro comunicato stampa non abbiamo ricevuto solo consensi ma anche attacchi da parte di associazioni, professionisti e persone che si sono sentite colpite dalla nostra presa di posizione, ma è dovere di un Ente Pubblico tutelare e garantire la scientificità delle informazioni che vengono fornite alla cittadinanza.
Fra alcuni decenni guardando al passato ci renderemo conto dell'assurdità dello scandalo ***"gender"*** che stiamo vivendo oggi proprio come quando le donne hanno ottenuto per la prima volta il voto. I cambiamenti provocano sempre una crisi nelle persone legate alle tradizioni, alla norma, agli stereotipi, gli "anti-gender" se ne faranno una ragione.
È grazie al cambiamento e all'adattabilità al cambiamento che esistono l'evoluzione e il progresso.
Le differenze sessuali esistono, nessuno vuole negarlo, l'unico e nobile scopo degli studi di genere è quello di eliminare le influenze culturali che creano nei

confronti delle minoranze e delle categorie cosiddette "deboli", discriminazioni, violenze, disagi e soprusi.

BIBLIOGRAFIA

Standard per l'educazione Sessuale in Europa. Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche, e sanitarie, specialisti. Centro Federale per l'Educazione alla Salute BZgA (Germania) Colonia 2010. Edizione italiana promossa e finanziata dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica.
Michela Marzano "Mamma Papà Gender" UTI
Chiara Saraceno ***"Coppie e famiglia. Non è questione di natura"*** Feltrinelli
Chiara Saraceno, Manuela Naldini ***"Sociologia della famiglia"*** Il Mulino

L'interprofessionalità psicologo - farmacista: farmacisti e psicologi come èquipe

Dott.ssa Maria Assunta Apollonio
Psicologa psicoterapeuta

Dott.ssa Anna Sara Botteri
Psicologa

Dott.ssa Arianna Buchi
Psicologa psicoterapeuta

Dott.ssa Valeria Lucesoli
Psicologa psicoterapeuta

Dott.ssa Lucia Moglie
Psicologa

Dott.ssa Raffaella Ramazzotti
Psicologa psicoterapeuta

Dott.ssa Romina Terenzi
Psicologa

Il gruppo di lavoro "Lo Psicologo in Farmacia", dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche, ha elaborato un progetto pilota sulla possibile collaborazione tra Psicologi e Farmacisti; tale progetto è stato approvato dal Consiglio OPM, e il presente articolo ha lo scopo di informare i colleghi su quanto elaborato. L'obiettivo del progetto "L'inter-professionalità Psicologo-Farmacista: farmacisti e psicologi come équipe" è diffondere la cultura della salute e del benessere dell'individuo attraverso l'attivazione di forme di collaborazione dello psicologo con le farmacie. Si pone in linea si con le iniziative precedenti attuate sul territorio regionale e nazionale, sia con i più recenti sviluppi nel campo delle cure e dell'assistenza primaria, in ottemperanza alle direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e alla nuova legislatura riguardante la farmacia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale "uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni". L'OMS fornisce ulte-

riori indicazioni e dati riguardo la salute mentale. Secondo le sue stime i disturbi psicologici e la sofferenza mentale sono in significativo aumento, con notevoli ripercussioni non solo sulla qualità di vita dei singoli individui coinvolti e delle loro famiglie, ma anche sulla società in termini di costi diretti e indiretti. Infatti, chi soffre di un disturbo psicologico è a rischio dimostrato per insorgenza di malattie cardiovascolari, diabete, cancro, malattie gastrointestinali e immunitarie; inoltre, i costi sanitari aumentano dal 35 al 115% quando alla malattia si aggiungono stati depressivi ed ansiosi. Lo scenario è aggravato da difficoltà di natura organizzativa ed economica per le quali le risorse che i vari governi destinano alla salute mentale nel 66% dei casi sono meno dell'1% del totale della spesa sanitaria (OMS, 2001). Tale situazione non fa che aggravare la lacuna tra chi soffre di una malattia mentale e chi effettivamente riceve delle cure. Per ovviare a tale critico scenario, l'OMS ha indicato delle strategie che ad oggi rappresentano le più importanti linee guida di politica sanitaria mai elaborate nel campo della salute mentale. Fra tali strategie sono previsti: il trattamento dei disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria, in modo da consentire un accesso più facile e veloce ai servizi; la partecipazione della comunità nella gestione dei disagi individuali; l'educazione alla salute mentale attraverso campagne di sensibilizzazione e di formazione, finalizzate alla riduzione dello stigma e della discriminazione, avvicinando i cittadini alla richiesta di aiuto; l'adozione di politiche, programmi e leggi nazionali sulla salute mentale basati sulle conoscenze più avanzate e sui diritti umani.

La legge 69/2009 e successivo decreto legislativo1 promuovono il riconoscimento delle farmacie al pari di veri e propri servizi polifunzionali ad "elevata valenza socio-sanitaria" e quindi atti a fornire servizi altamente professionali per la promozione del benessere della persona. Il decreto citato prevede, quindi, la collaborazione delle farmacie a varie iniziative in ambito socio sanitario. Nello specifico, si fa riferimento ad iniziative finalizzate a: garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio; favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche favorire la partecipazione alla realizzazione di programmi di educazione sanitaria; favorire la prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate. Per i motivi sopra citati, è facile dedurre che, per offrire nuovi servizi che abbraccino vari ambiti, è fondamentale un lavoro di èquipe, dove un team specializzato di professionisti, tra i quali il farmacista il medico, lo psicologo e l'infermiere, collaborano insieme per il benessere del cittadino. Per favorire l'introduzione dei nuovi servizi (regolamentati da specifici accordi regionali), risulta fondamentale sia la partecipazione dei cittadini, che devono essere adeguatamente e correttamente informati su queste nuove possibilità, sia la partecipazione delle Istituzioni, nell'ottica di una maggiore coesione nella risoluzione di problematiche legate alla salute.

Come sottolineato, già nel 2006 alla conferenza di Ginevra sul tema "Developing Pharmacy Practice – A Focus on Patient Care", si sta assistendo ad uno spostamento della professione del farmacista da un modello ***farmaco centrico*** ad un modello ***paziente centrico***. La nuova direzione strategica introduce necessariamente nella prassi quotidiana l'uso di alcuni termini utili per capire questo ***riallineamento professionale*** che vede sempre più il farmacista integrato nell'assistenza sanitaria a fianco di medici e in-

fermieri. La ***nuova*** terminologia riguarda l'assunzione dei farmaci e il comportamento del paziente ed è spesso correlata al tipo di relazione che si instaura con il professionista della salute sia egli medico, infermiere o farmacista.
Molto spesso si usano i termini Compliance, Concordanza e Aderenza in modo intercambiabile e ciò genera confusione e una non corretta descrizione del significato reale di ciascuna parola.
Nel 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha identificato l'Aderenza alla terapia come uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione della mortalità e per il contenimento dei costi dei sistemi sanitari; la stessa attenzione richiede la non -Aderenza, distinta in volontaria e involontaria. Numerosi sono i fattori che contribuiscono alla non- Aderenza:
• ***Fattori legati al paziente***: dimenticanza, negazione della malattia, credo religioso, scarsa comprensione della terapia.
• ***Fattori legati alla condizione clinica***: sintomi non evidenti o molto lievi o addirittura molto severi, stato confusionale.
• ***Fattori legati al trattamento terapeutico***: preparazione difficoltosa, regime complesso, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi.
Oltre ai fattori sopra citati contribuiscono alla non Aderenza le Reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction, ADR), in considerazione del loro significato più ampio, così come indicato dalla nuova normativa europea (Direttiva 2010/84/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2010), che fa riferimento a un "Effetto nocivo e non voluto, conseguente all'uso di un medicinale". Tale definizione, che è indipendente dal tipo di uso del medicinale, copre anche le Reazioni avverse derivanti da errore terapeutico, abuso, misuso (ossia una serie di condizioni come l'assunzione della terapia per vie diverse da quelle abituali, la persistenza di abuso o cattivo uso del farmaco, la persistente inosservanza da parte del paziente delle indicazioni per la conservazione del farmaco), uso ***off label***, sovradosaggio ed esposizione professionale. Infine, va anche tenuto in considerazione il termine "Communication Mismatch" che rappresenta la volontà o la necessità del paziente di essere più informato in merito ai medicinali che assume. Una migliore aderenza alla terapia significa, infatti, minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le



terapie. La scarsità di informazioni e communication mismatch sono le due criticità che la gran parte degli operatori sanitari e ricercatori citano come causa della bassa aderenza alle terapie. Recenti studi rivelano, come evidenziato anche da Piccinini, che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia ed oltre il 70% nei primi 6 mesi. Per tutte le classi terapeutiche si registra in genere una aderenza più bassa al Sud. Affermare che informare il paziente degli importan-



ti vantaggi nell'assunzione del farmaco sia funzionale ad aumentare l'adherence, significa affermare che dovrebbero esistere "vantaggi assoluti ed universali" che tutte le persone dovrebbero vivere come focali; significa, inoltre, negare l'unicità dell'essere umano e la differente importanza che ciascuno di noi può dare (in quel momento di vita e salute) o non dare ad un presunto vantaggio comunicatoci dal medico o dal farmacista. Informare in modo esauriente deve essere un dovere etico e di trasparenza, che mette la persona in grado di scegliere consapevolmente. Dopodiché l'adherence ha dimensioni molto più profonde, richiede di entrare nella personalissima scala di costi/benefici che ciascuno di noi ha in un dato momento e situazione di vita. Sostenere l'aderenza alla terapia significa entrare in relazione con la persona, facilitandogli un pensiero consapevole sulle emozioni che lo attraversano, sui cambiamenti che dovrà affrontare, sostenendolo nei momenti più bui e di rada. La cultura medica e farmacologica non ha nel proprio repertorio professionale – tra le proprie aree di forza – competenze per entrare in relazione, per pensare le emozioni. Il sostegno all'aderenza alle terapie (farmacologiche o meno) passa da un sapere entrare e stare in relazione con la persona, in continuità territoriale con la stessa e le figure professionali. Inoltre bisogna educare le stesse figure sanitarie ad una visione olistica della persona. La chiave di volta per ritrovare il benessere e riportare l'equilibrio è "olistica". In passato si parlava di psicosomatica riferendosi ad essa solo in relazione a quelle malattie organiche la cui causa era rimasta oscura e per le quali (quasi per esclusione) si pensava potesse esistere una genesi psicologica. Oggi al contrario si parla non solo di psicosomatica, ma di un'ottica psicosomatica corrispondente ad una concezione della medicina che guarda all'uomo come ad un tutto unitario, dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio, e che presta attenzione non solo alla manifestazione fisiologica della malattia, ma anche all'aspetto emotivo che l'accompagna. Se vogliamo uscire dall'empasse, dobbiamo abbandonare questa comprensibile emotività, acquisendo una visione più ampia. L'uomo è un'entità dinamica e poliedrica, in cui la psiche e il corpo non sono solo collegati tra loro – che è il modo di intendere la psicosomatica da parte della medicina tradizionale – ma esprimono la stessa realtà su piani diversi: uno più sottile (mentale, psichico e talora anche spirituale) e uno più materiale (corporeo). La malattia e i sintomi si collocano su questa complessità in movimento, e perciò per natura sfuggono all'indagine scientifico-razionale basata sui criteri di riproducibilità sperimentale. Tutte le civiltà antiche lo avevano compreso e – anche perché ignare dei meccanismi fisiologici – curavano le patologie basandosi esclusivamente sulla lettura simbolica, impregnate della loro specifica cultura e della religione di riferimento. Lo sciamano guaritore non sapeva nulla

del funzionamento del corpo, ma spesso sapeva cogliere i contenuti simbolici profondi del disturbo. Agiva su questi secondo un rituale che, in quell'ambiente, avevano un'indubbia valenza. Molti morivano, ma la tribù si sentiva al sicuro. La Farmacia, in quest'ottica, può essere vista come il nodo fondamentale della rete della salute, e diventa quindi un luogo di risposta ai bisogni psicologici e sociali dei cittadini, oltre che un punto di eccellenza per la diffusione di una corretta cultura del benessere. Al fianco del farmacista, si ritiene opportuno quindi promuovere il ruolo professionale dello psicologo, quale specialista della salute psichica. Quanto detto finora, pone le basi all'ideazione del progetto "L'interprofessionalità Psicologo- Farmacista: farmacisti e psicologi come équipe", studiato per raggiungere i seguenti obiettivi:

• Promuovere la rete delle farmacie come centri di salute polifunzionali;
• Potenziare la rete dei servizi a tutela e promozione della salute presenti sul territorio;
• Promuovere e sviluppare collaborazioni tra i professionisti della salute presenti sul territorio;
• Fornire ai farmacisti degli strumenti aggiuntivi per rispondere alle richieste della clientela;
• Sensibilizzare la cittadinanza alla corretta conoscenza di tematiche riguardanti la salute;
• Promuovere stili di vita sani e sostenibili;
• Migliorare il benessere psico-fisico dei destinatari;
• Prevenire il disagio psicologico e sociale;
• Accogliere le richieste di aiuto psicologico, con caratteristiche di maggiore fruibilità e accessibilità da parte della cittadinanza.

Per restare in linea alle indicazioni dell'Oms, il Gruppo di lavoro ha strutturato il progetto attraverso tre azioni: la formazione specifica al Farmacista, incontri d'informazione, sensibilizzazione e prevenzione per la cittadinanza su argomenti di interesse collettivo e l'erogazione di consulenze psicologiche. Questo progetto, ad estensione regionale, coinvolgerà delle farmacie campione sparse su ciascuna provincia marchigiana. Al termine del progetto, che durerà circa un anno e sarà preceduto da un convegno, seguirà una fase di valutazione dei risultati ottenuti, attraverso questionari di gradimento, schede di raccolta dati e test autosomministrantesi. La ricerca completa sarà pubblicata nella rivista "Psicoin", per condividere con i colleghi e le istituzioni la fattibilità del progetto e la sua possibile replicabilità.

1 Decreto Legislativo 3 Ottobre 2009, n. 153 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

BIBLIOGRAFIA

Armani R. (1986), ***"La relazione farmacista-paziente-farmaco"*** in Del Corno F., Lang G., Taidelli G. (a cura di), ***Il medico, il paziente e le loro medicine. Psicologia dei farmaci***, Milano, Franco Angeli, 1987.

Bosio A.C. (2004), ***Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia***, Milano, Franco Angeli, 2004.

Bosio A.C. (2011), F***are lo psicologo. Percorsi e prospettive di una professione.*** Milano, Raffaello Cortina, 2011.

Derogatis L.R. (1977), SCL-90. ***Administration, Scoring and Procedures Manual.*** Clinical Psychometric Research, Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.

Macario A. ***"La funzione sociale del farmacista nel supporto psicologico del paziente"*** (Internet) 2014.
Disponibile all'indirizzo:

www.metmi.it/upload/psicolog_def.pdf.
Molinari E., Pagnini F., Castelnuovo G., Lozza E., Bosio A. C. *"Nuove frontiere per la psicologia clinica: lo psicologo in farmacia",* Giornale Italiano di Psicologia, Marzo, 2014, 191-204.
Organizzazione Mondiale della Sanità (2001a) ***Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati.*** Decima revisione, 3 vol., Ministero della Sanità (a cura di), Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.
OMS (2001b), ***Rapporto sulla salute mentale nel mondo. Salute mentale: nuova visione, nuove speranze***, Regional Office for Europe of WHO, Copenaghen.
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2013) ***Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.***
Piccione R. (2004), ***Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale***, Franco Angeli, Milano, 2004.
Violani C., Coriani D., Floresta A. (1995), ***"SCL-90: uno strumento per l'autovalutazione del disagio psicologico"*** in Mamone P. (a cura di), Atti I Congresso Italiano di Psicologia della Salute. Orvieto, 15-17 ottobre 1993, Roma, Edizione Kappa.
Violani C., Alivernini F. (1998), ***"Un questionario di benessere generale: il QBG-14",*** in Psicologia della Salute, 1, pp. 121-131.
World Health Organization (2001), ***Mental Health Resources in the World 2001***, Geneva, 2001. 12

SITOGRAFIA

www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2014
www.istat.it/it/files/2014/06/01_Salute-Bes2014.pdf
www.metmi.it/upload/psicologo_def.pdf
www.psicologi.fvg.it/notizie.php?action=380
colapiccinini.it/aderenza-alle-terapie-e-futuro-della-psicologia/2015/09/
www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=30164
www.scienzaeconoscenza.it/articolo/che-cos-e-la-psicosomatica.p

Da superstiti a protagoniste
un laboratorio di autodifesa emotiva con donne scampate a violenza domestica sulla base del modello biosistemico.

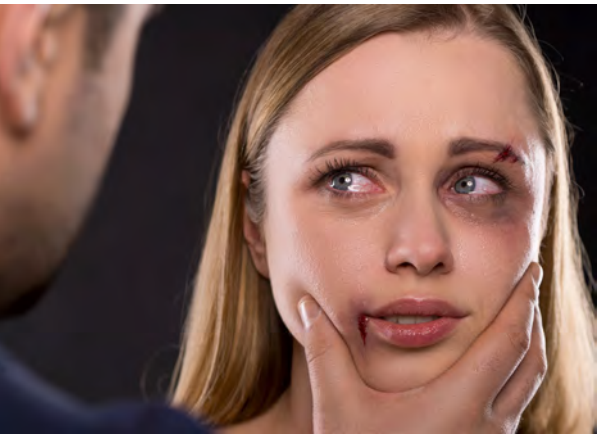
Dr.ssa Alessia Formica
Psicologa psicoterapeuta

L'idea di questo lavoro nasce dalla curiosità, nonché a mio avviso utilità, di integrare il bagaglio professionale acquisito come operatrice in una casa rifugio per donne vittime di violenza domestica con tutti quegli stimoli, spunti di riflessione e competenze appresi attraverso la formazione in Psicoterapia Biosistemica.
Biosistemica è il nome di un approccio terapeutico integrato a mediazione corporea che si propone di allargare il campo d'intervento delle psicoterapie verbali, agendo sulla sofferenza emotiva con modalità psicocorporee. Concependo l'individuo come un'unità mente-corpo, infatti, essa postula alla base delle difficoltà emotive processi fisiologici inconsapevoli i quali possono essere trasformati, rivivendoli nel "qui ed ora" della seduta insieme al terapeuta ed amplificandoli. Quando una donna riesce a fuggire dalla violenza perpetrata dal partner e trovare riparo presso una casa rifugio, quello che costituisce sicuramente un punto d'arrivo, l'uscita dalla situazione di pericolo, diventa al tempo stesso il punto di partenza per una nuova vita tutta da costruire, autonoma e libera da ulteriore violenza. Il periodo temporaneo che qui si vive permette alle ospiti di tranquillizzarsi, rimettersi in sesto, elaborare cause e conseguenze di quanto vissuto, nonché acquisire nuovi strumenti e sperimentare in situazione protetta modalità nuove di esprimersi e relazionarsi, a prevenzione di relazioni future scevre da dinamiche



di controllo e potere. E' in tale contesto "privilegiato" che nasce la mia idea di proporre alle ospiti della casa rifugio Zefiro di Ancona un laboratorio di "autodifesa emotiva": concetto che non è paradossale accostare a persone che hanno già subito esperienze di violenza se consideriamo, in linea con Ogden, Minton e Pain (2006), che i sopravvissuti a traumi tendono a farsi coinvolgere in relazioni

che ripetono le precedenti violazioni dei loro confini. Un laboratorio di gruppo, dunque, che insieme alle attività già presenti contribuisse al raggiugimento degli obiettivi suddetti e, in particolare, favorisse nelle donne ospitate il superamento del loro ***status*** di superstiti. Scampate alla violenza del partner di cui erano ***vittime***, infatti, il rischio che tali donne corrono ora è di imparare a vivere con orgoglio da ***sopravvissute***, bloccando tuttavia in questo modo la fioritura della propria energia e creatività (Pinkola Estes, 1992), precludendosi a priori la possibilità di sperimentare ruoli diversi nelle relazioni interpersonali. A mio avviso il modello



biosistemico ha insita in sé, per le sue tecniche (in primis il lavoro su/con il corpo e la focalizzazione sulle emozioni) e per il modo di concepire il paziente e la relazione con questi, la possibilità di aiutare le persone a (ri)diventare ***protagoniste*** della loro vita.

Rispetto a come il laboratorio è stato realizzato, ho ritenuto utile far leva principalmente su due elementi attinti dall'esperienza formativa biosistemica:

- lavorare con il gruppo
- avvalermi di forme di apprendimento esperienziali, attive e concrete La scelta di dar vita ad un laboratorio di gruppo deriva in prima battuta dall'idea che, all'interno di un contesto comunitario come quello di una casa rifugio, esso possa facilitare il recupero del senso profondo per cui ci si trova in quel luogo, un senso talvolta offuscato dai ritmi della quotidianità. Il condividere esperienze profonde nel gruppo può dunque rivelarsi utile per ricentrarsi sul significato della permanenza in casa rifugio e per rinforzare il sentimento di essere "sulla stessa barca" sia rispetto al trauma vissuto (pur nelle diverse caratteristiche), sia nel trovarsi ora a costruire il proprio percorso di rinascita. Infatti, a fronte di un'esperienza violenta che isola e determina vergogna e stigma, il gruppo crea un nuovo senso di appartenenza e, rispecchiandola, testimonia e conferma la validità della sopravvissuta (Herman, 1992). Laddove il maltrattamento riduce le competenze sociali, il gruppo può aiutare nell'acquisizione di nuove strategie e modelli di comportamento (Martins et al., 2008). Il gruppo consente di sperimentare solidarietà, sostegno tra pari, contenimento e protezione, apprendimenti vicari, creatività. Lavorare con il gruppo, infine, permette di esplorare e rendere evidenti dinamiche che nella relazione a due fanno più fatica ad emergere, come la posizione e la modalità che si assumono nello spazio interpersonale. Rispetto al secondo punto, ho avvertito l'esigenza di fornire un modello alternativo di apprendimento basato sull'esperienza attiva, vissuta. Infatti, in linea con l'idea di genere (fondamenta dell'operato delle case rifugio) per la quale è necessario stare sempre "un passo indietro" alla donna così da non essere da lei vissuti come ulteriori impositori, e al fine di raggiungere l'obiettivo primario dell'empowerment,

quale miglior forma di apprendimento di una in cui l'ospite possa sentirsi protagonista e pienamente padrona della situazione? Sono così partita dal concetto di "apprendimento attivo" di Liss (2004) e dunque dalla sua idea per cui, più che trasmettendolo, sollecitare l'appropriazione di un sapere tramite la scoperta in prima persona favorisce una crescita autonoma e responsabile di colui che apprende, nelle sue componenti soggettive. Se è vero che "un ricordo legato a un'azione è più forte di un ricordo legato a un'idea" (Liss, 2004, p. 58), è evidente la necessità di andare al di là delle parole, fornendo esperienze emotive corrette da cui apprendere (Liss, 1994): da qui l'importanza di porre l'esperienza al centro della pratica terapeutica. Questa visione biosistemica, di derivazione gestaltica, trova fondamento oggi anche nella neurofisiologia: dal momento che l'auto e l'etero-regolazione del flusso di informazione procedono in due direzioni, entrambe possono essere utilizzate per raggiungere il cambiamento terapeutico. Se le tecniche "top-down" usano la cognizione per regolare l'esperienza affettiva e senso motoria concentrandosi sull'attribuzione di significato e sulla comprensione delle storie e delle narrazioni, negli approcci "bottom-up" la sensazione e il movimento corporei rappresentano il punto d'accesso: l'attribuzione di significato e la comprensione emergono, piuttosto, dalla nuova esperienza (Ogden, Minton, Pain, 2006). Postulata l'importanza di integrare entrambi i tipi di tecniche, inserire un laboratorio siffatto in casa rifugio significava a mio avviso introdurre l'elemento più carente del "partire dal basso", cioè dal corpo ai pensieri e alle emozioni (Giannantonio, 2013), essendo le attività che compongono il percorso nella struttura principalmente verbali. Stare sull'esperienza significa anche uscire dall'astratto per lavorare concretamente al fine di individuare le proprie soluzioni: fare pratica, ad esempio mediante l'uso di giochi di ruolo, consente di elaborare modalità concrete di azione per il futuro (Liss, 2004), aspetto che tanta importanza riveste per donne alla ricerca della loro autonomia. I contenuti affrontati in chiave biosistemica hanno ruotato attorno a due macro-fasi del laboratorio, vale a dire un prima incentrato precipuamente su se stesse ed un secondo momento dedicato alla relazione con l'altro.

Questi gli obiettivi generali delle due fasi. Fase 1: approfondire la conoscenza di se stesse (corpo ed emozioni in particolare), accrescere l'autostima, affermare e difendere in modo assertivo i confini e l'espressione di sé.

L'aspetto meno eclatante del maltrattamento, fatto di isolamento, controllo, impoverimento, ha come effetti in colei che lo subisce ambivalenza, senso di impotenza, difficoltà a prendersi cura di sè. La donna infatti, arrivando a vedere il mondo e se stessa con gli occhi del partner, non solo non si concepisce capace e adeguata, ma arriva a non sapere come sta, cosa le piace, di cosa ha bisogno. Ma perchè ripartire proprio dal corpo? Di fronte a un evento traumatico si è costretti a un lavoro di riaggiustamento della propria "mappa di coscienza": tutti gli elementi del sé, come pensieri e sensazioni, vanno cioè ricomposti in altro modo (Stupiggia, 2007). Dal momento che l'esperienza del maltrattamento viola l'autonomia della vittima a livello dell'integrità corporea fondamentale (Ponzio, 2010), il corpo in questi casi si configura come luogo di accadimento primario dell'evento traumatico (Stupiggia, 2007) ed è per questo che la guarigione non può che partire dal "rifare amicizia" con quella parte di

sé invasa, profanata e usata dall'aggressore. Considerando il minato rapporto con la corporeità che l'esperire violenza comporta, la sua consapevolezza e cura (anche nel senso tipicamente femminile del termine) costituiscono in questi casi anzitutto un obiettivo a se stante. Stare nel corpo, imparare ad ascoltarlo ed esplorarne le sensazioni diventano poi il mezzo attraverso cui sentire di avere una struttura e dunque un'identità: rientrare nel corpo e nella sicurezza dei propri stati significa, quindi, tornare a godere di una base sufficientemente sicura da cui poter poi ri-accedere a chiare categorie concettuali di comprensione logica del mondo. Esperienze di auto-contatto intese come un accogliersi (Giannantonio, 2013), lavori finalizzati ad ottenere una respirazione salutare (Lowen, 1970), esercizi di auto-appoggio e di grounding per sentire la forza viscerale, psichica e muscolare del proprio radicamento costituiscono le prime e basilari esperienze in questa direzione. Da ultimo, rispetto al corpo, è importante lavorare sull'immagine corporea di sé che, nei casi di persone traumatizzate, può risultare distorta rendendone la percezione ovattata, sporca, approssimativa, frammentata (Giannantonio, 2013). Ridiventare interi, appianando la scissione mente-corpo, passa poi attraverso l'espressione emotiva la quale si configura come importante fattore di salute e integrità psicofisica (Stupiggia, 1994). Le vittime di violenze nelle relazioni intime portano con sé un groviglio di emozioni che spesso non sanno nominare, riconoscere e gestire adeguatamente, come in primis la rabbia. A causa della prolungata situazione traumatica subita, esse possono mostrare un funzionamento che deborda dai limiti della loro "finestra di tolleranza" (concetto di Siegel riportato in Stupiggia, 2013), nei termini di iper o ipo-arousal. Offrire allora un contenitore protettivo in cui, dopo aver preso confidenza con le emozioni, poter imparare ad autoregolarle e a modularle fino a rientrare entro i propri margini di arousal ottimale, costituisce nel loro caso un obiettivo determinante.

Preso contatto con il nucleo più autentico del sé, è poi tempo di tonificarlo. Se, seguendo Lowen (1970), l'autoconsapevolezza dipende dall'autoaffermazione, è necessario per queste donne cominciare ad esprimersi assertivamente, a prendere spazio dopo aver sentito qual è quello vitale di cui si ha bisogno, e a dichiarare la propria individualità anche attraverso il "no" dell'opposizione. In questo contesto un lavoro fondamentale da fare è quello sui confini personali se consideriamo, in linea con Martins et al. (2008), che la mancanza di essi è un prerequisito per la violenza e sviluppare confini sani, piuttosto, è necessario per evitare la vittimizzazione cronica. I confini, infatti, sono limiti per stabilire la nostra identità e separatezza dagli altri, aiutandoci così a sostenere i nostri diritti e bisogni fondamentali. Seguendo Giannantonio, chi non tutela adeguatamente i confini corporei rischia di vivere in un permanente stato di minaccia poco compatibile con la condivisione, il gioco, l'abbandono e la sperimentazione perché la priorità rimane la difesa. A fronte di un'esperienza traumatica che ha visto anche il corpo protagonista, è possibile riscontrare nelle sopravvissute a violenza una difficoltà a creare adeguati confini e a modulare la distanza nello spazio interpersonale: questo può tradursi nell'essere acquiescenti e accondiscendenti o, viceversa, nel presentare confini eccessivi, difficoltà ad avvicinarsi, evitamento del contatto. Si tratta, in entrambi i casi, di difese anacronistiche che necessitano di essere sostituite con confi-

ni adeguati al presente, che siano flessibili, resilienti e in continuo cambiamento a seconda del proprio stato interno e delle interazioni relazionali. A tale scopo è utile educare queste donne ad usare consapevolmente il corpo "ritrovato" come indicatore di sicurezza e di minaccia, basandosi sui propri marcatori somatici per stabilire quando si sente il bisogno di fermare l'altro con uno "stop", e aiutarle a rendere il loro messaggio autoprotettivo maggiormente incarnato (Giannantonio, 2013) mediante l'uso di corpo, voce e parola insieme. Lavorare sui confini aiuta a ripristinare un senso di sé differenziato e capace di intimità che diminuisce la paura e pareggia l'equilibrio del potere nelle relazioni (Ogden, Minton, Pain, 2006): arriviamo così al secondo macro-obiettivo.

Fase 2: esplorare possibilità relazionali altre rispetto al modello dicotomico vittima-carnefice. Uno degli ambiti più danneggiati dall'esperienza del maltrattamento è quello relazionale: la dinamica violenta capovolge traumaticamente l'idea di poter trovare sostegno e rifugio in relazioni di fiducia, specie con uomini, così che nella percezione delle vittime l'affettività diventa intimamente connessa al sospetto e alla paura di essere tradite (Ponzio, 2010). La già citata difficoltà a gestire le relazioni (ad esempio differenziando le utili, come le relazioni di aiuto, da quelle invece potenzialmente nocive) e a modulare le distanze interpersonali deriva dal fatto che le donne che hanno subito violenza nei legami intimi conoscono solo due modalità di rapportarsi all'altro: come vittima o come carnefice. Esse dunque, o si fissano sulla posizione di vittima, avendo appreso dall'esperienza violenta che è l'unico modo per limitare i danni (seppure a prezzo di un rafforzamento della loro percezione di impotenza), oppure si muovono continuamente tra i due poli, mettendo quindi in atto anche quelle stesse modalità maltrattanti, rivendicative e manipolatorie che tanto hanno recato loro danno.

Ecco che una volta ricentrate, ricontattata la propria forza e le risorse, acquisiti maggiori strumenti per auto-proteggersi e saper dire "no" alle invasioni del proprio spazio vitale, le partecipanti possono porsi l'obiettivo di affacciarsi al mondo esterno in maniera altra: sperimentando la possibilità di affrontare serenamente anche i possibili conflitti che caratterizzano le normali relazioni, di ricevere un



contatto fisico scevro da violenza, di appoggiarsi e fidarsi. Questa fase si identifica allora con quello che in biosistemica è chiamato "nuovo apprendimento", inteso come nuovo atteggiamento o stile di vita (Liss, 1994). Si tratta, quindi, di fare esperienze emotive correttive di quegli schemi legati alla prolungata situazione di maltrattamento e/o a modelli relazionali ancor più antichi.

Prima di tutto, ciò si traduce nell'imparare a proteggersi mediante l'abilità di difesa più evoluta di cui l'uomo dispone che consiste nella condivisione sociale. Questa permette di utilizzare forme di

comunicazione che comprendono anche il linguaggio verbale, superando così le difese più primitive dell'attacco/fuga e dell'immobilizzazione (Giannantonio, 2013) chiamate in causa in condizioni ambientali minacciose come quelle che hanno caratterizzato la vita precedente di queste donne. A tal fine sarà importante diventare avvezzi nell'uso di strategie finalizzate a una comunicazione sana e positiva che, in quanto tale, permette di instaurare rapporti con gli altri più soddisfacenti e chiari (Liss, 1994). Entro un atteggiamento di ascolto profondo ed empatico, allora, si potranno utilizzare:

- tecniche di identificazione verbale: un metodo che evita l'impatto negativo delle interpretazioni comunemente usate ("messaggi-tu") esponendo piuttosto le proprie idee in prima persona ("messaggi-io"), come se fossero espresse dall'interlocutore (Liss, 1994);
- critiche costruttive: chiedendo il permesso prima di criticare, dopo aver reso una descrizione concreta di ciò che non piace si racconta come ci si sente e si offre un suggerimento positivo, motivandolo (Boadella, Liss, 1986). La critica costruttiva è utile in caso di contrasti e punti di vista diversi, per evitare di cadere nelle trappole della comunicazione (vaghezza, insulti, moralismi del dovresti e del sarebbe bene);
- fare e ricevere apprezzamenti: esprimere cosa si apprezza di sé e degli altri ha, secondo Liss (1994), un forte e positivo impatto perché è incondizionato e non comporta alcuna prova di capacità o valutazione di qualità. Entrare in relazione con l'altro, fuori da un contesto di minaccia, significa poi potersi permettere un contatto: da quello oculare (guardare ed essere visti) al vero e proprio contatto fisico (tenersi per mano, abbracciarsi, massaggiarsi), nonché il poter fare esperienze di etero appoggio.

Tutto ciò consente di esperire un contatto che non disgusta l'altro né si trasforma in minaccia fisica o erotizzata (Giannantonio, 2013) essendo, piuttosto, piacevole e accudente. Infine, per donne che hanno vissuto la confusione, la delusione, il tradimento di essere state così drammaticamente ferite dalla persona che amavano, l'ultimo alto obiettivo da porsi è quello di ripristinare la fiducia nell'altro, con la consapevolezza che essa si può rompere ma anche riparare: cosa, questa, che significa imparare a vivere una certa quota di imprevedibilità e incertezza nelle relazioni. A differenza di un rapporto violento, che richiede fin da subito coinvolgimento e fiducia diventando rapidamente intenso (Martins et al., 2008), in una relazione sana e paritaria la fiducia si configura come "il frutto di un lungo lavoro di negoziazione, predisposizione positiva all'altro e capacità di dare ascolto alle proprie sensazioni, unitamente alla capacità di comprendere lo stato d'animo dell'altro" (Stupiggia, 2007, p. 41). Il laboratorio di autodifesa emotiva è stato realizzato presso la casa rifugio Zefiro nei primi mesi del 2015 e ha visto come protagoniste quattro donne ospiti in quel momento nella struttura. L'alta frequenza di partecipazione agli incontri, l'impegno mostrato durante, nonché i feedback forniti al termine (l'immediatezza della modalità, la facile applicabilità nella vita quotidiana di alcuni strumenti; la varietà di canali extra-verbali utilizzati, particolarmente appetibili ad esempio per le donne straniere), testimoniano la positività dell'esperienza da queste vissuta pur nella difficoltà e dolorosità di contattare taluni aspetti di sé. Per tutte è stato piacevole essersi prese dei momenti per loro stesse, rispolverando aspetti di sé, sogni e progetti che avevano messo nel cassetto. In particolare

rispetto alle donne più anziane in ordine di ingresso nella struttura, è stato evidente come il percorso già effettuato in casa rifugio nei mesi precedenti l'avvio del laboratorio le abbia condotte a livelli di stabilità e consapevolezza tali da affrontare con curiosità e apertura qualcosa di nuovo e diverso come il presente laboratorio. Tutte le partecipanti, a mio avviso, hanno dimostrato di trovarsi in una fase dove forte è l'esigenza di mettere confini e paletti, sentirsi forti e farsi valere mentre, ancora scottate dall'esperienza violenta, l'obiettivo del fidarsi ed affidarsi appare più lontano. Al di là dei singoli membri, poi, è stato buono aver offerto un contenitore in cui, mettendo in gioco e condividendo parti profonde di sé, ogni donna ha potuto sentire la solidarietà e la vicinanza con le altre.

BIBLIOGRAFIA

Boadella, D., Liss, J. (1986), La psicoterapia del corpo. Roma: Astrolabio.

Giannantonio, M. (2013), Trauma, attaccamento e sessualità. Milano: Mimesis.

Herman, J. (1992, 1997), Trauma and recovery. New York: Basic Books (trad. it.: Guarire dal trauma. Roma: Magi, 2005, 2011).

Liss, J. (1994), Non sono il solo che soffre. I metodi di gruppo nella terapia biosistemica, in J. Liss, M.

Stupiggia (a cura di), La terapia biosistemica. Milano: Franco Angeli, pp. 106-152.

Liss, J. (2004), L'ascolto profondo. Molfetta (BA): La Meridiana.

Liss, J., Stupiggia, M. (1994) (a cura di), La terapia biosistemica. Milano: FrancoAngeli.

Lowen, A. (1970), Pleasure. Baltimora: Penguin Books (trad. it.: Il piacere. Roma: Astrolabio, 1984).

Lowen, A. (1990), The spirituality of the body. New York: MacMillan (trad. it.: La spiritualità del corpo. Roma: Astrolabio, 1991).

Martins, M. M. et al. (2008), Il potere di cambiare. Manuale prodotto entro il progetto Daphne 2007-2008 "Survivors speak up for their dignity - supporting victims and survivors of domestic violence". Budapest: Daphne.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006), Trauma and the body. New York: Norton (trad. it.: Il trauma e il corpo. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive, 2012).

Pinkola Estes, C. (1992), Women who run with the wolves New York: Ballantine (trad. it.: Donne che corrono coi lupi. Milano: Frassinelli, 1993).

Ponzio, G. (2010), Un mondo sovvertito. Firenze: Le Lettere.

Stupiggia, M. (1994), Introduzione. Diario di un malato immaginario, in J. Liss, M. Stupiggia (a cura di), La terapia biosistemica. Milano: FrancoAngeli, pp. 9-23.

Stupiggia, M. (2007), Il corpo violato. Molfetta (BA): La Meridiana.

Stupiggia, M. (2013), "Il trattamento del trauma: un punto di vista neurofisiologico".

Psicoterapia Analitica Reichiana, 1 e 2,
www.analisireichiana.it/psicoterapiaanaliticareichiana/index.php/numero-1/7-rivista/numero-1-2013/57psicosomatica-una-chiave-di-lettura-reichiana
http://www.analisireichiana.it/psicoterapiaanaliticareichiana/index.php/numero-2/8-rivista/numero-2-2013/104-trattamento-del-trauma-seconda-parte

Intolleranze (o) intolleranti

Dr.ssa Federica Burattini
Psicologa

Dott. Riccardo Sansonetti
Psicologo

In questo articolo ci siamo interrogati ed abbiamo anche voluto interrogare la letteratura esistente riguardo al problema



emergente delle intolleranze alimentari ipotizzando una stretta correlazione con modelli di comportamento definibili come intolleranti. Negli ultimi anni un certo numero di studi scientifici (Macht M., (2008), "How emotions affect eating: A five-way model", Appetite, 50, 1-11 ; Laitinien J., Ek, E., & Sovio U., (2002), "Stress-related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour", Preventive Medicine, 34, 29-39) mettono sempre di più in evidenza la stretta interconnessione tra cibo e mente, laddove il primo può influenzare l'altra e viceversa. Se il cucinare implica in una qualche misura una trasformazione purificatrice del cibo grazie all' intervento "rigenerativo" di acqua e fuoco, non è così assurdo ipotizzare il fatto che probabilmente coinvolti in una inconscia astrazione, è altrettanto possibile vedere trasformati, purificati, lavati e poi bruciati attraverso l'atto del cucinare, i "non detti"; i quali però non tarderanno a ripresentarsi di nuovo avendo la spietata tendenza a rinascere dalle proprie ceneri. Oltre a questo aspetto non si può minimizzare l'importanza della condivisione del pasto; perché come diceva Plutarco: "Noi uomini non ci nutriamo l'un l'altro semplicemente per mangiare e bere, ma per mangiare e bere insieme". Di quanto da lui enunciato, a noi cosa è rimasto? Il pasto che una volta sottolineava momenti di gioia e condivisione, ora è visto come un momento in cui prendere la propria "medicina" controvoglia, ma anche questa, come tutte le medicine, può presentare nel tempo e a causa di una scorretta po-

sologia, non pochi effetti collaterali. "Noi siamo ciò che mangiamo" (L.Feurebach) ma è anche vero che mangiamo spesso e volentieri quello che il nostro stato emotivo ci suggerisce. La condizione di vita che stiamo attraversando, le nostre relazioni affettive o lavorative, i nostri pensieri, condizionano dunque anche il nostro comportamento alimentare. Tutti negli anni abbiamo mangiato per rabbia o per noia o per tristezza, c'è anche chi mangia per gioia ("sono stato bravo, debbo assolutamente premiarmi"). E' quindi corretto e ormai scontato, affermare che il cibo ha cambiato valenza. Non viene infatti quasi più usato come mezzo per garantirci la sopravvivenza ma come feticcio il quale tendenzialmente rischia di avvicinarci maggiormente e progressivamente ad un mancato stato di salute. Pensiamo al notevole aumento di malattie metaboliche, cardio vascolari, pensiamo all'obesità la quale racchiude al suo interno le sintomatologie sopra descritte e molte altre, e poi concentriamoci sui DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare).Da quando il cibo ha smesso di essere un nostro alleato ed è diventato un'arma che ci auto puntiamo alla tempia? Arrivati ormai nel 2016, se ci guardiamo intorno troviamo un netto aumento di tutte le patologie sopra descritte, come anche le emergenti intolleranze alimentari così come parallelamente sono aumentate le comunicazioni in rete ed i rapporti virtuali. Molti riscontrano grande piacere nel cucinare cibi iper-calorici per poi fotografarli prontamente con il proprio smartphone e pubblicarlo sul primo social utile. Il cibo è dunque anche apparenza? Cos'è cambiato nelle nostre relazioni che ha permesso un'impennata ed una cristallizzazione di comportamenti assolutamente controproducenti legati al cibo? E' forse questa l'era di una sorda ma violenta ribellione a ciò che ci fa stare male? Preferiamo essere "intolleranti" al cibo e dimagrire a dismisura piuttosto che ammettere di essere intolleranti verso il comportamento di un nostro familiare, o al nostro ambiente lavorativo, come alla nostra rete sociale….? Preferiamo mangiare fino a non poterne più per non dover ammettere che dentro abbiamo un vuoto incolmabile? Preferiamo ingrassare al punto di non poterci più concedere un vero riposo in quanto le nostre vie aree sono in gran parte ostruite dall'adipe invece di dire: "Questa cosa non mi sta bene?" Preferiamo infilarci due dita in gola "lui si infilava le dita in gola per vedere se veramente aveva un cuore" ("Vivere la vita"- A. Mannarino) piuttosto che ammettere che abbiamo bisogno di tagliare le catene che ci zavorrano al suolo? Durante gli ultimi venti anni, in Italia come in tutti i paesi occidentali, si è assistito a un crescente interesse collettivo, alimentato dalla stampa, dai programmi televisivi e dall'informazione del web, nei confronti dell'alimentazione, del cibo "bio" e degli stili di vita "sani", fondati su regimi dietetici particolari. E' diventato praticamente impossibile non imbattersi in un programma di cucina o in un articolo che ci suggerisca cosa è davvero salutare mangiare e perché. Parallelamente a questo rinnovato interesse, sono andate rapidamente espandendosi numerose forme di medicina alternativa che si propongono di diagnosticare e di trattare "allergie" e "intolleranze", di fronte alle quali la medicina tradizionale spesso si arresta, non potendo offrire una spiegazione scientifica o un trattamento soddisfacente per il paziente.

Il risultato è che ci troviamo di fronte a un'epidemia di intolleranze alimentari, disturbo spesso autodiagnosticato e risolto attraverso diete di esclusione, in cui l'alimento incriminato viene ridotto o, quan-

do possibile, eliminato. In un recente sondaggio del British Journal of Medicine, alla domanda "Credete che esista una sensibilità non-celiaca al glutine?", il 66% dei 941 partecipanti ha risposto di sì, nonostante l'assenza di obiettive prove scie ntifiche. Molti medici stessi seguono una di e ta gluten-free per varie ragioni, per i l cuore, l'intestino, per problemi articolari o cefalea ; o semplicemente per essere "più sani " La medicina moderna possiede uno spesso rivestimento fatto di scienza e metodi rigorosi, al di sotto della quale persiste un mare magnum di opinioni. La sensibilità non-celiaca al glutine è solo una delle numerose "intolleranze alimentari". Secondo alcune associazioni per allergici, sponsorizzate dall'industria alimentare, il 45% della popolazione soffre di intolleranze (Spence D 2013). I medici sono criticati per la loro scarsa preparazione mentre aumenta la richiesta di specialisti allergologi. Le intolleranze provocano dolori, eruzioni cutanee, letargia, ansia, cefalee, riniti e molto altro. Ma questi sintomi, comuni nella medicina generale, sono spesso nebulosi e osservabili anche in altre condizioni, assai dibattute, quali la fibrmialgia e la sindrome da fatica cronica. Parte di questa scienza delle intolleranze ali-mentari cerca di dimostrare un incremento delle concentrazioni ematiche delle IgG (immuno-globuline G), cioè molecole coinvolte nella risposta immunitaria dell'organismo umano a seguito dell'assunzione di certi alimenti. Queste concentrazioni di IgG sono comuni nella popolazione asintomatica e studi controllati randomizzati hanno escluso una loro associazione causale con i sintomi. Pertanto tali tecniche diagnostiche sono state definite clinicamente irrilevanti nelle linee guida.

Intolleranza alimentare, sintomo psicosomatico?

La medicina di fronte a fenomeni eziopatogenetici ignoti e a disturbi che, apparentemente, non presentano un corrispettivo organico, usa il concetto d sintomo psicosomatico. La somatizzazione rappresenta un complesso evento psicosociale che assume una posizione di interfaccia tra mente e corpo e che, purtroppo, reca ancora con sé un'accezione negativa e scarsamente accolta dal paziente, come se sottintendesse che il sintomo non sia reale. Quando l'intolleranza alimentare induce nell' individuo pensieri sproporzionati circa il proprio sintomo, preoccupazioni eccessive o uno stato di ansia elevato, arrivando a determinare un'alterazione significativa della vita quotidiana, in maniera persistente e per un periodo superiore ai sei mesi, si configura quello che il DSM-5 (il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) definisce come "Disturbo da sintomi somatici". Quindi può racchiudere anche quel disagio psichico determinato da una patologia diagnosticata. Va, infine, ricordato che alcuni altri disturbi mentali possono esordire con sintomi con prevalenza somatica, per es. il disturbo depressivo maggiore o il disturbo di panico. Tali diagnosi possono spiegare i sintomi somatici, oppure possono affiancarsi a uno dei disturbi da sintomi somatici (DSM 5, 2014)

Diagnostica

Una corretta diagnosi eziologica è spesso impossibile. Il gold standard nella rilevazione delle intolleranze alimentari è rappresentato dagli studi in doppio cieco, controllati con placebo alimentare, metodi che risultano costosi e che sono utilizzati in misura limitata. Il vasto repertorio di prove diagnostiche errate o approssimative, offerte dalla medicina

alternativa, è probabilmente dovuto ai limiti diagnostici della medicina convenzionale. Le tecniche diagnostiche talora utilizzate nella medicina alternativa per individuare l'intolleranza sono l'elettro-agopuntura, la kinesiologia applicata e la biorisonanza. Tuttavia, numerose indagini scientifiche indicano che questi metodi sono assolutamente inaffidabili e aspecifici, negando qualsiasi indicazione all'uso di queste tecniche. Fortunatamente, la maggior parte delle intolleranze soggettive va incontro a miglioramento semplicemente apportando delle piccole modifiche alla dieta. Resta tuttavia il problema di quei soggetti che mettono in atto cambiamenti dietetici tanto radicali da determinare conseguenze serie come la malnutrizione (Turnbull JL 2015). Di fronte ai pazienti con sintomi marcati e scarsa qualità di vita si deve quindi lottare per una corretta diagnosi.

Implicazioni psicosociali del processo diagnostico

Nella pratica clinica, i medici spesso mostrano scarsa comprensione degli aspetti psicologici che permeano le reazioni percepite al cibo, pertanto è sempre importante valutare con ogni paziente se i problemi psicologici stanno contribuendo o determinando la sintomatologia. Di fronte a un soggetto con un disagio psichico, ulteriori misure diagnostiche potrebbero contribuire all'instaurarsi di sintomi somatici cronici. Per questo sarebbe molto importante non solo applicare le misure laboratoristiche necessarie ma anche valutare i cambiamenti della sintomatologia legati al tono dell'umore, allo stress o a importanti eventi della vita (Teufel M 2007). Gli individui che soffrono di reazioni avverse agli alimenti devono affrontare incertezze e insicurezze. L'insicurezza del paziente spesso persiste durante le complesse fasi diagnostiche, fasi che talvolta non risultano in una diagnosi definitiva. Inoltre, poiché i trattamenti sono limitati alla prevenzione dell'ingestione accidentale e alla gestione dell'emergenza, una volta che sono diagnosticate vere reazioni allergiche, il soggetto può entrare in un costante stato di vigilanza.

Studi sulle reazioni avverse al cibo. La comorbidità psichiatrica.

Oltre trenta anni fa Pearson et al si posero questo interrogativo: "Allergie alimentari: quanto nella mente?". Il gruppo scoprì



un'alta incidenza di disturbi psichiatrici (ansia e depressione) e un'alta suggestionabilità nei pazienti in cui l'idea di essere allergici non poteva essere confermata. Scoprirono che nei soggetti la cui presunta ipersensibilità alimentare non era documentabile, i sintomi nevrotici venivano attribuiti all'allergia. Questo gruppo di pazienti era identico per sintomatologia a un gruppo di pazienti seguiti dal punto di vista psichiatrico. Uno studio trasversale effettuato su 490 studenti con intolleranza auto-diagnosticata al cibo

e a sostanze chimiche ha mostrato una correlazione tra intolleranza alimentare e depressione, ansia e somatizzazione. (Pearson DJ 1983) In un piccolo studio, 13 di 17 pazienti con intolleranza al cibo non-IgE mediata riferirono importanti sofferenze o traumi durante l'infanzia, inclusi la perdita dei genitori, violenza o malattie psichiatriche rilevanti. Solo due pazienti avevano avuto un'infanzia serena e vivevano correntemente in una situazione stabile. Gli autori supposero un'eziopatogenesi multifattoriale, in equilibrio tra fattori immunologici, psicobiologici e psicologici. Queste scoperte non poterono essere confermate in uno studio su 273 adulti che lamentavano intolleranze alimentari. Piuttosto, questo studio ha dimostrato che i soggetti che vennero giudicati non allergici su una base clinica non manifestavano un significativo disturbo del tono dell'umore, compromissione del funzionamento sociale o altri sintomi psicologici. In questa prima occasione in cui le variabili psicologiche sono state valutate sistematicamente in un ampio gruppo di soggetti, è emerso che le persone che attribuivano i loro sintomi ad una allergia alimentare soffrivano meno di disturbi dell'umore rispetto a coloro che attribuivano i loro sintomi allo stress o a un disturbo gastrointestinale. (Rix KJ 1984) In un altro tentativo di esplorare le caratteristiche psicologiche di persone con percepita intolleranza alimentare, un campione di 232 persone classificate come intolleranti al cibo non ha evidenziato dati convincenti di una maggiore percentuale di coinvolgimento psichiatrico.



Gli autori poterono unicamente concludere che l'intolleranza alimentare percepita è associata, nelle donne, a sofferenza psicologica e, in entrambi i sessi, a lievi sintomi neurotici. La causa dell'intolleranza alimentare dei pazienti, comunque, è rimasta senza spiegazione.

Si suppone che la sensibilità alimentare non IgE-mediata sia un disturbo di sensibilizzazione, non necessariamente a un livello periferico, ma più spesso a livello cerebrale. Un'estesa attivazione di questi circuiti cognitivi, talora scatenata da meccanismi periferici, potrebbe essere un meccanismo chiave coinvolto nei numerosi disturbi soggettivi, dal momento che al di sopra di un certo livello di attivazione e di arousal, segni fisiologici normali sono interpretati come "sintomi". (Peveler R 1986)

La pseudoallergia alimentare e l'allergia cronica multisistemica.

Lo spettro dei disturbi somatoformi è stato utilizzato nella valutazione di quei soggetti definiti pseudo-allergici alimentari. Le vittime della pseudo-allergia alimen-

tare presentano inizialmente una gamma ampia e confusa di sintomi multiorgano. Solitamente riferiscono sintomi da colon irritabile, talora associati a sintomi urinari, e le manifestazioni legate all'iperventilazione cronica che comunemente includono dolore toracico, palpitazioni, vertigini e disestesie cutanee quali prurito, bruciori e senso di gonfiore.
Molti soggetti si convincono di avere allergie in quanto restano insoddisfatti delle cure tradizionali. Spesso l'insoddisfazione è il risultato di errate diagnosi, cattiva gestione e scarsa comunicazione da parte del medico di riferimento.
Di conseguenza questi soggetti ricorrono all'autodiagnosi e alla medicina alternativa, la quale rinforza le convinzioni preesistenti del paziente secondo cui l'uso del termine psicosomatico nella medicina convenzionale sia offensivo, alludendo ad una natura immaginaria dei loro sintomi. (Pearson DJ 1986) Una volta che i pazienti si convincono di avere delle allergie alimentari indefinite, alcuni cibi possono essere incriminati a seguito di esacerbazioni accidentali. Questi cibi sono quindi esclusi dalla dieta e il paziente entra in un ciclo di evitamento progressivo con miglioramenti e ricadute, una volta terminato l'effetto placebo di una nuova esclusione alimentare.
Queste condotte possono rappresentare un serio rischio di malnutrizione. Una delle più importanti scoperte nell'epidemiologia psichiatrica è che il rischio di disturbi psichiatrici aumenta linearmente col numero di sintomi che presenta il paziente. In uno studio condotto da Black et al, 17 dei 26 pazienti (65%) che credevano di avere una sindrome allergica totale rispondevano ai criteri per disturbo dell'umore, disturbo d'ansia o disturbo somatoforme, rispetto al 28% dei controlli. (Howard LM 1993)

Stigma e fattori culturali nella genesi delle intolleranze.

La tendenza a ricercare una causa fisica delle intolleranze alimentari potrebbe essere accentuata dallo stigma che tutt'ora la nostra società pone sul disagio mentale. A questo punto possiamo anche ipotizzare che Intrinseco al concetto di intolleranza o allergia ci sia, in realtà, l'evitamento verso ogni critica. Le sostanze che non tolleriamo sono fuori di noi, quindi, chi soffre di reali allergie non si sente colpevole della propria condizione e non è soggetto ad alcun giudizio morale.
Dall'altro lato, molte persone vedono nel disagio psichico una colpevolezza personale, per quanto ingiusta possa essere. Goldberg e Bridges hanno avanzato l'ipotesi che una delle principali spiegazioni delle somatizzazioni stia nel difendersi dalla disapprovazione e dalla discriminazione. (Howard LM 1993) I fattori interpersonali giocano una parte fondamentale ma anche i fattori culturali potrebbero avere la loro rilevanza nelle intolleranze alimentari. Queste condizioni, in cui i sintomi derivano da agenti esterni, potrebbero essere viste nel contesto di una diffusa preoccupazione della società attuale nei confronti della qualità del mondo in cui viviamo.
Queste paure comprensibili potrebbero portare gli individui con sintomi difficilmente spiegabili a guardare all'ambiente e agli alimenti come causa dei loro problemi. La sensibilità agli agenti chimici e la sindrome da allergia totale riflettono i timori contemporanei. Chi soffre di condizioni misteriose che vanno oltre la pratica medica convenzionale non si considera più oppresso da spiriti e demoni ma da gas misteriosi, tossine, alimenti ecc. Questo è particolarmente evidente nella

natura delle nuove isterie di massa.

L'ascolto del paziente.

Mentre una diagnosi di intolleranza o di allergia conduce all'evitamento, i trattamenti psicoterapici attuali sono generalmente basati sulla consapevolezza e sull'esposizione, processo con cui convertire l'ipersensibilità in tolleranza. Se i sintomi somatici derivano dall'ansia, dal panico o da fobie specifiche e i pazienti sono trattati come se fossero sensibili a qualche aspetto alimentare o ambientale, il risultato non intenzionale è che i comportamenti maladattivi possono essere rinforzati, perpetuando la disabilità. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per meglio comprendere i meccanismi della cosiddetta intolleranza, non andrebbero mai dimenticati i cardini della buona medicina. I medici dovrebbero prendere seriamente in considerazione i sintomi riferiti dai pazienti, l'interpretazione che il soggetto dà ai propri sintomi va accolta con sensibilità e le convinzioni andrebbero esplorate senza denigrare le conoscenze del paziente. E' facile cadere nella trappola dell'onni-potenza medica e rientrare nella categoria di quei professionisti della salute che hanno fallito nel loro compito di ascolto e cura.

Conclusioni

Come già detto: "Noi siamo ciò che mangiamo" (L. Feurbach), infatti, è per causa di ciò che mangiamo che il nostro corpo può correre il rischio di ammalarsi. Dunque se ci approcciamo al cibo in maniera non corretta, ecco che ad un disturbo emotivo, da una incomprensione, da una non concordanza nella narrazione della nostra vita, può affiancarsi una probabile futura complicanza organica perché come diceva Baetson: "Le parole ci fanno ammalare". In tutto questo è possibile intravedere una circolarità del processo dove relazioni "malate" possono procurare afflizione e da questo stato emotivo di conseguenza approdare a comportamenti alimentari non sani con rischio di complicanze psico /organiche. Resta infine l'interrogativo iniziale cioè quanto di questo sentimento (spesso anche agito) di intolleranza verso tutto e verso tutti viene tacitato e convertito, dai soggetti più miti, in una forma tangibile d'intolleranza ad un qualche alimento. Un'ipotesi di ricerca, questa, scaturita da una discussione multi professionale che però ci sta sempre di più appassionando.

BIBLIOGRAFIA

Cummings A.J., Knibb R.C., King R.M & Lucas J.S., *"The psychological impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review"*, Reiew article, Allergy 65 (2010) 933–945 ª 2010 John Wiley & Sons A/S

DSM 5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. American Psychiatric Association. Quinta Edizione 2014

Feuerbach *"Das Geheimnis des Opfers" (Il Mistero del Sacrificio)"*. ... una sua (di Feuerbach) recensione su "Lehre der Nahrungsmittel für das Volk" ... 1862

Gravura S., *"Food allergies: facts, Myths and pseudoscience"*, The allergy nutrition center, London, September 12, 2013

Howard LM, Wessely S. *The psychology of multiple allergy*. BMJ. 1993 Sep25;307(6907):747-8.

Laitinien J., Ek, E., & Sovio U., *"Stress related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour",* Preventive Medicine, 34, 29-39 / 2002

Macht M., *"How emotions affect eating:*

A five-way model", Appetite, 50, 1-11 / 2008.

Pearson DJ, Rix KJ, Bentley SJ. *Food allergy: how much in the mind? A clinical and psychiatric study of suspected food hypersensitivity. Lancet.* 1983 Jun 4;1(8336): 1259-61.

Pearson D.J., *"Pseudo food allergy",* BMJ British Medical Journal, 1986 volume 291, no 6515, pag 221-222

Pearson D.J., *"Psychologic and sometic interrelationships in allergy and pseudo-allergy", The journal of Allergy and clinical immunology*, volume 81, number 2, pag 351-360

Peveler R, Mayou R, Young E, Stoneham M. *Psychiatric aspects of food-related physical symptoms: a community study.* J Psychosom Res. 1996 Aug;41(2):149-59.

Rix KJ, Pearson DJ, Bentley SJ. A psychiatric study of patients with supposed food allergy. Br J Psychiatry. 1984 Aug;145:121-6.

Schreier H.M., Wright R.J., *"Stress and food allergy: mechanistic consideration"* Ann Allergy Asthma Immunology. 2014 Apr;112(4):296-301 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC4260715 Free PMC Article

psicoin

Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttore Responsabile
Luca Pierucci

Redazione
Commissione Cultura
Coordinatrice
Federica Guercio

Aquilino Calce
Giuseppe Lavenia
Giovanni Siena
Alessandro Suard

Impaginazione:
èdita - Rimini

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale
POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in A.P. 70% D.C.B. Ancona

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101