

# CP Carta & Paglia

LUGLIO 2024

32





**GRUPPO  
ATENA**

**LUGLIO 2024  
32**

**È** con entusiasmo e soddisfazione che vi presentiamo la nuova veste di Carta & Paglia. Questo cambiamento è il frutto di un percorso fatto di riflessione, creatività e impegno (e, come ormai da tradizione, tante lotte contro il tempo). Ma è apparso evidente come, sotto molti aspetti, il nostro processo di rinnovamento è simile a quello che molte persone affrontano quando intraprendono un percorso terapeutico per migliorare la propria vita. Cambiare, infatti, non è mai semplice. Richiede coraggio, determinazione e, soprattutto, un forte desiderio di farlo, perché non è facile uscire dalla propria zona di comfort. Certo, vogliamo che la nostra rivista rispecchi al meglio i valori e gli ideali che promuoviamo, mantenendo l'essenza di "Carta & Paglia" pur innovandola, cercando come sempre di coinvolgere il personale del Gruppo Atena ma al contempo allargando il bacino di collaboratori

esterni che offrono sempre un punto di vista diverso e stimolante.

Chi decide di affrontare un percorso terapeutico si trova a dover fare i conti con domande profonde e complesse. Sono pronto a cambiare? Quali cambiamenti sono necessari per raggiungere il mio benessere? Riuscirò a superare gli ostacoli lungo il cammino? Confrontarsi con le proprie vulnerabilità e affrontare le proprie debolezze è complesso, ma dopo l'iniziale difficoltà può condurre a una vita più autentica e soddisfacente. O ad una rivista più interessante!

Il nostro rinnovamento, grafico ma anche editoriale, forse è una metafora di questo viaggio. Ogni nuova scelta estetica, ogni dettaglio ripensato, rappresenta la nostra volontà di migliorarci: andremo avanti, continuando a crescere con impegno.

Diego Fornarelli

I QUADERNI DI ATENA  
collana diretta  
da Andrea Lepretti



© Copyright 2024 by  
*affinità elettive*  
Edizioni ae di Valentina Conti  
Corso Stamira, 33 – 60122 Ancona  
www.edizioniae.it  
e-mail: info@edizioniae.it

Tutti i diritti riservati  
ISBN 978-88-7326-733-1

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2024  
presso Micropress srl (FM)

In copertina:  
*Al di qua del muro*, opera in ceramica raku  
realizzata dai pazienti delle strutture del Gruppo Atena (particolare)

# Carta & Paglia

## INDICE

Le nostre strutture	4
Atena, l'importanza della riabilitazione	8
Fuga e (non) consenso	20
Il colloquio psicodinamico. La parola in psicoterapia	29
L'Insoddisfazione corporea nella disforia di genere e nei disturbi alimentari	32
Formazione del personale	40
Percorsi di integrazione sociosanitaria	43
Seed, ognuno di noi	47
Invecchiamento: un fenomeno complesso di perdite e guadagni	49
Perdita di autenticità	52
Alla ricerca della normalità	55
Le vite degli altri	59
Arte e cultura a Pennabilli	65
Umberto Piersanti, poesia inedita	70
Ritorno ai monti	72
Elisabetta Pigliapoco, poesie	76

# LE NOSTRE

I Gruppo Atena da trent'anni accoglie persone adulte affette da disturbi e malattie psichiatriche anche con comorbidità alle dipendenze e in presenza di misure di restrizione della libertà personale, che per periodi più o meno lunghi non sono in grado di provvedere pienamente a loro stesse. Un luogo di accoglienza, ricovero, cura e riabilitazione in cui Psichiatri, Educatori, Psicoterapeuti, affiancati da Infermieri e Operatori Socio-sanitari, ogni giorno vivono al fianco dei nostri ospiti, sorreggendoli quando ne hanno bisogno, stimolandoli e accompagnandoli nel mai facile percorso riabilitativo che devono

# STRUTTURE

affrontare le persone con disturbi mentali. Gruppo Atena si impegna attivamente a combattere lo stigma e l'emarginazione sociale che spesso accompagna le persone con patologie psichiatriche: ci esponiamo sul territorio, attraverso attività che coinvolgono la comunità e integriamo le strutture nel tessuto sociale esistente mettendo in contatto, quando possibile, i pazienti con la cittadinanza. Non ci si nasconde, ma ci si propone con le proprie unicità; non si vive soli, ma si condividono esperienze negative e positive; non si colpevolizza la persona malata, ma la si accoglie: questo è il Gruppo Atena.



La **SERENITY HOUSE** è una Struttura Sanitaria polimodulare, con nuclei residenziali e centri diurni, oltre al centro ambulatoriale "Sinfonie d'Acqua" per la riabilitazione a secco e in piscina. La struttura offre prestazioni per la salute mentale con progettazioni personalizzate di carattere intensivo ad estensivo. È presente un nucleo dedicato ai disabili psichici, fisici, sensoriali o misto. Situata nel comune di Monte Grimano Terme, ai confini con la Repubblica di San Marino, è immersa nelle stupende colline marchigiane ed è interamente circondata dal verde.

La struttura **ATENA** sorge a Monte Cerignone, poco fuori dal borgo storico. Struttura Sanitaria ideale per l'inserimento di nuovi pazienti affetti da disturbi mentali o in comorbidità con dipendenze; offre progettazioni personalizzate di tipo riabilitativo e di mantenimento.

Il **MOLINO GIOVANETTI** è un nucleo rurale sorto alla fine del XVII sec. situato nella valle del Conca, lungo il guado che attraversa il fiume collegando Valle di Teva con Monte Grimano. Il progetto terapeutico principale, "Dalla Terra alla Tavola", passa attraverso attività di allevamento, pastorizia, viticoltura, agricoltura. I prodotti finali sono destinati prevalentemente al consumo interno e rappresentano una ulteriore opportunità di continuità riabilitativa nel progetto terapeutico dell'Hotel della Salute.

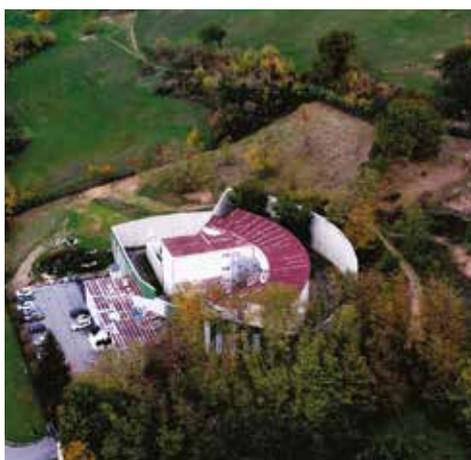
L'**HOTEL DELLA SALUTE**, a Monte Grimano Terme. Qui i nostri pazienti si dedicano alla gestione di un vero e proprio albergo con ristorante e un'enoteca (l'adiacente "Oca della Checca", così chiamata in onore di una poesia di Tonino Guerra). Gli ospiti di questa struttura sono perfettamente integrati nel tessuto sociale del borgo di Monte Grimano: essi vivono fianco a fianco alla cittadinanza. È qui che trova concretamente pienezza il concetto di riabilitazione.

**CASA BADESSE**, la cui struttura è stata ricavata da un'ex casa fondamentale in stato di abbandono e ora completamente recuperata, nasce dall'esigenza di trovare uno spazio adatto ai pazienti con necessità particolarmente delicate: la struttura è divisa in due distinti reparti, che operano in maniera autonoma e ognuna con personale dedicato. La prima è la "R.E.M.S. Casa Badesse", ovvero la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di

**VILLA VERDE - RICOVERO ANTIMI CLARI**: ultima struttura ad entrare nel gruppo, è una Residenza Protetta per Anziani e sorge nel centro del Comune di Macerata Feltria. Accoglie persone anziane non autosufficienti fornendo cure e assistenza e sollievo alla famiglia.

Prima struttura del Gruppo Atena, **VILLA OASI** è una Residenza Sanitaria per Anziani e un Centro Psichiatrico che ha sede in San Marino, l'antica repubblica indipendente che troneggia sul Monte Titano, tra Montefeltro e Romagna. In una villa signorile trasformata in struttura residenziale, i pazienti di Villa Oasi possono affrontare con serenità e discrezione il percorso terapeutico più adatto a loro, affiancati da personale qualificato che li assiste costantemente.

**CA' CECCO** e il **MOLINO DEL RIO** sono strutture che offrono un servizio per persone con problemi psichiatrici con buon livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario.



Sicurezza, strutture di nuova concezione previste dall'ordinamento italiano in sostituzione dei superati e poco efficaci O.P.G. La seconda è la "SRP-1 Le Badesse", una Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo, per pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa.



# ATENA

## L'importanza della

Anastasia Ciaburro – Vicecoordinatrice Atena

## Riabilitazione

**L**a Struttura Atena sorge nel comune di Monte Cerignone, poco fuori dal borgo storico, ed è una struttura sanitaria che accoglie pazienti affetti da disturbi mentali, anche in comorbilità con dipendenze. L'abuso di sostanze stupefacenti infatti può provocare una sintomatologia psicopatologica in grado di simulare alcune patologie psichiatriche, la cui tipologia, durata e gravità spesso si correla con il tipo, la dose e la durata dell'uso della sostanza tossicomane (ovvero che induce a tossicomania). Nei disturbi da uso di sostanze la comorbilità psichiatrica condiziona il decorso clinico, la compliance al trattamento e la prognosi del Disturbo da Uso di Sostanze.



La tipologia di utenza della struttura è varia, poiché creata su diversi moduli organizzativi. Il compito del personale è quello di accogliere le diverse necessità dell'ospite al fine di offrire il sostegno necessario e creare un progetto terapeutico individualizzato, modificabile, in base alle necessità individuali valutate e rivalutate nel tempo, in base agli sviluppi del soggetto stesso. L'accoglienza è a 360 gradi e il personale è composto da numerose figure: l'operatore socio-sanitario (OSS), il quale fornisce assistenza ai pazienti nelle loro attività quotidiane, gli infermieri, che affiancano l'OSS in ambiti più tecnici. Molto importante è la figura degli educatori, dei tecnici della riabilitazione psichiatrica, degli psicoterapeuti e dello psichiatra, che hanno un ruolo fondamentale nel percorso di cura e riabilitazione. Le Comunità Terapeutiche Psichiatriche hanno sempre avuto il compito di "liberare" il paziente, ma il vissuto dei nostri ospiti ci insegna che la permanenza in residenze protette accresce il senso di contenzione e limita la libertà individuale. Il nostro compito deve essere innanzitutto quello di accrescere la

consapevolezza di malattia nel paziente, per la creazione di un percorso che venga definito utile e significativo in primis dal paziente e abbattere quindi la percezione del sentirsi vittime degli eventi.

Per attuare questo compito è necessaria la creazione di un'alleanza terapeutica, tra il professionista e il paziente. Fondamentali sono quindi le competenze e la capacità di empatia ed adattamento delle varie figure professionali, per far sì che il paziente che necessita di un intervento riabilitativo mirato, lo riceva, e lo riceva in maniera appropriata.

Il percorso terapeutico in comunità garantisce il continuo affiancamento agli ospiti all'interno di un contesto ambientale che per caratteristiche fisiche e organizzative rimanda ad una dimensione familiare.

La vita in comunità, intesa come condivisione di regole (le quali hanno in sé una funzione strutturante) esperienze e spazi, sta alla base del lavoro delle residenze dove il gruppo diviene vero e proprio strumento terapeutico di integrazione volto a sviluppare un senso di appartenenza che rafforza il senso identitario.

All'interno della Struttura Atena, l'équipe terapeutica valuta, attraverso l'utilizzo di strumenti evidence-based, le aree sulla quale creare un progetto riabilitativo per ogni singolo paziente. Si dà inizio così al processo di recovery, il quale rispecchia lo sviluppo di abilità perdute con la malattia e il recupero di un ruolo

valido e soddisfacente all'interno della società. Quando si parla di recovery non ci si riferisce ad una cura o prestazione specifica, ma implica un percorso, spesso non prestabilito ma mutevole, durante il quale il paziente deve imparare a fronteggiare gli eventi quotidiani, avere buone capacità relazionali





fine di contribuire al miglioramento della salute e della qualità di vita, in quanto la terapia occupazionale ha l'obiettivo di portare il paziente a raggiungere il più alto livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana. È stato anche redatto un mansionario dei pazienti, così da affidare ad ognuno di loro un compito specifico all'interno della struttura, sempre in seguito alla valutazione delle abilità e possibilità dello stesso per un coinvolgimento attivo del paziente, finalizzato al recupero delle abilità

e sociali, servendosi anche di opportuni sostegni che aiutano a riconoscere i propri limiti. L'elemento chiave per il recovery è il professionista che non rinuncia di fronte ad un individuo con una malattia mentale grave che mantiene un ottimismo realistico sul miglioramento e trasmette interessamento, fiducia, empatia autentici alla persona che può aver perso fiducia in se stessa (Lieberman, 2012). L'équipe dell'Atena da vari anni porta avanti progetti che si focalizzano sull'inclusione dei pa-

zienti cercando di potenziare le abilità possedute e rafforzando quelle residue: oltre ai gruppi terapeutici, molti sono i laboratori che si sviluppano all'interno della struttura volti alla conservazione delle abilità pratiche, come ad esempio il laboratorio "Restauro Esterni", nel quale i pazienti, affiancati dagli educatori, hanno pensato al mantenimento e ripristino di piccole parti della parte esterna alla struttura (panchine e staccionata). L'obiettivo principale di questo laboratorio è quello del mantenimento della capacità di agire e lavorare, al



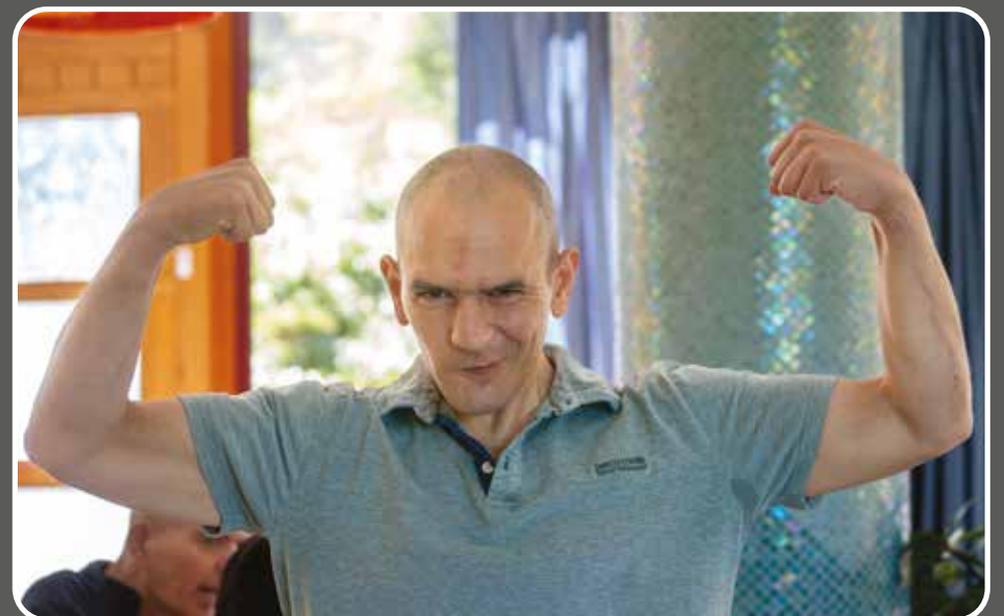


interpersonali e sociali e al reinserimento.

A queste attività si aggiungono progetti che si sviluppano esternamente alla struttura, come ad esempio il corso di nuoto presso la piscina comunitaria di Sassocorvaro e il corso di fitness che si svolge in una palestra di Mercatino Conca. Consideriamo molto

importanti questi ultimi poiché lo sport, oltre a contribuire a regolare i processi biochimici del corpo, può fungere, per le persone con problemi di salute mentale, da strumento per arricchire l'esperienza personale, sviluppare nuove percezioni del sé, migliorare la cognizione sociale e operativa e il tono dell'umore.

Lo psichiatra Loren Mosher afferma che la riabilitazione si riferisce a quei processi terapeutici specifici rivolti alla disabilità ed aventi per obiettivo il recupero di funzioni indebolite o perse in conseguenza di un qualche evento traumatico a carico del-





le competenze normali della persona, mentre William Anthony, autore tra gli altri di *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica*, definisce lo scopo della riabilitazione come quello di assicurare che le persone con una disabilità psichiatrica possano disporre delle abilità fisiche, psichiche ed emotive necessarie per vivere, apprendere e lavorare nella comunità con il minimo di aiuto da parte degli operatori socio-sanitari.

L'OMS definisce la riabilitazione psicosociale un processo che deve facilitare agli individui che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto ad una malattia mentale, tutte le opportunità per raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento: è questo, dunque, il nostro obiettivo e il fine dei nostri sforzi collettivi.

ALLENNA





### ENRICO ZANALDA

*Il dott. Enrico Zanalda, Medico Psichiatra, direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'ASL Torino 3, professore presso l'Università di Torino, dal 2018 al 2022 è stato presidente della Società Italiana di Psichiatria. Attualmente è coinvolto nelle attività della World Psychiatric Association (WPA) come rappresentante dell'affiliata Società Italiana di Psichiatria. Dal 10 giugno 2022 è presidente della Società Italiana di Psichiatria Forense e dell'Associazione APS Anna e Luigi Ravizza, attiva per favorire la ricerca e l'innovazione nella salute mentale.*

## FUGA E

La violenza sessuale è ad oggi uno dei fenomeni che desta maggiore allarme. Secondo i dati contenuti nella Banca Interforze in uso dalle Forze di polizia, dal 2013 al 2022 i reati 609-bis (violenza sessuale) 609-ter (violenza sessuale aggravata) e 609-octies (violenza sessuale di gruppo) c.p. sono aumentati del 40%, passando da 4.488 casi a 6.291. In tutti gli anni, la percentuale di donne ha sfiorato il 90%, e nel 2022 un terzo delle vittime era minorenni. La fascia 0-24 anni supera il 50% delle vittime totali. Nelle violenze sessuali di gruppo, le vittime con meno di 25 anni superano anche il 60% delle vittime totali (Di Cristofaro, 2023).

Le conseguenze della violenza possono avere carattere fisico, come dolori all'apparato genitale-urinario, problemi gastro-intestinali e tensioni muscolo-scheletriche, o psicologiche. Tra queste ultime si annoverano sintomi depressivi, ansia, insonnia, mancanza di autosti-

## (NON) CONSENSO: Immobilità Tonica e Dissociazione Peri-Traumatica nelle vittime di violenza sessuale

ma, fobie di vario genere, disturbi nella sfera relazionale e sessuale, pensieri suicidi, abuso di alcol e droghe, rabbia, senso di colpa e vergogna (*Terre des Hommes*, s.d.). Gli ultimi due, in particolare, sono direttamente collegati al numero oscuro, ovvero al numero di vittime che, non denunciando il reato subito, non viene conteggiato. È possibile supporre che il numero oscuro interessi in ampia misura la popolazione maschile, essendo questa, per motivi di natura culturale, meno incline alla denuncia di questa tipologia di reati.

Le donne che subiscono violenza sessuale provano inizialmente sopraffazione o confusione, come se la mente fosse diventata vuota e non riuscissero a controllare i propri pensieri; in un secondo momento arriva il terrore, seguito poi dal nulla, dal distacco dall'esperienza emotiva. Spesso la scelta di estraniarsi è una misura volontaria e autoprotettiva, che consen-

te di indirizzare l'attenzione altrove così da non sentire la violenza; ciò è aiutato dalla chiusura oculare e dall'evitamento del contatto visivo. Involontarie sono invece la paralisi e l'incapacità di movimento improvvisa, quando alla confusione e al terrore seguono un blocco fisico ed emotivo, a volte accompagnata dall'incapacità vocale. L'intorpidimento fisico durante la violenza è seguito dal dolore, insieme ad uno stato confusionale, al senso di colpa e alla paura dell'opinione altrui. Nel periodo successivo alla violenza alcune vittime continuano a sentirsi paralizzate e vuote, il ritorno al movimento avviene con uno scopo specifico come vestirsi o andarsene; alcune di loro continuano ad essere scosse da brividi o tremori. Molte vittime di violenza sessuale si dichiarano non in grado di ricordare o non intenzionate a farlo. Altre riportano di avvertire sintomi di Immobilità Tonica nelle situazioni in cui si sentono in pericolo; coloro



### **MARTINA CIMINIELLO**

*Psicologa specializzata in ambito criminale e forense, si occupa del monitoraggio dell'andamento delle misure di sicurezza degli autori di reati dell'area suburbana a sud di Torino, presso l'Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL Torino 3 e l'AOU San Luigi Gonzaga. Collabora con la cooperativa Il Margine.*

che provano Immobilità Tonica sono più inclini al senso di colpa e alla vergogna (Friedman TeBockhorst, et al., 1996). Le vittime di violenza sessuale sono tra le categorie maggiormente soggette al processo di vittimizzazione secondaria, ovvero al dover rivivere, a causa delle domande ricevute dalle forze di polizia e durante il processo, l'evento traumatico. Un aspetto che viene

spesso utilizzato a scopo difensivo del presunto colpevole è il fatto che la vittima non sia fuggita e non abbia, in alcuni casi, neanche opposto resistenza, espresso il proprio dissenso verbalmente o gridato aiuto. La mancata reattività da parte della vittima durante l'aggressione sessuale non implica, tuttavia, l'essere consenziente, né esclude le conseguenze sulla stessa di natura traumatica; essa è bensì una risposta difensiva alla forte paura provata da chi subisce una violenza sessuale, e prende il nome di Tonic Immobility (TI) o Immobilità Tonica e/o Peri-Traumatic Dissociation (PTD) o Dissociazione Peri-Traumatica.

### **L'Immobilità Tonica**

L'Immobilità Tonica è una reazione di immobilità in situazioni cariche di paura in cui si è anche fisicamente immobilizzati con la forza. Si compone di due fattori: la paura e l'immobilità fisica involontaria. Si tratta di uno stato simil-catatonico caratterizzato da profonda e reversibile inibizione motoria, comportamento vocale soppresso, tremori simil-parkinsoniani alle estremità, risposta ridotta agli stimoli, momenti di chiusura oculare, cambiamenti nella respirazione, nel battito cardiaco e nella temperatura corporea, spasmi muscolari, midriasi e cataplessia. A volte è presente analgesia o risposta ridotta al dolore.

L'Immobilità Tonica fa parte del sistema attacco-fuga, ed è pertanto innata ed evolutivamente adattiva (Fusé, et al., 2007). L'attività cerebrale misurata dall'Elettro

Encefalogramma (EEG) sembra mostrare un aumento delle attività a onde lente durante l'Immobilità Tonica, ma diversa da quella osservata durante il sonno (Friedman TeBockhorst, et al., 1996). Oltre alla violenza sessuale, anche altri eventi, come incidenti aerei e disastri naturali, possono provocare l'Immobilità Tonica, che è comunque più diffusa nel primo caso.

Sebbene alcuni autori accomunino l'Immobilità Tonica al freezing, ovvero alla reazione di immobilità caratteristica di alcuni animali in risposta a situazioni minacciose o incontrollabili, Bovin et al. (2008) sottolineano che quest'ultimo si differenzia dalla prima, essendo una risposta che si verifica nella fase iniziale del processo difensivo durante la quale l'animale smette di muoversi per evitare di essere catturato e utilizza le risorse per localizzare il predatore. È associato ad una maggior risposta agli stimoli, ad una postura di allerta e a tendenze all'azione intenzionale, mentre la vittima in stato di Immobilità Tonica assume una postura immobile e ed è priva di risposta alla stimolazione dolorosa.

### **La Dissociazione Peri-Traumatica**

La Dissociazione Peri-Traumatica è un meccanismo di difesa che consente di diminuire l'impatto emotivo intollerabile dell'evento traumatico tramite una disconnessione da pensieri, emozioni, sensazioni fisiche e percezioni mentre l'evento traumatico è in atto. Essa si differenzia al livello temporale dalla dissociazione che si verifica nel Disturbo



### **GIOVANNA CRESPI**

*Medico Psichiatra, Dirigente Medico del Servizio Dipendenze DSMD ASST della Brianza, da anni impegnata nella prevenzione e cura dei disturbi psichici della donna coordinando la locale sezione dell'Osservatorio Nazionale Donna. Con la sua attività Psichiatrico Forense è consulente del Tribunale e dal 2022 è Segretaria Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Forense.*

Post-Traumatico da Stress (DPTS) con sintomi dissociativi, sebbene essi siano simili in entrambi i casi, come la derealizzazione (distacco dall'ambiente circostante con conseguente percezione distorta dello stesso) e la depersonalizzazione (sensazione di distacco dal proprio corpo e/o dai propri processi mentali, a volte accompagnata dall'impressione di "osservarsi dall'ester-



**MARCO ZUFFRANIERI**

*Dirigente Psicologo SC Psicologia, Area Funzionale Salute Mentale DISM ASL Torino 3.*

no”). Individui inclini a strategie di evitamento possono trovarsi con poche risorse di coping davanti ad un evento traumatico come la violenza sessuale, e rispondere con la Dissociazione Peri-Traumatica (Friedman TeBockhorst, et al., 1996). Nei casi di Dissociazione Peri-Traumatica la vittima non è necessariamente immobile, ma è la coscienza ad essere momentaneamente sospesa. L'Immobilità Tonica e la Dissociazione Peri-Traumatica sono due fenomeni frequenti caratterizzanti le risposte peri-traumatiche individuali che si verificano quando una situazione che minaccia la vita sia estremamente imminente, ad

esempio in caso di contatto fisico con l'aggressore o nel caso in cui il sistema attacco-fuga non sia utile all'evitamento del pericolo. Sebbene siano diverse, sono esperienze peri-traumatiche che possono verificarsi durante lo stesso evento traumatico. Avendo un coinvolgimento diverso con i meccanismi della memoria e dello stato di allerta, si ipotizza che siano risposte fisiologicamente diverse che si verificano in diversi stadi del processo di difesa umana. Entrambe sono state identificate come fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi e ansiosi e come predittori significativi dello sviluppo e della gravità del DPTS (deMello, et al., 2022).

La relazione tra Immobilità Tonica e Dissociazione Peri-Traumatica è assai discussa in letteratura, ma gli autori concordano sul fatto che non vi sia ragione di credere che si tratti di due risposte mutualmente escludenti.

Secondo Abrams et al. (2009), la Dissociazione Peri-Traumatica è tra i fattori che compongono l'Immobilità Tonica, oltre all'immobilità fisica e alla paura. Le due reazioni differirebbero solo al livello dimensionale, e l'Immobilità Tonica si manifesterebbe in caso di livelli estremi di Dissociazione Peri-Traumatica, in presenza delle altre due componenti. Covers et al. (2022) sostengono l'idea di un modello trifattoriale, distinguendo l'Immobilità Tonica, la paura e la dissociazione, come reazioni che possono combinarsi o verificarsi contemporaneamente.

### **Studi sulle vittime di violenza sessuale**

La letteratura animale suggerisce che l'Immobilità Tonica sia improbabile nelle prime fasi della violenza, quando la vittima sperimenta paura, panico e tendenza alla fuga. Essa si verificherebbe con più probabilità quando altre strategie hanno fallito e il senso di panico ha subito un'escalation sino alla paura per la vita stessa (Fusé, et al., 2007). Questa reazione si osserva in una vasta gamma di specie ed è innata e involontaria (deMello, et al., 2022).

Gli studi sulla letteratura animale si concentrano principalmente sull'Immobilità Tonica, mentre la Dissociazione Peri-Traumatica sembra una reazione prettamente umana, seppur frutto dell'evoluzione e dell'adattamento.

La violenza sessuale è considerata una delle esperienze più traumatiche alla quale una persona può essere esposta, la letteratura mostra che i punteggi dell'Immobilità Tonica sono statisticamente più significativi nelle vittime di abuso sessuale rispetto a quelle che hanno subito altri tipi di trauma. In questi studi, un'immobilità significativa è stata riportata nel 37-52% dei casi (Moller, et al., 2017). Inoltre, Covers et al. (2022) riscontrano che l'Immobilità Tonica presenta una correlazione positiva con lo sviluppo di psicopatologia in seguito alla violenza sessuale, in particolare ansia, depressione e DPTS. Se circa un terzo delle donne riporta un'attiva resistenza fisica, una larga proporzione di esse riporta uno stato di immobilità o compor-

tamento passivo. A confronto con le donne che oppongono resistenza, queste hanno una maggiore probabilità di riportare sintomi di sofferenza, auto-colpevolizzazione e depressione (Rizvi, et al., 2008). Lo studio di Bhuptani et al. (2023) ha riscontrato che le vittime che rivelavano di aver subito il reato dopo le 48 ore, oltre ad avere conseguenze psicologiche peggiori e più dure reazioni sociali, avevano sperimentato immobilità durante la violenza, ciò probabilmente perché quest'ultimo si associa a sentimenti di colpa e vergogna, che scoraggiano la denuncia o il parlare con qualcuno. Stando alla letteratura, l'Immobilità Tonica può terminare bruscamente attraverso la fuga (come uno svenimento) o l'attacco a scopo difensivo. In uno studio, il 37% delle vittime ha riportato di sentirsi paralizzata e incapace di muoversi, anche se non era stata bloccata durante l'aggressione (Abrams, et al., 2009). Nello studio di Moller et al. (2017), il 69,8% dei partecipanti ha riportato immobilità significativa e il 47,7% immobilità estrema durante la violenza sessuale. Una paura significativa è stata riscontrata nell'81,1% dei casi. Le donne con precedenti storie di violenza sessuale avevano il doppio della probabilità di sperimentare l'Immobilità Tonica. L'assunzione di alcol nelle 12 ore precedenti l'aggressione è stata negativamente associata all'Immobilità Tonica, riducendone il rischio della metà. Non si sono osservate differenze relative alla relazione tra vittima e aggressore.

I risultati dello studio di Fusé et al. (2007) confermano l'ipotesi per cui alcune vittime di stupro abbiano sperimentato l'Immobilità Tonica in maniera simile a ciò che accade negli animali, anche se in questi ultimi gli stati cognitivi come la derealizzazione, la depersonalizzazione e il senso di colpa e vergogna, sperimentati dalle vittime durante l'aggressione, non possono essere studiati. È anche probabile che sintomi dissociativi come la derealizzazione siano una conseguenza della tendenza della persona a prestare meno attenzione ai propri stati interni per cercare una via di fuga nell'ambiente circostante (Fusé, et al., 2007). Inoltre, a differenza di quanto accade nella Dissociazione Peri-Traumatica, nell'Immobilità Tonica i ricordi non vengono interrotti e nemmeno la coscienza e, sebbene manchi la risposta agli stimoli, l'organismo è altamente in allerta (deMello, et al., 2022).

In merito alla Dissociazione Peri-Traumatica, anche in questo caso le donne ne sperimentano più alti livelli durante l'aggressione sessuale a confronti con altri eventi traumatici. Si pensa che la Dissociazione Peri-Traumatica influenzi lo sviluppo e la persistenza del DPTS prevenendo il processamento iniziale dell'evento traumatico e interrompendone l'elaborazione durante la codifica mnemonica. Così, i ricordi frammentati implicati nella Dissociazione Peri-Traumatica possono risultare difficili da ripristinare (deMello, et al., 2022).

### **Immobilità tonica, dissociazione peri-traumatica e Disturbo Post-traumatico da Stress**

Come detto in precedenza, l'Immobilità Tonica è associata allo sviluppo del DPTS e ne predice la gravità dei sintomi e la scarsa risposta al trattamento. Inoltre, i pazienti che soffrono di DPTS è più probabile che sperimentino l'Immobilità Tonica in situazioni stressanti. Moller et al. (2017) hanno riscontrato che i maggiori fattori di rischio per il Disturbo Post-Traumatico da Stress comprendono l'aver subito una violenza sessuale di gruppo, soffrire di Disturbo da Stress Acuto subito dopo lo stupro, subire molteplici stupri durante la stessa aggressione, essere rimasti feriti e avere una storia di precedenti traumi. Dallo studio risulta che le donne che avevano sperimentato l'Immobilità Tonica avevano oltre il doppio della possibilità di avere un DPTS pre-esistente al momento dell'aggressione, di presentare un Disturbo da Stress Acuto e di avere una grave depressione dopo due settimane. A sei mesi, le vittime che avevano sperimentato la l'Immobilità Tonica avevano maggiori probabilità di essere affette da depressione e DPTS. Quest'ultimo è stato sviluppato dal 38,1% delle vittime, la depressione grave aveva una probabilità di svilupparsi tre volte maggiore.

Risposte comportamentali "attive", come divincolarsi, urlare e cercare di scappare hanno invece una minore associazione con la sintomatologia psichiatrica. È possibile

che queste risposte comportamentali influenzino la sintomatologia post-traumatica attraverso la valutazione cognitiva delle stesse, come l'auto-colpevolizzazione.

Gli individui che sentono di aver fatto il possibile per combattere è meno probabile si colpevolizzino, a differenza di chi ha sperimentato l'Immobilità Tonica, che potrebbe anche ricevere meno supporto sociale, fattore che influenzerebbe i sintomi post-traumatici e depressivi (Rizvi, et al., 2008). Uno studio di deMello, et al. (2022) ha infatti riscontrato che le donne con sintomi di Dissociazione Peri-Traumatica presentavano sintomi di DPTS più gravi, probabilmente perché i meccanismi della dissociazione peri-traumatica che interferiscono con la decodifica, il processamento e l'integrazione dei ricordi traumatici rendono difficoltoso il funzionamento psicologico e impediscono il corretto processamento dell'evento traumatico, aumentando il rischio dello sviluppo e della gravità del DPTS. Inoltre, la Dissociazione Peri-Traumatica può essere indicativa di deficit nella regolazione emozionale, che a sua volta influenza la salute mentale. La Dissociazione Peri-Traumatica era inoltre più frequente nelle donne che avevano subito traumi infantili.

### **Considerazioni conclusive**

Nel presente lavoro si è messo in evidenza come la mancata reazione da parte della vittima di violenza sessuale non implichi l'essere consenziente né possa escludere

il reato di violenza sessuale. Secondo la giurisprudenza, alla vittima è sufficiente manifestare verbalmente il dissenso e l'eventuale mancanza di resistenza fisica non può essere considerata attenuante né motivo di esclusione della condotta-reato. Con la sentenza del 2 aprile 2024 la Corte di Cassazione ha infatti ribaltato una sentenza di secondo grado del giugno 2022, per la quale il rifiuto verbale della vittima non era stato sufficiente in quanto questa non era fuggita e non aveva riportato evidenti lesioni, dimostrando, implicitamente, il suo consenso. I giudici di Cassazione hanno riconosciuto che la mancata fuga da parte della vittima era da ricondurre "ad uno stato di prostrazione psichica tale da inibirle qualunque forma di reazione concreta e attiva" (Damiata, 2024).

Numerosi studi in letteratura confermano che la mancanza di fuga, per immobilità o dissociazione, non è manifestazione di consenso, ma può portare a delle conseguenze dal punto di vista traumatico e psicopatologico ben peggiori della resistenza attiva, proprio in virtù dell'auto-colpevolizzazione e per il duro giudizio sociale che può conseguire. Comprendere i processi di Immobilità Tonica e Dissociazione Peri-Traumatica che possono verificarsi nelle vittime di violenza sessuale può essere di supporto in ambito giuridico-forense nella valutazione della persona offesa e nella prevenzione della vittimizzazione secondaria.

## Bibliografia

- Abrams, M., Hons, B., Carleton, R., Taylor, S., & Asmundson, G. (2009). Human Tonic Immobility: Measurement and correlates. *Depression and Anxiety*, 550-556.
- Bhuptani, P., Fleming, C. F., & Orchowski, L. (2023). Timing of sexual assault disclosure: A study of college women. *Violence Against Women*, 2372-2392.
- Bovin, M., Jager-Hyman, S., Gold, S., Marx, B., & Sloan, D. (2008). Tonic Immobility mediates the influence of Peritraumatic Fear and perceived inescapability on Posttraumatic Stress symptom severity among sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 402-409.
- Covers, M., Huntjens, R., Hagenars, M., Hehenkamp, L., & Bicanica, I. (2022). The Tonic Immobility Scale in adolescent and young adult rape victims. *Psychological Trauma*, 780- 785.
- Damiata, R. (2024, aprile 16). "È stupro anche se la vittima non fugge". La sentenza della Cassazione. *Il Giornale*.
- deMello, R., Messina Coimbra, B., Pedro, B., Benvenuti, I., Yeh, M., Mello, A., & al., e. (2022). Peri-Traumatic Dissociation and Tonic Immobility as severity predictors of Posttraumatic Stress Disorder after rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-27.
- Di Cristofaro, C. (2023, Novembre 9). Alley Oop. Tratto da Il Sole 24 Ore: [https://alleyoop.ilsole24ore.com/2023/11/09/violenze-sessuali-costante-aumento/?refresh\\_ce=1](https://alleyoop.ilsole24ore.com/2023/11/09/violenze-sessuali-costante-aumento/?refresh_ce=1)
- Friedman TeBockhorst, S., O'Halloran, M., & Nylene, B. (1996). Tonic Immobility among survivors of sexual assault. *Psychological Reports*.
- Fusé, T., Forsyth, J., Marx, B., Gallup, G., & Weaver, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: An exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Anxiety Disorders*, 265-283.
- Moller, A., Sondergaard, H., & Helstrom, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *AOGS*, 932-938.
- Rizvi, S., Kaysen, D., Gutner, C., Griffin, M., & Resick, P. (2008). Beyond Fear: The role of peritraumatic responses in posttraumatic stress and depressive symptoms among female crime victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 853-868.
- Terre des Hommes. (s.d.). Violenza sessuale: un crimine contro ragazze e donne. Tratto da <https://terredeshommes.it/news/violenza-sessuale-un-crimine-contro-ragazze-e-donne/>

# IL COLLOQUIO PSICODINAMICO

## La parola in psicoterapia

Angela Serallegri - Psicoterapeuta

Il colloquio psicoterapico è un qualcosa di ampio e complesso dove genericamente lo scopo è quello di comprendere il modo caratteristico di vivere di quella specifica persona, comprenderne ciò che il soggetto porta all'interno della seduta e dalla cui chiarificazione egli si attende un beneficio. L'intento dei colloqui è infatti quello di alleviare la sofferenza psichica del paziente, attraverso l'uso delle parole, supportando la persona in un processo autoconoscitivo, che gli permetta di comprendere ed integrare parti di sé che gradualmente vengono attivate nella relazione terapeutica. Con la denominazione di "colloquio in psicoterapia" si intende affermare un tipo di colloquio che avviene nell'ambito di una terapia ed in base al tipo di orientamento il terapeuta utilizza il proprio modello di riferimento per aiutare l'analizzato nel percorso conoscitivo e di cambiamento di se stesso. L'oggetto del colloquio non è definibile in modo specifico e accurato perché sono innumerevoli i contenuti che portano i pazienti all'interno della seduta, possiamo genericamente affermare che la materia di conoscenza è la personalità dell'individuo, così come si manifesta in ogni seduta, ed è il tera-

apeuta assieme al paziente a dare un significato più profondo e conoscitivo a tutti gli aspetti, emozioni, dinamiche manifestate dell'analizzato affinché attraverso una "nuova" e consapevole verità, possa riorganizzare i propri pensieri e sentimento, assumendo una differente prospettiva, fornendo così la possibilità al paziente di una nuova visione più ricca ed articolata di se stesso. Il colloquio in psicoterapia è un colloquio libero, non esistono delle aree prefissate da dover indagare ma si sta su quello che porta il paziente ed il terapeuta guida il pensiero del paziente ad integrare le parti di sé che via via emergono. Questi processi avvengono nel contesto relazionale diadico, all'interno cioè del campo dinamico che co-costruiscono analizzato e terapeuta. Nella pratica clinica, la conduzione del colloquio terapeutico e i contenuti che si vanno ad affrontare con l'aiuto di specifici strumenti si differenziano in base al tipo di approccio che ogni terapeuta ha deciso di sposare, nonostante si possano a prescin-





dere adottare metodi e tecniche di altre correnti per incrementare la propria conoscenza e duttilità di fronte a pazienti caratterialmente e personallogicamente differenti e particolari. In questo scritto noi ci soffermeremo sulla descrizione del colloquio terapeutico di stampo psicodinamico e successivamente su quello medico-psichiatrico.

L'approccio al quale mi sono affiancata e nel quale credo fortemente è quello psicodinamico, rispondente a determinate coordinate che riprendono alcuni fondamenti psicoanalitici freudiani.

Innanzitutto, dobbiamo specificare come non tutte le persone siano adatte per affrontare dei colloqui a stampo psicodinamico: fondamentale infatti è la motivazione, il paziente deve essere curioso di sé stesso, deve essere motivato a comprendere i pattern inconsci che hanno generato la sofferenza nella sua vita, disposto a collaborare con il terapeuta per arrivare a comprendersi, rendendosi conto delle origini interne dei suoi problemi. Dovranno quindi essere attentamente valutate dal terapeuta le caratteristiche di personalità, i meccanismi di difesa, le motivazioni e le risorse del paziente prima di poter concludere che i colloqui e

quindi la terapia psicodinamica possono essere il trattamento ottimale. Il colloquio psicodinamico si rivolge fondamentalmente alla relazione umana in cui una persona prova a comprendere l'altra in un modo empatico e non giudicante che facilita crescenti livelli di apertura e fiducia. Anche se la maggior

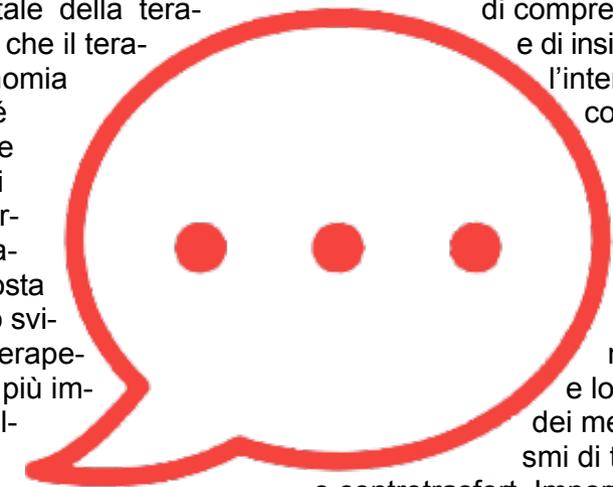
parte dei commenti del terapeuta può essere categorizzata lungo il continuum espressivo – supportivo, il terapeuta si concentra al tempo trascorso con il paziente come ad una forma di dialogo caratterizzato da spontaneità e sensibilità.

Nei primi colloqui il terapeuta, oltre a valutare la fattibilità di una presa in carico, dovrà tenere in considerazione la dimensione bio-psicosociale, in quanto tale formulazione guida il terapeuta nelle prime fasi del trattamento e aiuta a prevedere i possibili sviluppi della terapia. La terapia psicodinamica non può aver luogo in un "vuoto" incentrato solo sull'intrapsichico e slegato da fattori come quelli genetici, a credenze culturali piuttosto che al background religioso.

Gli obiettivi del colloquio psicodinamico dipendono naturalmente dalla scuola di pensiero in oggetto e dall'orientamento teorico dello psicoterapeuta dinamico. Ribadisco come sia necessario che il terapeuta e l'analizzato collaborino fin dall'inizio per concordare obiettivi realistici, talvolta può essere necessario riformularli con il paziente nei termini di una comprensione

dei conflitti interni e interpersonali. Vi sono alcuni obiettivi indicati nella letteratura psicoanalitica e psicodinamica, che riflettono diversi approcci teorici e psicopatologici e al cambiamento terapeutico. Questi obiettivi sono: risoluzione del conflitto intrapsichico, ricerca della verità riguardo se stessi, maggiore capacità di cercare oggetti-sé appropriati, miglioramento delle relazioni interpersonali come risultato di una maggiore comprensione delle proprie relazioni oggettuali interne, creazione di significato nella propria vita come risultato del dialogo terapeutico, sviluppo della capacità di mentalizzazione. Un principio fondamentale della terapia psicodinamica è che il terapeuta rispetti l'autonomia del paziente anziché cercare di controllare convinzioni, pensieri e sentimenti. All'interno del colloquio dinamico deve essere posta molta attenzione allo sviluppo dell'alleanza terapeutica, come uno dei più importanti predittori dell'outcome della psicoterapia psicodinamica. L'alleanza terapeutica rappresenta l'involucro nel quale si svolge la terapia psicodinamica: l'alleanza permette di far sì che il paziente sviluppi un buon attaccamento con il terapeuta sentendo che quest'ultimo è di aiuto ed entrambi avvertono un senso di mutua collaborazione nel perseguimento degli

obiettivi terapeutici comuni. Diversi studi evidenziano come l'alleanza si instauri sin dalla prima seduta, questa creazione è possibile in base a determinati fattori tra cui uno dei principali è l'assetto del terapeuta. Il terapeuta deve mostrarsi ricettivo nei confronti del paziente e trasmettere fiducia, calore e comprensione. L'alleanza terapeutica è data anche dall'esplorazione non giudicante dell'andamento del colloquio e di ciò che prova il paziente, come pure un discorso che unisce contenuti emotivi e cognitivi. Infine, può essere favorita dall'identificazione da parte del terapeuta di nuovi temi clinici a livelli sempre più profondi di comprensione e di insight. All'interno del colloquio psicodinamico fondamentale è la nascita e lo studio dei meccanismi di trasfert e controtrasfert. Importante è andare a comprenderli e dargli significato così da essere di aiuto ai processi di cambiamento relazione. Il processo di elaborazione costituisce il cardine dei colloqui in terapia psicodinamica e richiede delle strategie adattate al singolo paziente.



# L'INSODDISFAZIONE CORPOREA NELLA DISFORIA DI GENERE E NEI DISTURBI ALIMENTARI

## L'importanza delle sue declinazioni in ambito clinico

Si dice che la perfezione è nemica del bene, che chi tende alla perfezione rischia di perdere di vista quello che ha di buono. Io però non ero d'accordo. Bene non mi bastava. Bene significa mediocre. E io non volevo accontentarmi della mediocrità.

Melissa Broder - *Affamata*



L'immagine corporea e la sua relativa insoddisfazione da parte degli individui è considerato un tema centrale con innumerevoli risvolti e ripercussioni per due gruppi di psicopatologie; la Disforia di Genere e i Disturbi del Comportamento Alimentare (a cui per brevità si può fare riferimento rispettivamente con gli acronimi di DG e DCA).

L'evoluzione e lo sviluppo del corpo ma anche la relazione dell'essere umano con esso e le diverse modalità di abitarlo possono essere considerate tra le colonne portanti della costruzione identitaria della persona; viene da sé quindi, che è impossibile tralasciare la sua trattazione quando si parla di Disforia di Genere, dove in gioco c'è l'identità della persona nelle sue diverse accezioni.

Pertanto, il corpo e la sua percezione da parte dell'individuo assumono un ruolo da protagonista e allo stesso tempo si declinano in maniera differente nelle manifestazioni sintomatologiche di queste patologie; premettendo che il significato rispetto alla percezione della propria corporeità è diverso in ogni singolo individuo, è interessante e soprattutto utile a fini diagnostici e di trattamento clinico vedere come la dimensione del corpo assuma diverse accezioni a livello epistemologico e di significato personale in relazione ai due tipi di costellazioni psicopatologiche (Milano et al., 2020).

In particolar modo questa riflessione si delinea



**CHIARA MORIGLIA**

*Psicologa Psicoterapeuta ad orientamento Cognitivo-Post razionalista, riceve a Pesaro e online ([morigliachiara@gmail.com](mailto:morigliachiara@gmail.com)). Ha un approccio di matrice fenomenologica-ermeneutica e mette al centro della terapia l'unicità dell'individuo: l'obiettivo è farsi carico del modo di essere nel mondo di ciascuno di noi, a seconda delle circostanze diverse che vive di volta in volta, partendo dall'esperienza personale di ognuno. È anche Consulente Sessuale, con titolo rilasciato dal Centro Italiano di Sessuologia. Collabora con l'associazione Il Sigaro di Freud ([www.ilsigarodifreud.com](http://www.ilsigarodifreud.com)), con il sito Pretty Psycho Things, con l'associazione no profit Percorso Donna, che si occupa di Prevenzione e Contrasto alla violenza di genere nel territorio della provincia di Pesaro e Urbino.*

particolarmente utile nelle fasi di lettura della domanda di persone che soffrono di Disforia di genere in termini di avviamento di diverse tipologie di percorsi (per esempio di natura consulenziale o di psicoterapia) e nella fase di trattamento stesso; un iniziale approfondimento, inoltre, in relazione al significato di questa dimensione può risultare centrale nel processo di valutazione rispetto alle diverse tipologie di trattamento (cure di natura psicoterapica, trattamenti di natura ormonale fino all'operazione chirurgica vera e propria) per persone con questa tipologia di diagnosi.

Nel presente lavoro, in particolar modo sarà fatta una riflessione sul concetto di Insoddisfazione Corporea e la sua relazione sia alla Disforia di Genere sia ai Disturbi del Comportamento Alimentare di cui verranno sistematizzate le caratteristiche principali.

Infatti, per quanto questo costruito possa essere considerato, in qualche maniera, un anello di congiunzione tra le due psicopatologie, si rifletterà sulla diversità di significato che esso assume nelle due e quindi sulla manifestazione sintomatologica.

Si concluderà con delle riflessioni e considerazioni rispetto alle possibili strade da intraprendere per possibili future ricerche sulla questione alla luce della sua utilità clinica e dello stato d'arte degli studi sul tema.

Come il lettore a più riprese noterà, si è scelto di fare riferimento ad un lavoro di Milano e colleghi

pubblicato nel 2020 in quanto il presente lavoro offre un'ampia sistematizzazione e aggiornamento della letteratura presente sul tema. Con Disforia di Genere, si fa riferimento, secondo l'Ultima edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM-V), al disagio affettivo e cognitivo relativo all'esperienza di incongruenza tra genere esperito e genere assegnato alla nascita e quindi a tutta la dimensione di sofferenza conseguente. Il DSM-V si sposta su un versante maggiormente descrittivo rispetto alla precedente edizione che si riferiva invece utilizzava il termine "Identità di Genere" concentrandosi appunto più sul problema identitario che non sulla sofferenza portata dall'individuo. Le persone con DG provano un profondo malessere nei confronti del loro corpo, che spesso è avvertito come estraneo in relazione a tutti quei caratteri sessuali caratteristici di quella identità che non si desidera. La corporeità, dunque, gioca un ruolo fondamentale in questo disturbo e risulta essere causa di sofferenza e dolore; pertanto, in ambito clinico deve inevitabilmente rivestire una parte di rilievo. Ecco come la dimensione corporea (o meglio, l'insoddisfazione corporea) riconduce a comportamenti alimentari disfunzionali a cui individui con diagnosi di Disforia di Genere sono inevitabilmente più esposti rispetto a persone cisgender (cioè che si identificano nel genere assegnato

alla nascita) (Milano et al., 2020). I Disturbi del Comportamento Alimentare sono un cluster di disturbi caratterizzati da un preesistente disturbo dell'alimentazione o comportamenti inerenti ad essa, che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento sociale dell'individuo.

Secondo il DSM-V rientrano nella categoria di disturbi quali la pica (il mangiare persistente di alimenti non nutritivi e materiale non alimentare), il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia e la bulimia nervosa, il disturbo da binge eating (ovvero il disturbo da "abbuffata" incontrollata).

Sebbene ogni singolo disturbo abbia la sua specifica caratterizzazione sintomatologica il core della psicopatologia dei disturbi del comportamento alimentare si estrinseca nei concetti di corpo, peso corporeo, aspetto fisico che vanno di pari passo a pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali in relazione al cibo.

È quindi evidente come la dimensione corporea sia un elemento imprescindibile per la comprensione della dimensione di dolore, disagio e sofferenza sia nei soggetti con

Disforia di genere sia con quelli che presentano disturbi del comportamento alimentare. Gli individui che presentano diagnosi di Disforia di genere sono maggiormente esposti a ovvero comportamenti disfunzionali legati al cibo rispetto a soggetti cisgender (Milano et al., 2020); tuttavia non è stata riscontrata un'ampia casistica di totale comorbidità tra i due disturbi. Quello che li accomuna è che potrebbe generare quindi confusione a livello diagnostico e quindi di trattamento è proprio il concetto di immagine corporea che, però, tende ad assumere differenti significati (Couturier et al, 2015; Bandini et al., 2008)

Quindi il punto focale è proprio la diversa declinazione e quindi di significato del concetto di insoddisfazione corporea stessa che tende ad assumere una diversa accezione a livello esperienziale e quindi nella relativa manifestazione sintomatologica. Come si declina questa diversità rispetto ai due pattern psicopatologici?

Negli individui con GD, l'insoddisfazione corporea è maggiormente legata ad un senso di malessere e di senso di estraneità rispetto al proprio corpo avvertito come estraneo; sensazioni legate alla differenza profonda tra l'identità sessuale in cui ci si riconosce e quella assegnata alla nascita. Quindi, l'avversione verso il proprio corpo è traducibile in qualche modo ad un sentimento profondo di ostilità

verso la propria identità sessuale di cui il corpo si fa portavoce (Milano et al., 2020).

Da qui ne consegue che le diverse condotte alimentari disfunzionali hanno come obiettivo i caratteri sessuali secondari, che a volte sono ritenuti da accentuare e a volte da eliminare, come nei casi del seno, dei fianchi e della comparsa del ciclo mestruale (Hepp, U., & Milos, G., 2002; Algars et al., 2010, Couturier et al., 2015). Nella stessa prospettiva si possono considerare condotte opposte. Ad esempio, l'aumento di peso riveste un particolare significato: gli strati adiposi può essere percepito come utile per "proteggere" la persona e "nascondere" al mondo la propria fisicità; al contempo vengono nascoste alla persona stessa tutte le tipizzazioni sessuali non desiderate. È stato inoltre riscontrato che l'insoddisfazione per il proprio corpo risiede anche per parti del corpo completamente svincolate dalla caratterizzazione sessuale e scovre da questo significato; secondo il lavoro di Becker e colleghi del 2016, infatti, una delle parti del corpo maschile (di nascita) oggetto di maggiore insoddisfazione erano le mani grandi (la cui strutturazione non è possibile cambiare, perlomeno non tramite esercizio fisico o cambiamenti di alimentazione). Che significato assume, invece, l'insoddisfazione corporea nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare? Ovviamente per una risposta completa bisognerebbe

considerare le singole esperienze individuali rispetto a questo aspetto; tuttavia verrà delineata una risposta partendo dai dati in letteratura in nostro possesso.

Il corpo nei disturbi del comportamento alimentare e quindi la relativa insoddisfazione va ad assumere diverse costellazioni di significati la cui completezza si può forse afferrare solo alla luce della storia personale e familiare; tuttavia, in questa tipologia di disturbi il corpo è considerato come strumento per relazionarsi ad un altro più o meno significativo. Le forme corporee, quindi, possono essere strumentalizzate demarcarsi o riconfigurarsi rispetto ad un alterità considerata troppo fagocitante e intrusiva (si pensi ad esempio ai regimi restrittivi propri di pazienti con Anoressia Nervosa in sistemi familiari con confini diffusi). In altri casi il corpo può essere usato per avvicinare l'altro: il corpo denutrito e scavato di una persona con Anoressia può fungere da richiamo per spostare l'attenzione da qualcosa di molto più grande e spaventoso da affrontare sia per la persona che il sistema di relazioni dove in quel momento è inserita (Arciero e Bondolfi, 2012).

In questo senso, si possono riprendere alcune delle categorie diagnostiche citate precedentemente in relazione al tema del corpo per analizzare da vicino le diverse accezioni. Infatti, per la Disforia di Genere si possono citare ad esempio la marcata incongruenza tra genere esperito e caratteristiche sessuali primarie/secondarie, nonché il forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa della marcata incongruenza col genere esperito. Mentre se si fa riferimento all'Anoressia Nervosa sembrano essere più pertinenti l'intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi (anche quando si è sottopeso) e le alterazioni del modo in cui il soggetto percepisce il peso o la forma del corpo o l'influenza eccessiva del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima o, infine, il rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso. La riflessione che scaturisce è che nella Disforia di Genere l'individuo esperisce un vero e proprio rifiuto per il corpo (in particolare nelle parti che rimandano a una attribuzione sessuale e di genere) perché risulta diverso da come lo vorrebbe: è proprio questo senso di estraneità rispetto alla dimensione corporea che denota il disagio significativo in termini clinici. Nei Disturbi del Comportamento Alimentare (come in questo caso nell'Anoressia Nervosa), invece, il corpo e le forme corporee sono

considerate un metro di valutazione di alcuni standard personali, misura di autostima che si incarna letteralmente nelle sinuosità del corpo. Quindi, sarebbe importante comprendere il significato individuale di questo ancoraggio della valutazione personale alle forme corporee.

Ne consegue che anche le condotte alimentari disfunzionali hanno una valenza diversa, per quanto ovviamente possa esserci una sovrapposizione tra i due disturbi; per prima cosa i comportamenti alimentari disfunzionali possono essere considerati il core del disturbo nel caso dei Disturbi del Comportamento Alimentare su cui il clinico deve portare la sua attenzione rispetto alle varie significazioni a livello epistemologico e esistenziale. Nel caso della Disforia di Genere, invece, possono essere visti come uno strumento per ottenere l'eliminazione dei caratteri sessuali primari e secondari considerati fonte di disagio. In particolar modo è utile considerare che tra i soggetti con DG i comportamenti alimentari disfunzionali, nonché sentimenti di preoccupazione per il corpo e l'insoddisfazione corporea sono maggiormente presente nei soggetti che stanno valutando una transizione da Maschio a Femmina rispetto a quelli da Femmina a Maschio e ai soggetti CISgender (Bandini et al., 2013; Vocks et al., 2009). Si è visto dunque, pur essendo l'immagine corporea un concetto

chiave per la comprensione sia della Disforia di Genere sia dei Disturbi del Comportamento Alimentare, come il concetto di insoddisfazione corporea tenda ad avere significati concettualmente diversi nelle due categorie diagnostiche. Questa riflessione ha, quindi, una valenza di rilievo se si pensa alle delicate fasi diagnostiche e di trattamento, in particolar modo in riferimento al lungo iter diagnostico e valutativo rivolto ai pazienti con disforia di genere che intendono sottoporsi ad un intervento chirurgico. Si ravvisa inoltre la necessità di ulteriori studi sul tema in quanto in letteratura sono presenti per lo più lavori con campioni esigui o con casi singoli. Sarebbe utile, inoltre, prendere in considerazione tempistiche di follow up per vedere se e dopo quanto tempo dalle procedure di riassegnazione possano persistere comportamenti alimentari disfunzionali e il ruolo dell'insoddisfazione corporea.

Per ultimo, ad ora la prevalenza della letteratura sulla tematica si è concentrata in maniera più sistematica su un campione con diagnosi di Disforia di Genere; sarebbe interessante osservare la questione partendo invece da un campione che presenta diagnosi di Disturbi del Comportamento Alimentare. E ancora, seguendo questa direzione, valutare se siano presenti e come si possano esprimere manifestazioni psicopatologiche riconducibili alla Disforia di Genere diversificate a seconda della tipologia di DCA in questione.

In altri termini persone con diagnosi di Bulimia Nervosa hanno una maggiore probabilità di incorrere in aspetti riconducibili a Disforia di Genere rispetto a persone affette da Anoressia Nervosa piuttosto che con Binge Eating Disorder? E se sì con quali manifestazioni psicopatologiche si può esprimere?

## Bibliografia

Ålgars, M., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2010). Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles*, 63, 118-125.

Arciero, G., & Bondolfi, G. (2012). *Sé, identità e stili di personalità*. Bollati Boringhieri.

Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., ... & Ricca, V. (2013). Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *The journal of sexual medicine*, 10(4), 1012-1023.

Bandini, E., Fisher, A. D., Lo Sauro, C., Buci, L., Ricca, V., & Maggi, M. (2008). Il disturbo di identità di genere. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 338-355.

Becker, I., Nieder, T. O., Cerwenka, S., Briken, P., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., ... & Richter-Appelt, H. (2016). Body image in young gender dysphoric adults: a European multi-center study. *Archives of sexual behavior*, 45, 559-574.

Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American journal of public health*, 91(6), 915.

Couturier, J., Pindiprolu, B., Findlay, S., & Johnson, N. (2015). Anorexia nervosa and gender dysphoria in two adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 151-155.

Couturier, J., Pindiprolu, B., Findlay, S., & Johnson, N. (2015). Anorexia nervosa and gender dysphoria in two adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 151-155.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed; American Psychiatric Publishing: Washington, DC, 2013

Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 473-478.

Milano, W., Ambrosio, P., Carizzone, F., De Biasio, V., Foggia, G., & Capasso, A. (2020). Gender dysphoria, eating disorders and body image: an overview. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, 20(4), 518-524.

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Maccari, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, 47(1), 12-23.

Vocks, S., Stahn, C., Loenser, K., & Legenbauer, T. (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 38, 364-377.

[https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Italian.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Italian.pdf)



In questi mesi il Gruppo Atena ha promosso corsi di formazione rivolti a tutto il personale tenuti dai Medici Psichiatri per ampliare le competenze e creare un momento di confronto interdisciplinare scegliendo come tema la "La Riabilitazione Psichiatrica". Il primo modulo ha affrontato gli argomenti della psichiatria di base,

sionisti che operano nella salute mentale poiché l'intero gruppo di lavoro possa entrare in possesso di quegli strumenti che consentano livelli di performance omogenei per qualità e mettano ogni operatore in grado di intervenire efficacemente, valutando l'esito del proprio intervento e di quello dei colleghi, e contribuire, parten-

# FORMAZIONE DEL PERSONALE

## Corso sulla riabilitazione psichiatrica

Martina Forlani - Psichiatra

per poi soffermarci sul colloquio psichiatrico e gestione delle crisi fino a strutturare veri e propri modelli riabilitativi. L'operatore della salute mentale che un tempo era chiamato prevalentemente ad un ruolo esecutivo e custodialistico, oggi diventa soggetto attivo della riabilitazione. Ciò implica l'indispensabilità di aumentare la qualità terapeutica del gruppo curante per una prestazione integrata. Prioritaria in questa ottica diventa la formazione dei profes-

do da una stessa preparazione di base, al raggiungimento dello scopo collettivo. La riabilitazione non si raggiunge con il lavoro del singolo specialista ma con l'impegno di tutta l'équipe curante multidisciplinare. Molto importante in questa ottica riabilitativa è la formazione di tutti i professionisti della salute mentale, motivo fondante che ha guidato l'organizzazione del corso "La riabilitazione Psichiatrica". Come spesso accade in questi

corsi di formazione dove i partecipanti sono colleghi che si conoscono e che lavorano nello stesso gruppo, dalle nozioni didattiche si passa a parlare dei pazienti e dai pazienti inevitabilmente si passa a parlare del gruppo e di noi stessi. La prima cosa che ci siamo chiesti, dopo aver illustrato tutto il ventaglio delle patologie psichiatriche, è stata come poter effettuare un colloquio clinico efficace con i nostri pazienti per creare una buona relazione terapeutica. Molte ricerche hanno dimostrato come la percezione che il paziente ha della relazione terapeutica sia determinante per l'esito della terapia, a prescindere dall'orientamento terapeutico che si utilizza. Ma noi siamo davvero consapevoli di quale è il nostro atteggiamento di base verso pazienti? Quanto il nostro comportamento da opera-

tori influisce su quello dei pazienti? I momenti di crisi vengono alimentati da particolari atteggiamenti, comportamenti, messaggi verbali e non verbali che si connotano in due tipologie di comportamento: la modalità aggressiva e la modalità passiva. È stato interessante riflettere insieme sulle modalità relazioni del singolo e del gruppo. Il tipo Aggressivo tende a prevalere sull'altro e a far valere solo il proprio punto di vista, solitamente si pone rigido, inflessibile, tende a colpevolizzare, ad attribuire agli altri i propri errori. Queste sono persone che frequentemente provocano o rispondono alle provocazioni generando situazioni violente. Il tipo Passivo invece non esprime la propria opinione, si mostra discendente e sottimeso, generalmente depresso e rinun-



ciario, non partecipa e non si coinvolge nelle decisioni. La difficoltà a reagire può diventare un incoraggiamento per chi è fortemente aggressivo che ne fa le vittime predestinate. Quindi quale è l'atteggiamento giusto? Utilizzare l'assertività e la validazione è la modalità migliore per creare una buona relazione terapeutica. È importante non anteporre, né rinunciare al proprio punto di vista, negoziare e cercare soluzioni che siano favorevoli per sé e per l'interlocutore, Non giudicare e possedere una elevata dose di flessibilità. Le persone assertive sono in grado di bloccare l'innalzamento della tensione con un atteggiamento fermo ma aperto verso l'altro, in modo da fornire una soluzione alternativa al conflitto stesso. L'assertività insegna a distinguere e modulare l'attivazione emotiva, a tollerare il disagio e confidare nella propria risposta emozionale come valida interinterpretazione degli eventi. Il terapeuta fornisce al paziente le opportunità per esprimere le sue emozioni, le considera con attenzione e le accetta così come sono, per procedere senza fretta nell'esami-

nare le singole componenti delle risposte emotive.

Per me come Medico Psichiatra questo corso è stato un momento molto importante di confronto e di riflessione, utile per sostenere ed unire il gruppo di lavoro. Da questi incontri è nata l'esigenza di implementare i momenti di supervisione, formazione e discussione dei casi clinici per condividere le difficoltà e studiare strategie per favorire il benessere e la riabilitazione dei nostri pazienti.

Psichiatria, psicologo, educatore, infermiere, operatore socio-sanitario e assistente sociale contribuiscono ad un lavoro di rete.

Sono figure tutte molto importanti che con il proprio ruolo operano in équipe per un obiettivo

comune: accompagnare il paziente nel percorso riabilitativo.



## PERCORSI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA. La testimonianza della realtà pesarese

In questi anni l'esperienza di progetti legati alla salute mentale ha visto coinvolte diverse realtà del Terzo Settore di Pesaro attraverso percorsi di integrazione sociosanitaria in collaborazione con il comune di Pesaro, l'Ambito Territoriale Sociale 1 [ente che coordina i servizi alla persona e alle famiglie del territorio comprendente i comuni di Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Montelabbate, Pesaro, Tavullia, Vallefoglia, N.D.R.] e il Dipartimento di Salute Mentale.

I temi legati alla salute mentale sono stati portati all'attenzione anche in Consiglio Comunale nel 2016 con l'approvazione all'unanimità delle linee programmatiche per la tutela della salute mentale nel territorio del comune di Pesaro e dell'Ambito Territoriale Sociale 1. Tra le priorità individuate vi era la necessità dell'integrazione dei tre servizi psichiatrici della provincia per omogeneizzare con la velocità e le modalità possibili le procedure organizzative, la gestione degli accessi, le dimissioni dalle strutture e la complementarietà dei servizi ambulatoriali nelle



**SARA MENGUCCI**

Insegnante nella scuola primaria. Dal 2014 al 2021 Assessora alla Solidarietà del comune di Pesaro con deleghe ai servizi sociali, politiche per la famiglia e per gli anziani. Dal 2019 al 2021 Presidente dell'Ambito Territoriale Sociale 1. Attualmente è Assessora con delega alla Viabilità, Mobilità e Bicipolitana, Trasporto pubblico e navette, Sicurezza e Polizia Locale, Unione dei Comuni, Pari opportunità.

varie sedi; implementare con l'aiuto delle risorse dei servizi sociali del comune le possibilità di residenzialità leggera (appartamenti sociali ed appartamenti protetti) per favorire percorsi di autonomia abitativa; rafforzare le risorse per il potenziamento dei servizi territoriali e dell'assistenza domiciliare e affrontare la questione legata alla riduzione del personale medico, che rappresenta ancora oggi una delle criticità più complesse nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale.

L'Ambito Territoriale Sociale 1 svolge un ruolo molto importante nel settore della salute mentale: in particolare, coordina il Servizio di Sollievo, quale ambito capofila di progetto, come referente per i 6 ambiti a livello provinciale, attraverso la convocazione del Tavolo di concertazione provinciale dei Servizi di Sollievo e la programmazione delle risorse destinate a ciascun territorio.

Il Servizio di Sollievo nasce nel 2002, e nel 2021 l'Ambito ha scelto di avviare un percorso di coprogettazione, a seguito dei nuovi criteri regionali approvati a Maggio dello stesso anno in un'ottica di discussione critica del progetto e di un suo eventuale perfezionamento.

I soggetti del terzo settore coinvolti nella coprogettazione sono il CeIS e le cooperative sociali ALPHA e T41A. Nel percorso dei Servizi di Sollievo, l'ATS 1 ha condiviso ed implementato con tutti i soggetti partner, (ATS-Comuni-DSM-Terzo Settore) un modello di sistema integrato che si avvale di un gruppo di lavoro integrato a livello inter-

istituzionale e multidisciplinare che monitora il servizio con riferimento ai territori dei Comuni che insistono nell'Ambito Sociale 1. Il progetto prevede interventi di ascolto alle famiglie, servizi domiciliari di sollievo, percorsi di auto mutuo aiuto, un punto di accoglienza diurno per percorsi di aggregazione e socializzazione, attività di integrazione sociale attraverso laboratori teatrali, attività sportive e ludiche, interventi nelle scuole al fine di fornire a studenti ed insegnanti strumenti per meglio comprendere le dinamiche e gli atteggiamenti delle persone in situazione di disagio psichico. A causa del progressivo invecchiamento dei soggetti in carico, a fronte dell'emergenza relativa a giovani soggetti, uno degli impegni futuri sarà un ripensamento globale dei servizi in atto al fine di poter individuare nuove azioni, in particolare per soggetti indicativamente individuati nella fascia 18/30 anni attraverso l'accompagnamento delle persone più adulte, giunte al massimo del livello possibile, verso interventi cosiddetti "leggeri", ponendo attenzione ad evitare eventuali regressioni e avviando un approfondimento e una valutazione di percorsi a favore della popolazione giovanile.



Le principali criticità attualmente sono quelle legate ai soggetti giovani con disturbi di comportamento, in situazione di doppia diagnosi, in contesti familiari compromessi e in situazioni di ritiro sociale. In questo contesto è fondamentale il lavoro con i servizi territoriali, al fine di non "psichiatrizzare" soggetti che non necessitano prioritariamente di interventi psichiatrici.

Un altro servizio attivato di recente nel comune di Pesaro è il Progetto

Gerico, grazie alla Fondazione Caritas. Il progetto

"Gerico" nasce lo scorso 11 maggio

2023 con l'obiettivo

di offrire uno spazio libero di ascolto alla fragilità mentale,

è aperto a tutti coloro che ne fanno richiesta, per una necessità personale o per avere un

orientamento per

un proprio familiare ed è completamente

gratuito, grazie alla presenza di medici psichiatri volontari.

È effettuata una presa in carico psichiatrica solo per coloro che per motivi di residenza o di irregolarità di permesso di soggiorno non possono accedere ai normali percorsi di cura dei servizi specialistici. Il progetto non fornisce prestazioni di emergenza e di urgenza che in-

vece rimangono, come da mandato, a capo del Servizio Sanitario Nazionale. È prevista anche un'attività di orientamento e di prevenzione, la promozione del benessere psichico e sensibilizzazione aperta a tutta la cittadinanza. Questo progetto nasce da una serie di necessità come l'esigenza di ascoltare e accompagnare le persone e le famiglie che si trovano disorientate e spaventate di fronte all'insorgenza di una sofferenza psichica; avviare interventi di prevenzione in un momento storico in cui i Servizi Sanitari sono costretti a far fronte principalmente all'attività di emergenza; rafforzare la rete con i Servizi Sanitari Specialisti territoriali nel tentativo di facilitare e ottimizzare anche la loro attività; orientare al meglio i pazienti per predisporre un accesso ai Servizi più mirato, corretto e opportuno evitando così un dispendio di risorse che i servizi si trovano a volte a dover disperdere di fronte a richieste non congrue al proprio mandato; costruire una cittadinanza sempre più consapevole e protagonista in quello che è il benessere dell'intera comunità, mai come in questo periodo storico, così urgente. L'inclusione sociale e lavorativa sono altri obiettivi su cui l'amministrazione si è concentrata nell'ambito della salute mentale. L'ATS 1, grazie ad appositi finanziamenti europei, ha dato il via nel 2018 all'esperienza dei Tirocini di Inclusione Sociale (TIS). Il progetto, che ha portato un finanziamento molto significativo, è nato da un apposito tavolo di progettazione coordinato dall'ATS 1 in cui è presente anche il Dipartimento di Salute Mentale. Si tratta di

un valido strumento per agevolare l'inclusione sociale, l'autonomia e la riabilitazione di persone "fragili" prese in carico dai servizi competenti di età compresa tra i 16 e 67 anni. Il tirocinio non costituisce un rapporto di lavoro, ma si realizza sulla base di un progetto individualizzato insieme ai servizi sanitari.

Un altro servizio legato all'inclusione sociale lavorativa è lo sportello territoriale I.So.La della cooperativa T41B che ha esperienza nel campo della creazione di opportunità occupazionali per persone appartenenti alle categorie svantaggiate sul mercato del lavoro. Lo sportello offre attività informative, formative per costruire insieme percorsi che favoriscano l'inserimento nel mondo del lavoro.

Attualmente una delle criticità mag-

giori dei servizi legati alla salute mentale è il probabile spostamento dei servizi all'interno della zona di Muraglia, immersa nell'area verde dell'attuale comparto sanitario con accesso indipendente dall'ospedale, che rischia di disperdersi perdendo il valore aggiunto di questa aggregazione di servizi della salute mentale misurabile nelle interazioni favorite dalla prossimità territoriale. Una problematica che riguarda soprattutto i pazienti ma anche il personale ed i familiari.

Isolare i pazienti fuori dai contesti urbani rende infatti più difficili i percorsi di socializzazione e inserimento nella comunità locale, che per tantissimi casi è fondamentale e rappresenta la possibilità di sviluppare delle relazioni con il contesto sociale circostante.



# SEED, OGNUNO DI NOI

Angela Serallegri - Psicoterapeuta

Il progetto Seed (seme) nasce dalla constatazione che sono ormai molte le evidenze sull'efficacia di programmi di promozione della salute mentale nelle scuole come modalità di intervento per prevenire comportamenti a rischio e disadattativi (relativi all'alimentazione, la guida, l'uso di sostanze, la sicurezza nei rapporti sessuali, i comportamenti antisociali, ecc), agendo specificamente e direttamente su questi comportamenti, tramite corsi di formazione, altresì fornendo uno spazio di riflessione e di confronto con persone con diagnosi di disturbo mentale e/o dipendenze patologiche, inseriti in diverse comunità psichiatriche del Gruppo Atena.

Il programma psicoeducativo per la salute mentale nelle scuole, con particolare attenzione alla prevenzione primaria dei disturbi mentali comuni, ha l'obiettivo di promuovere la salute mentale positiva degli studenti, il loro benessere psicologico, senso di autoefficacia e soddisfazione per la vita.

Sensibilizzare i ragazzi su tematiche riguardanti la salute mentale, l'espressione del disturbo mentale e la sintomatologia connessa.

Attraverso questo progetto si è cercato di sollecitare le abilità che possono aiutare a diventare più sicuri di se stessi, a essere più costruttivi ed efficienti nell'affrontare i problemi, a collaborare con gli altri e al tempo stesso a difendersi meglio da prepotenze e ingiustizie.

Uno scopo elementare ma importante del gruppo di pazienti residenziali è che queste persone imparano semplicemente che parlare aiuta ed è questo che si è voluto trasmettere ai ragazzi dell'istituto superiore "A. Cecchi". Sensibilizzare i ragazzi che il fatto di aprirsi e discutere dei loro problemi non solo dà un sollievo immediato ma avvia anche il processo di cambiamento. Attraverso il fattore terapeutico dell'universalità si può imparare che gli altri sono molto simili a noi, che non si è unici, né per gli stati d'animo o i pensieri infelici, né per quanto riguarda le vicende della propria vita. Apprendere, spesso per la prima volta, che la propria esperienza è in fin dei conti umana e condivisa da molte altre persone è straordinariamente rassicurante ed è uno dei più potenti antidoti a

uno stato di devastante isolamento. Il progetto è stato rivolto ad alcune classi di studenti e insegnanti dell'istituto tecnico superiore "A. Cecchi" di Pesaro. Tale progetto ha fornito spazi di riflessione sulle proprie fragilità sollecitando le persone a chiedere aiuto nei momenti di difficoltà oltre ad essere più capaci di aiutare chi soffre di un disagio mentale. Un altro obiettivo di questo progetto è stato cercare di sensibilizzare il riconoscimento del disagio giovanile anche quando è difficilmente riconoscibile, andando oltre lo stigma.

Il progetto è consistito in degli incontri con classi differenti attraverso un approccio interattivo tra ospiti e studenti, dove i ragazzi della struttura hanno raccontato i propri vissuti pregressi e la loro vita in comunità, in che cosa consiste la malattia mentale, che cosa ha comportato e comporta convivere con un dolore invisibile e l'importanza di saper chiedere aiuto e di riuscire ad appoggiarsi nei momenti di maggiore difficoltà anche all'istituzione.

Gli ospiti del gruppo Atena hanno fatto visita presso l'istituto "A. Cecchi" per portare le loro complesse e particolari esperienze di vita, partendo dal contesto familiare, sociale e relazionale, nel prossimo anno scolastico accoglieranno i ragazzi dell'istituto nelle diverse comunità del Gruppo Atena, da quelle ad un livello di intensità di cura più elevato a quelle più aperte, questo permetterà agli studenti di entrare a pieno nel mondo comunitario, nei luoghi di cura e far conoscere altre complesse realtà oltre a quella che vivono quotidianamente.



## INVECCHIAMENTO: Un fenomeno complesso di perdite e guadagni

Simone Montanari - Psicoterapeuta

Villa Oasi nasce nel 1993 con le caratteristiche di R.S.A Casa Protetta per la cura e l'assistenza dell'anziano. Come riportato nella Carta dei Servizi sono garantiti i servizi di assistenza tutelare diurna e notturna, somministrazione dei pasti, assistenza infermieristica se richiesta dai piani individuali di assistenza (P.A.I.), attività ricreativo – culturali, attività aggregative, attività di mobilitazione. Viene garantita inoltre, assi-

stenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane.

Ma il processo di invecchiamento è un fenomeno complesso che coinvolge non solo la persona interessata ma anche il nucleo familiare e dopo anni di esperienza abbiamo riscontrato la necessità di monitorare l'evoluzione dei bisogni socio-sanitari e assistenziali del cliente tramite valutazioni multiprofessionali e progetti d'intervento –

individuali o di gruppo e di garantire il massimo livello possibile di benessere psico-fisico – attraverso un approccio professionale multidimensionale centrato sulla persona – per riabilitare, conservare o rallentare il decadimento delle capacità funzionali residue dell'individuo oltre che di fornire assistenza e supporto psicologico alle famiglie coinvolte. Molto spesso il processo degenerativo cerebrale intacca i procedimenti mnemonici ed impedisce col tempo il riconoscimento anche visivo dei familiari, provocando un forte senso di frustrazione in questi ultimi che necessita di delucidazioni tecniche sul disturbo accompagnate da un supporto emotivo rilevante.

Tre sistemi di influenza regolano la natura dello sviluppo attraverso la vita: ontogenesi (età), evolutivo (storia) e non normativo (adattato da: Baltes, Cornelius et Nesselrode, 1979) ed a loro volta possono essere suddivisi in: Primario: modificazioni intrinseche; cambiamenti legati all'età, inevitabili ed irreversibili (diminuzione vista, capelli bianchi, rughe...); Secondario: cambiamenti che non sono inevitabili e legati alle condizioni ambientali e stile di vita (alcool, mancanza di esercizio fisico...); Terziario: processi degenerativi che si verificano nei mesi che precedono la morte.

Nell'età adulta avanzata vi è una

diminuzione in vari ambiti cognitivi e questo in una prospettiva decrementale è inevitabile ma necessita per molti familiari del soggetto coinvolto di essere spiegato e descritto.

La prospettiva contemporanea sull'invecchiamento ci permette di affrontare un fenomeno complesso considerando lo sviluppo attraverso la vita come caratterizzato da un duplice processo di guadagni e perdite evidenziando l'interesse per i cambiamenti che con il tempo e l'avanzare dell'età si manifestano sia nell'organizzazione che nella struttura delle abilità mentali alla base della psicologia dell'invecchiamento.

Si possono perdere le operazioni/meccanismi mentali di base = abilità fluide che sono biologicamente determinate.

Ma si possono guadagnare le abilità cristallizzate che sono culturalmente determinate.

Il compito di coloro che studiano e si occupano di invecchiamento dovrebbe essere quello di formulare ipotesi interpretative per spiegare le modificazioni cognitive legate all'età, considerando l'invecchiamento un fenomeno eterogeneo nonché considerare l'efficienza dell'anziano in compiti che riguardano diverse abilità, comprendendo come queste stesse si integrino nell'organizzazione della mente e quali processi vengano implicati. Pertanto, riassumendo, l'invec-

chiamento deve considerare come un fenomeno multidimensionale e multidirezionale in quanto vi sono diversi tipi di abilità, come quelle legate all'intelligenza fluida e quelle legate all'intelligenza cristallizzata, che seguono traiettorie di sviluppo diverse. Le abilità di base sono abilità che si basano sulle operazioni mentali di base

quali il ragionamento, la memoria, l'orientamento spaziale e la velocità percettiva e sono legate ai cambiamenti di natura fisiologica e degenerativa mentre le abilità cristallizzate sono abilità verbali e numeriche che restano stabili e/o aumentano fino ai 60-70 anni, cominciando invece il loro declino solo in età molto avanzata. Considerando il modello di perdite e guadagni e considerando che ogni

forma di sviluppo implica una specializzazione adattiva è nostro compito cercare ove sia possibile di favorire un invecchiamento di successo che preveda la presa in carico non solo del paziente nostro ospite ma anche del nucleo familiare fuori dalla struttura che necessita di informazioni, assicurazioni e di brevi cenni di psicoeducazione per potersi rapportare con l'anziano. Sempre secondo lo stesso modello è necessario cercare di mantenere il più a lungo possibile le abilità residuali e di "allenare" le abilità cristallizzate, vicariando come richiede l'assistenza le abilità di base perdute.



# PERDITA DI AUTENTICITÀ

Alessandra D'Antimo - Tirocinante in Psicologia

«Mi sento svuotato di me stesso, la mia persona si è discolta. Mi sento un fantoccio, un corpo finto. Tutto mi è estraneo.»

Spesso i pazienti con cui ci troviamo a lavorare sembrano svuotati di un'identità, di un Sé riconosciuto come proprio.

In gravi patologie, come potrebbe essere la schizofrenia, spesso e volentieri noi professionisti ci dobbiamo confrontare con un importante disturbo del Sé e spesso ci aggrappiamo alle nostre care categorie diagnostiche, etichettando i nostri pazienti sulla base dei segni e sintomi che raccogliamo attraverso ciò che vediamo e ci facciamo raccontare, rimanendo in una sorta di comfort zone, anche se limitante.

In questa prospettiva, ci piacerebbe proporre un approccio diverso, quello fenomenologico che, malgrado ci richieda maggiore sforzo, ci permette di analizzare meglio la situazione di disagio riportata dai pazienti.

Considerando la metafora della clessidra a tre strozzature (Stanghellini e Rossi Monti), quindi, il focus di

questa riflessione si concentrerà sul senso che il paziente dà alla sua esistenza, cioè sull'importanza

di indagare le caratteristiche dell'essere-nel-mondo del paziente stesso. Se vogliamo analizzare

l'autenticità, l'identità del paziente, allora dobbiamo uscire dalla nostra comfort zone

e analizzare la persona che abbiamo davanti nel suo complesso, dando voce e importanza al senso dell'essere-nel-mondo che ci viene raccontato.

La fenomenologia considera il Sé esperienziale come dimensione fondamentale e pre-riflessiva dell'esperienza, piuttosto che un costrutto sociale di alto livello o una precondizione nascosta non esperienziale trascendentale. Heidegger esaltava

il concetto di auto-familiarità, in quanto ogni esperienza è caratterizzata dal fatto che «io sono sempre in qualche modo in contatto con me stesso», stessa linea di pensiero che si ritrova anche in

Merleau-Ponty, la quale sosteneva il fatto che alla radice di tutte le nostre esperienze troviamo un essere che conosce immediatamente se stesso, attraverso il

contatto diretto con la propria esistenza, aggiungendo che «non esiste un 'uomo interiore', l'uomo è nel mondo e verso il mondo, ed è nel mondo che conosce se stesso».

In questo senso quindi il paziente non dev'essere inteso solo come un oggetto passivo della sua malattia, ma come una persona autonoma i cui pensieri, le cui azioni e la cui comprensione di sé sono una parte costitutiva della malattia stessa. Questo cambiamento di prospettiva è stato il primo grande passo verso il consolidamento della psicopatologia come aspetto indispensabile della psichiatria; per comprendere la sofferenza mentale dobbiamo capire come la persona sperimenta, pensa e affronta la sua sofferenza.

Ritornando alla metafora a tre strozzature, bisogna quindi fare riferimento alla nozione di persona che ci serve per dare un senso al problema che la nostra identità è un fatto ma anche un compito. Nell'essere la persona che siamo, ci troviamo di fronte al compito di tenere insieme, cercare di dare un senso e convivere con ciò che siamo, con chi vogliamo essere e con il modo in cui gli altri ci vedono. La nozione di persona implica la richiesta normativa di riconoscere e rispettare ogni essere umano come persona. Per quanto concerne il disturbo della coscienza di sé (che caratterizza soprattutto alcuni disturbi mentali più gravi), questo comporta spesso un senso di alienazione e di insopportabile passività. Nella sofferenza è in gioco la nostra identità. La nostra esperienza di essere un Sé è turbata, e nei casi più gravi lo è in modo così drammatico da perdere il senso di agency e di proprietà delle nostre esperienze e azioni.



Eppure, usando le parole di Ricoeur, «la sofferenza è una delle forme più vivide di coscienza di sé». Questa ambiguità della sofferenza è costitutiva dell'identità umana. È dentro e attraverso la sofferenza che diventiamo la persona che siamo. La fragilità della nostra identità è ciò che ci rende quella persona individuale che ognuno di noi è. Siamo persone per il semplice fatto di essere umani, ma diventiamo le persone che siamo attraverso le sfide della sofferenza. Il dolore non è qualcosa che semplicemente sentiamo, non siamo semplici vittime passive del dolore. Certo, il dolore può essere così straziante che l'esperienza ci priva completamente del pensiero e della riflessione, ma nella fase successiva al dolore, il pensiero riemerge. Facciamo qualcosa con ciò che sentiamo, ci mettiamo cioè in re-

lazione con i nostri sentimenti o, come direbbe Jaspers, ci posizioniamo sempre rispetto alla nostra sofferenza. In tal senso, la sofferenza umana è sempre sofferenza personale. «Ieri ero un'altra persona, oggi no, oggi è diverso: oggi non sono più quello di ieri. Mi sembra che i miei amici siano tutti più giovani di me. È come se non fossi più me stesso.» A nostro avviso, ciò che il professionista dovrebbe impegnarsi a fare (assumendo un approccio fenomenologico) è quello di usare la propria empatia nello spostarsi da una posizione esterna di lo-osservante a quella di lo-osservato, capendo a fondo il senso della malattia del paziente. Si tratta di accompagnarlo, giorno dopo giorno, in un percorso condiviso di ricostruzione di un proprio sé, nel rispetto della sua autenticità.

“**C**hi decide chi è normale? La normalità è un'invenzione di chi è privo di fantasia”; così affermava la poetessa Alda Merini. Volendo rimanere sul pragmatico e consultando uno dei più famosi dizionari italiani, alla voce “normalità” si legge: *carattere, condizione di ciò*

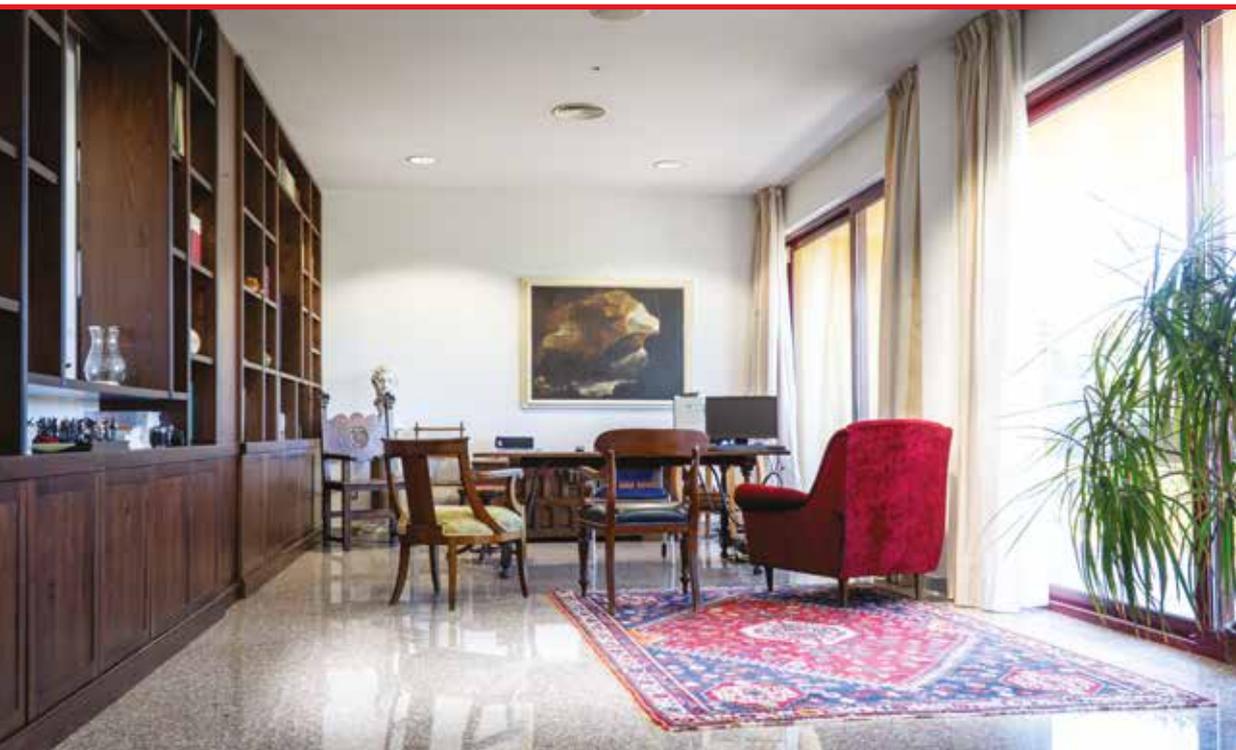
*reazione; stanchezza fisica, mutamenti di umore, ecc. che rientrano nella (o escono dalla) normalità.* Tuttavia, quando vogliamo definire il concetto di *normalità* nella quotidianità, la questione si complica non poco. Ancora di più se pensiamo al fatto che il termine viene usato in tante occasioni come misuratore di ciò che è o meno corretto. Forse la modalità migliore per ca-

## ••••• • **ALLA RICERCA** • **DELLA NORMALITÀ** •

• **Leonardo Badioli - Psichiatra**  
•

•••••  
che è o si ritiene normale, cioè regolare e consueto, non eccezionale o casuale o patologico, con riferimento sia al modo di vivere, di agire, o allo stato di salute fisica o psichica, di un individuo, sia a manifestazioni e avvenimenti del mondo fisico, sia a situazioni (politiche, sociali, ecc.) più generali: n. di un comportamento, di una

pire appieno il termine normalità è quella di partire da quello che è considerato (ma siamo sicuri che sia così?) il suo opposto: il *patologico*. I criteri che maggiormente si usano per definire il *patologico*, l'*anormale* sono quattro (e non necessariamente devono essere tutti verificati per “etichettare” qualcosa o qualcuno come anormale). Il criterio statistico si lega al concetto che “normale” è ciò che è più probabile; è un concetto matema-



tico basato sui dati: le condotte più ripetute saranno normali, mentre quelle che si verificano di meno saranno patologiche o anormali (ma allora, se essere destrimani è normale, essere mancini è patologico? Ed inoltre, quale è la soglia della percentuale che stabilisce il passaggio da anormale a normale?). Il criterio biologico determina la normalità tenendo in conto i processi e le leggi biologiche naturali, cioè le condotte che seguono la normalità biologica non vengono considerate patologiche; il problema è che le leggi biologiche sono modelli scientifici non sempre completi od addirittura erronei (la comparsa di un "dato nuovo" può essere valutato come "patologico" piuttosto che non come una evoluzione del normale processo).

Il criterio sociale (pro-

tabilmente quello più utilizzato) si basa sull'idea che la normalità corrisponde a ciò che la società accetta come giusto. È la società stessa che stabilisce le caratteristiche alle quali la normalità deve attenersi. Risulta subito evidente come tale tipo di criterio abbia importantissime connotazioni geografiche (in Kenia è *normale* essere scuri di pelle, in Finlandia essere biondi), storiche (nell'America dei secoli scorsi era *normale* avere degli schiavi, pratica oggi ritenuta immorale), legislative (fino a pochi decenni orsono anche in Italia era "concesso" il delitto d'onore mentre oggi viene considerato alla stregua degli altri delitti), religiose (il Corano prevede che si possano avere quattro mogli e che sia possibile divorziare, la religione cattolica la pensa diversamente), culturali (credere al "malocchio" in certe zone rurali può avere connotati di "normalità", la stessa cosa in un ingegnere nucleare che lavora a New York molto meno), eccetera. Il criterio soggettivo, ha una valenza del tutto autoreferenziale, mostrandosi ovviamente carente in una moltitudine

di occasioni: le nostre condotte sono "normali", quelle degli altri soggette ad ipercritica ("uno degli strumenti fondamentali di cui tutti si servono per confermare la propria normalità consiste nel proiettare negli altri ogni anormalità possibile"; Giovanni Jervis).

Quanto sopra ci fa capire come non si possa parlare di "normalità" in termini generali, bensì all'interno di una specifica società, di uno specifico territorio, di un determinato periodo storico.

Lo stesso (ancor più) vale per la definizione di "patologico", di "anormale". D'altra parte, definire qualcosa come "normale" o "anormale" è legato ad un profondo bisogno dell'uomo di avere delle spiegazioni, dei "punti fermi"; non avere delle risposte a queste domande ("io sono normale?") porta a sentimenti di impotenza e di insicurezza personale.

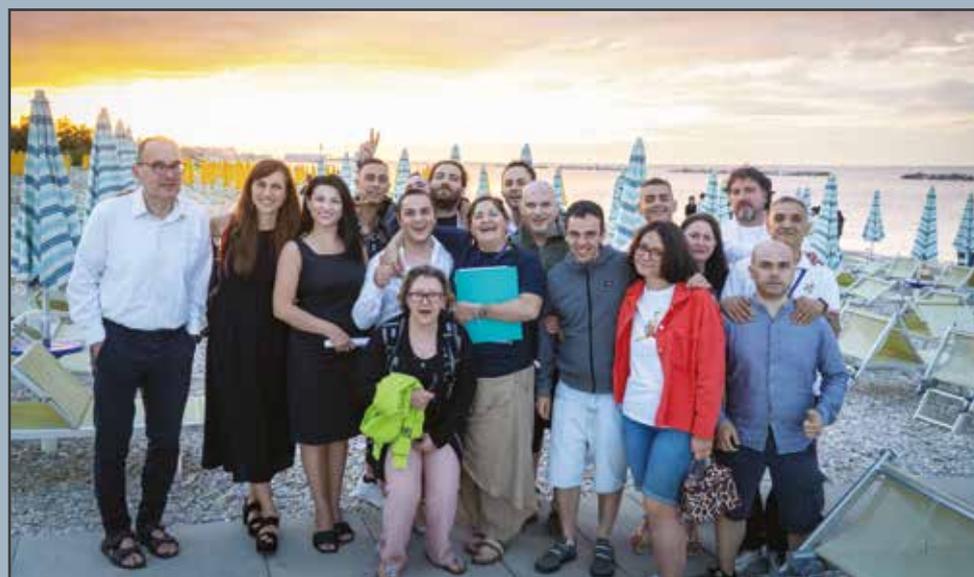
Vedere la "non normalità" nell'altro ci rassicura sulla propria condizione, anche se si tratta, come per la stessa *normalità*, di una illusione, dato che "ciò che è normale per il ragno è il caos per la mosca".

# LE VITE DEGLI ALTRI

Le Vite degli Altri è un Progetto che nasce in seguito all'esperienza effettuata in collaborazione con l'Istituto Luigi Donati di Fossombrone, dove i pazienti della struttura Atena si interfacciavano con gli studenti in un Laboratorio dal titolo Vite Appese.



Visto il riscontro positivo, si è deciso di rinnovare la collaborazione con l'istituto Donati, coinvolgendo inoltre i territori limitrofi in una più ampia operazione di sensibilizzazione all'importanza della salute mentale





Il progetto prevede incontri aperti al pubblico con gli ospiti della comunità SRP1 Le Badesse che, raccontando le proprie esperienze di vita, cercano di fornire ad adolescenti e famiglie spunti e strumenti utili per riconoscere ed affrontare molti tipi di disagio: dalla solitudine agli abusi, dall'alcool alle droghe, dalla violenza domestica alla gestione della rabbia.

La speranza è quella di lanciare un messaggio di speranza per tutti coloro che, sentendosi in difficoltà, devono sapere che esiste intorno al loro una rete che può aiutarli ad affrontare e gestire il proprio disagio, qualunque esso sia.



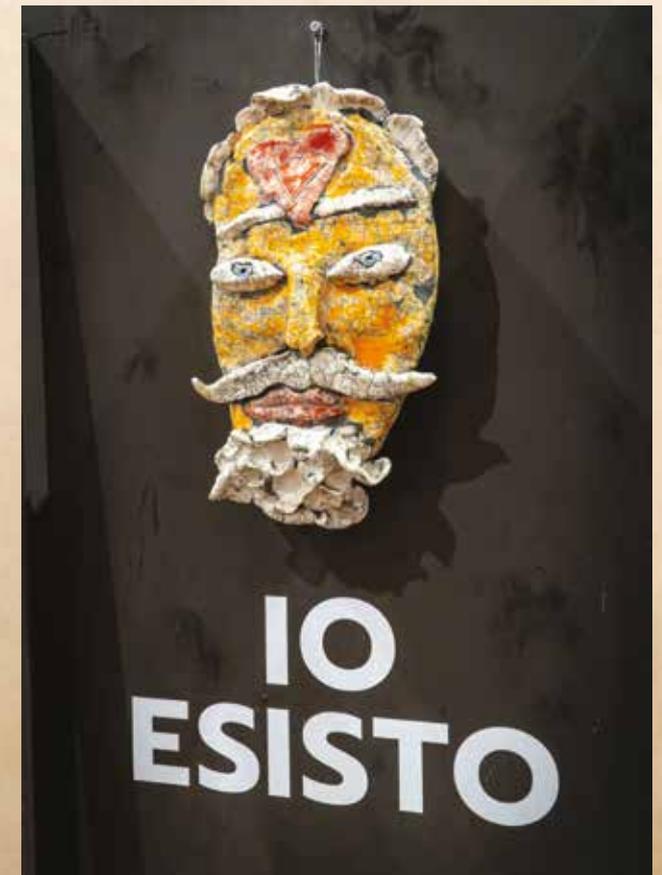
e della sua cura, alla lotta contro lo stigma sociale e alla prevenzione dalle Dipendenze Patologiche, con il supporto del consiglio regionale delle Marche e ai comuni (Piandimeleto, Sant'Angelo in Vado e Fano) che ci hanno sostenuto e appoggiato.



# ARTE E CULTURA A PENNABILLI

Gruppo Atena supporta  
l'Associazione Culturale  
Pennabilli Antiquariato

Giunta alla 53a edizione, la Mostra Mercato Nazionale di Antiquariato di Pennabilli è ormai uno degli appuntamenti estivi più importanti per gli appassionati di arte e oggetti antichi. La mostra, cresciuta nel tempo e divenuta un evento che propone iniziative culturali di ogni genere, prevede non solo la presenza di espositori e



AL DI QUA DEL MURO  
L'INFINITO  
GRUPPO ATENA

CHIESA DI  
SANT'ANDREA  
Pennabilli 2024

rivenditori di opere ma anche un ricco calendario di eventi. In particolare, il Gruppo Atena è presente con la mostra di

ceramica raku del suo atelier di arteterapia, guidato dall'artista Paola Zago e frequentato dai pazienti della REMS Casa

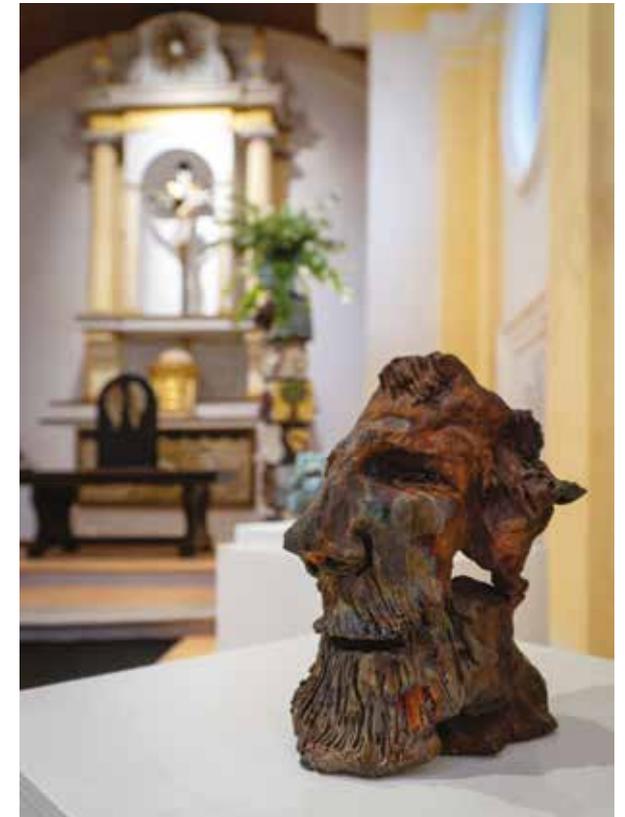
Badesse, del Molino Giovanetti e dell'Atena, dal titolo Al di qua del muro l'infinito. Inoltre, la compagnia teatrale dei nostri

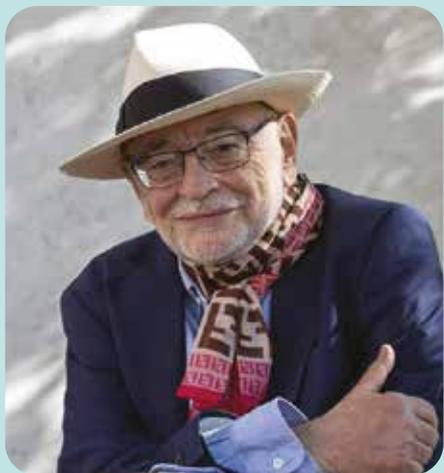
ospiti, guidata dall'attore e regista Carlo Simoni, ogni anno si esibisce in piazza durante l'evento (quest'anno in





cartellone *La Finta Ammalata* di Carlo Goldoni). Spazio anche per la letteratura, con la presentazione del libro *Se mai vedi quel paese* scritto a quattro mani da Umberto Piersanti e Andrea Lepretti, edito da Affinità Elettive nella collana "I Quaderni di Atena". Un estratto del libro è pubblicato a pagina 70.





### UMBERTO PIERSANTI

È nato a Urbino nel 1941 e ha insegnato nell'Università del capoluogo montefeltresco. Questi i suoi libri di poesia: *La breve stagione* (1967), *Il tempo differente* (1974), *L'urlo della mente* (1977, 2024<sup>2</sup>), *Nascere nel '40* (1981), *Passaggio di sequenza* (1986), *I luoghi persi* (1994, 2022<sup>2</sup>), *Nel tempo che precede* (2002), *L'albero delle nebbie* (2008), *Nel folto dei sentieri* (2015), *Campi d'ostinato amore* (2020). È autore di quattro romanzi: *L'uomo delle Cesane* (1994), *L'estate dell'altro millennio* (2001), *Olimpo* (2006), *Cupo tempo gentile* (2012), e del libro di racconti *Anime perse* (2018). Le sue poesie sono state tradotte in varie lingue. È stato vincitore, tra i tanti premi, del Saba nel 2020. È presidente del Centro Mondiale della Poesia Giacomo Leopardi di Recanati.

## UMBERTO PIERSANTI

### Poesia inedita

#### Il disegno di Jacopo

ma quell'uva, Jacopo  
così tonda e perfetta  
che in altre stanze  
con l'aiuto di altri  
hai disegnato,  
il tuo dono gentile  
alla nostra casa,  
è come quella alle pareti  
appesa delle mie antiche  
elementari, quelle dalle  
pareti rosse e le finestre  
aperte verso il mare  
di Pesaro lontano,  
e c'erano anche mele  
e pere, anche loro  
tutte tonde e perfette,  
no, i pittori non le  
sanno fare,  
uva, mele e pere  
hanno lo stesso odore  
bagnato e chiaro,  
le puoi subito  
cogliere e mangiare  
come tra i meli e le viti  
di Camorciano

tu, sei rimasto fanciullo  
per l'eterno,  
il tempo che scorre  
non ti riguarda  
e inquieta,  
quel tempo  
che tuo padre tormenta  
e addolora,  
il tuo eterno presente  
solo ti risarcisce

novembre 2022



# RITORNO AI MONTI

Andrea Lepretti

**E**ra un giorno di settembre luminoso, un giorno adatto per risalire lungo l'argine del Conca e arrivare al Carpegna. I quattro amici Andrea, Giorgio, Franco e Amedeo accarezzavano da tempo questo sogno avventuroso. Il monte era là, lontanissimo. Lo si poteva intravedere dalla finestra di Andrea. Erano tutti appassionati di libri di avventure, di esplorazione. Salgari e Verne erano i loro autori preferiti.

A lungo avevano parlato nel baretto da Mario di come intraprendere questo viaggio. Quante ore ci sarebbero volute? Sarebbe bastata una giornata o bisognava dormire una notte nei campi per compiere anche il ritorno? Certo, non dovevano penetrare nelle Sundarbans né sconfiggere la setta dei Thugs, né liberare una fanciulla segregata nei loro covi, ma comunque la loro doveva essere una grande impresa. Presero la decisione in un pomeriggio passato a giocare a biliardino. Erano tutti d'accordo, solo Franco muoveva qualche timida obiezione: cosa avrebbero detto i loro genitori? Che cosa avrebbero dovuto portare con loro? Ce li avevano gli zaini?

Sì, avevano tutto, l'impresa era assolutamente possibile.

Si ritrovarono quel mattino al vecchio frantoio abbandonato. Andaro-



no prima al negozio di alimentari e si fecero preparare delle enormi fette di pane con prosciutto, salame e formaggio. Le ficcarono dentro agli zaini e alle sacche sopra le coperte che avevano messo dentro al momento della partenza, tra bottiglie di chinotto e di birra. Procedevano spediti lungo l'argine: il chiarore del cielo e dell'acqua faceva intravedere grossi pesci scuri che guizzavano veloci. Gli alberi all'inizio non erano molto fitti, poi arrivò la zona

dove i cespugli si facevano intricati. Parlò Franco: "non dovremmo solo raggiungere il Carpegna, ma salirci in cima. Dicono che là un tempo era stata costruita una città fuori del mondo, la Città del Sole. Magari se guardiamo tra l'erba e negli anfratti possiamo anche trovare qualche resto, una colonna frantumata o altro ancora".

Intervennero Andrea: "favole, tutte favole, non c'è niente lassù, ma di lì si può vedere un panorama immenso e anche per questo vale la pena di fare la nostra escursione".

"E se ci facevamo portare sotto da qualcuno in macchina, non era meglio?". Giorgio era il più comodo di tutti.

"Che viaggio sarebbe stato, una gita coi genitori o altri, che gusto c'era?". Amedeo era il più avventuroso, conosceva tutti i personaggi di Salgari, da Sandokan e Tremal-Naik al Corsaro Nero.

Camminarono per circa due ore, erano allegri, qualcuno fischiava. Adesso il fiume faceva un'ampia ansa e i cespugli lasciavano il posto ai salici e ai pioppi. C'era una radura là in mezzo.

Si sedettero e mangiarono contenti. Tra i rami si sentivano i canti dei fringuelli e dei verdoni.

Ripresero il cammino. Adesso il fiume scorreva tra larghi campi di grano e viti. Andrea amava questi luoghi, pensava che anche da grande avrebbe voluto viverci e lì fare qualcosa: magari prendere la casa vecchia di un contadino, rimetterla a posto, trasformarla in una fattoria dove con l'aiuto di altri avrebbe diretto il lavoro dei campi.

La strada era molto lunga. Giorgio iniziò a lamentarsi: "sarà stata una buona idea? Fracassarci così, non farci portare da qualche macchina fin sotto il Carpegna?".

Amedeo s'era decisamente indispettito, Giorgio era sempre quello che cercava di bloccare ogni piccola avventura, ogni vicenda.

"Puoi sedere qui, magari raggiungere il bar più vicino e telefonare ai tuoi che ti vengano a prendere. Poi fatti preparare un bel piatto di tagliatelle coi funghi e poi andare a vedere la partita".

Giorgio non rispose, non voleva assolutamente rimanere solo. Diede un calcio secco a un sasso lì accanto.

Arrivarono alle pendici del monte che era pomeriggio inoltrato. La salita era lì davanti, c'era un abbozzo di stradino che si perdeva su in alto. "Ma se ci prende la notte, cosa facciamo?". Giorgio era proprio scontento, quell'avventura ormai gli pesava molto.

Intervennero Franco: "niente fregnacce, saliamo".

Presero il sentiero tra i ginepri. Sopra il sentiero cessava, bisognava inerpicarsi. Andrea era stanco e un po' impaurito, la salita si presentava abbastanza difficile. Tutti erano impauriti, Giorgio era quasi terrorizzato, ma non osava fiatare, era già stato umiliato abbastanza.

Salgono faticosamente aggrappandosi agli spuntoni e ai cespugli. Ogni tanto qualche ciottolo cede sotto il passo e scivola con un rumore sinistro.

Ora Amedeo procede spedito, è un po' staccato da tutti gli altri, ogni

tanto si volta, controlla i compagni e li guarda con un sorriso di sufficienza. Lui è come Sandokan, non teme niente e nessuno.

Un falco compie larghi cerchi nel cielo. Forse vede nel fondo una lepre acquattata tra ceppi o un ghio nascosto tra i rami.

Amedeo s'afferra con forza a uno spuntone di roccia che trema un poco. Lì accanto c'è un masso, no, non è enorme, ma non è neppure troppo piccolo. Il masso si sgancia dal terreno e precipita con un rumore sordo e pauroso. Sfiora Amedeo che si stringe mani e unghie sulla parete del monte, passa accanto ai suoi tre amici e si perde giù nel fondo.

Adesso c'è da aver paura, ma non si può abbandonare l'impresa, Sandokan non l'avrebbe mai fatto. Sono abbastanza in alto, alla larga spianata che costituisce la cima del Carpegna manca poco.

Adesso il sole sta calando dietro l'appennino proprio verso il Nerone. Una luce gialla arancione e viola si spande dalla cornice dei monti. Le colline sotto ne vengono illuminate anche se i colori si fanno sempre più tenui. Il cielo è tutto sgombro, solo tre o quattro stracci di nubi si illuminano di rosa e viola.

È bellissimo – pensa Andrea – valeva la pena di aver paura, anche di vedersi il masso scorrere accanto. Del resto, quelle colline le avevano sempre viste solo e in parte dal basso: uno spazio così immenso

se non lo vedi non puoi neanche immaginarlo.

Giungono al grande spiazzo erboso di questo strano monte che non finisce con le rocce. L'erba s'è fatta scura, la fatica pesa sulle gambe. La fame è più forte della stanchezza: i panini sono tanti e buoni. La birra scivola lieta giù per la gola. Sì, domani ci sarà il ritorno, ma ora quest'impresa è stata compiuta, sono arrivati a piedi fino al Carpegna e l'hanno scalato.

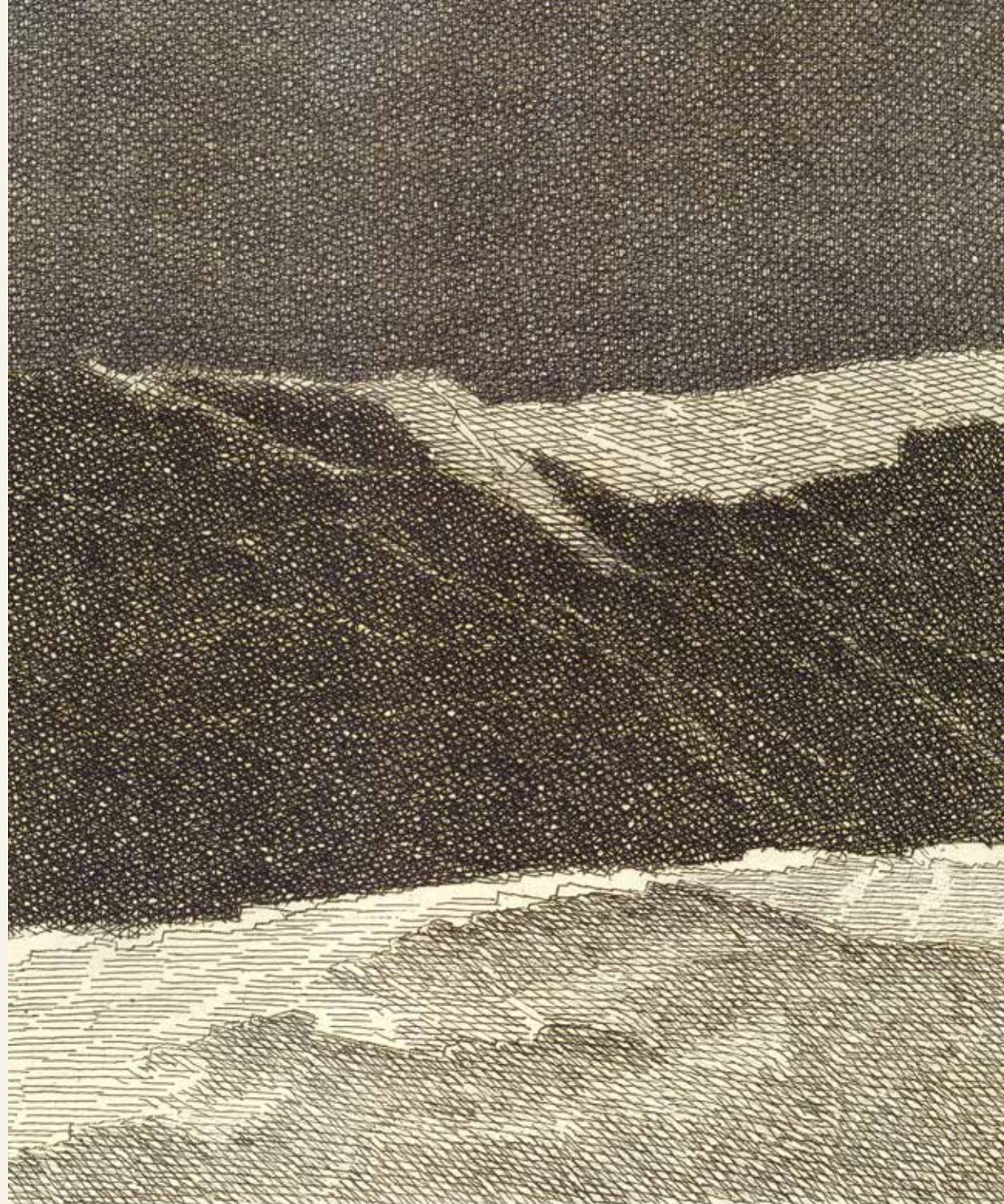
Da qualche faggio lontano arrivano i pigolii degli uccelli che si apprestano a dormire, magari fra poco inizieranno le grida dei rapaci notturni.

Hanno mangiato e bevuto a sufficienza, adesso è ora di dormire.

Andrea guarda il cielo: le stelle sono enormi, è tutta un'altra cosa il cielo visto dal piano. Sembra quasi di toccarle con la mano e l'Orsa è disegnata in modo perfetto, la lezione di geografia astronomica che ha così poco peso nei libri andrebbe fatta quassù, di notte. La loro luce arriva fino ai fianchi dei lunghissimi Sassi di Simone e Simoncello.

Adesso chiude gli occhi: questa terra è proprio bella, l'universo magnifico.

[Estratto del racconto *Ritorno ai monti* di Andrea Lepretti, pubblicato in *Se mai vedi quel paese* di Umberto Piersanti e Andrea Lepretti, edito da Affinità Elettive di Ancona per la collana "I quaderni di Atena".]



Renato Brusaglia, *Luce lunare*, 1980, acquaforte su zinco



## ELISABETTA PIGLIAPOCO

*Poetessa e saggista, è nata nel 1972 a Jesi dove insegna materie letterarie nelle scuole superiori. Nel 2018 ha pubblicato il suo primo libro di poesia, La luce di taglio, Archinto. È anche autrice di saggi, tra cui la prima monografia dedicata a Massimo Ferretti: Fuori dal coro. L'opera di Massimo Ferretti, peQuod, 2005. Ha curato insieme a Maria Cristina Casoni il volume La terra e le stagioni. Il modello marchigiano nella letteratura contemporanea, Fernandel, 2003. Nel 2010 ha curato per peQuod la raccolta di saggi dedicati alla poetica del luogo, Patrie poetiche. Luoghi della poesia contemporanea. Collabora alla rivista Pelagos ed organizza eventi e incontri di poesia e narrativa contemporanea.*

# ELISABETTA PIGLIAPOCO

## Poesie

### Vento di novembre

Fili d'erba gialla  
scolorano il giardino.  
Del prato ogni resistenza  
vana al passo consueto  
che lo abita.

“novembre ti sarà lieve  
se conservi il tepore del giorno”

Ma dentro s'alza  
un vento impercettibile  
come quello che alla sera  
agita i bambini  
e li fa piangere.

### Dentro il cerchio

Avevi scelto un posto  
dove tutto fosse chiaro.  
Ne avevi scelto uno  
in piena luce,  
arrivava forte, decisa.  
Tu eri lì, al centro,  
solo aria ferma intorno  
a sigillare il pensiero.  
Era così facile  
individuare la linea del sole  
ne scorgevi l'impossibile stasi  
a separarti dalla casa, dalla sua ombra.  
Era dolce l'illusione che per una volta  
la notte ti avrebbe risparmiato.

### L'equilibrio

L'equilibrio è un taglio orizzontale  
tra la gola e il petto.  
È la bolla d'aria ferma  
in mezzo alla livella  
quando neanche il respiro  
è più certo.

ho trovato il mio centro nella goccia  
che scavava la vena all'avambraccio  
ho vomitato in dodici ore interi  
i miei sedici anni e qualche giorno

L'equilibrio ce l'ho stampato  
in faccia, come una smorfia  
serra le labbra in un sorriso  
distilla sagge sillabe e poche.

le borse sotto gli occhi di mia madre,  
lo sguardo senza più orizzonti  
per sempre vinto, riflesso nello schermo  
acceso su un Sanremo senza gloria

Ancora oggi resta l'ossessione  
la mano che passo tra i capelli  
indice e medio a misurare  
il venti per cento di speranza,  
l'ho sciacquato tutto nella vasca  
col rasoio ancora tra le mani

Equilibrio, una forma d'attesa  
stand-by senza scadenza  
tra vertigini e voragini  
certe.

c'era l'ossigeno che entrava dalla porta  
spalle forti e viso da bambino  
col giubbotto scuro, l'incoscienza  
del sorriso. Diceva già domani

il dolore di mio padre non entrava  
spuntava la sua testa dalle scale  
si appoggiava muto alla finestra  
la mano apriva, in segno di saluto



## Il cappotto

La città senza pianure  
ha attraversato il mio cappotto.

S'è fermato a guardare il vento  
le luci di là dal ponte  
appese al nero della terra,  
vibrava e non aveva pace.

Era un cappotto largo,  
si apriva alle folate  
come una gonna  
in un giro di valzer,  
io ci nascondo il mondo  
anche te, amore mio,  
stretto dentro il vento.

Ho infilato i bottoni  
avvolto la sciarpa  
tra passi e l'eco di una valigia  
che rimbalzava tra le mura.

Ma la città è crudele,  
ha squarciato la tela  
solo un vento molesto è rimasto.  
Non è colpa mia, avevo stretto bene.

Forse sei ancora sul parapetto alto,  
guardi, cerchi quel nero,  
le sue luci o magari i fidanzati  
e li invidi un po' nei loro gesti  
piani e familiari.

Forse ti ricordi una tramatura liscia  
e tu a perdere l'appiglio sui fianchi  
a scivolare coi palmi aperti,  
lo so, non hai stretto, sì lo so.

Chi passava ha visto un cappotto nero  
e qualcosa cadere.



## Anemone

La mano gelata attorno alla sua testa,  
si lascia accarezzare, sa che è amore  
si accuccia docile, stringendo le spalle.

Anemone contesa dai venti  
al soffio tiepido del sole  
spalanca gli occhi:  
tremenda la fitta, la tortura  
di una primavera che è sempre  
due passi più in là.

## Bene incurabile

La sera di gelsomino si spande  
tenera e dolce, e piano  
il dolore si distende,  
diventa largo e calmo  
mareggia tra le colline,  
s'arrotonda docile.

Tiepida e azzurra l'aria  
scioglie il nodo, le nuvole  
alte – a torre – sorvegliano  
residui spazi di resistenza  
a un bene incurabile.

(poesia inedita)





**GRUPPO  
ATENA**

L'estate nel mondo contadino è il periodo dell'anno che, più di tutti, regala frutti e raccolti. È il momento in cui le continue trasformazioni della natura trovano conclusione, in cui i duri sforzi compiuti durante l'anno vengono ripagati. Non è una fine, perché chiunque abbia conosciuto la terra sa che il lavoro non si ferma e non permette pause: ma è il momento in cui possiamo fare il punto di ciò che si è dato e ciò che si è raccolto, un momento di soddisfazione ma anche di pianificazione.

Come nel mondo contadino dobbiamo continuare a coltivare e nutrire le nostre ambizioni e i nostri obiettivi. Questo periodo di riposo e riflessione è un'opportunità per ricaricare le batterie, valutare i successi raggiunti e pianificare le prossime mosse con rinnovato vigore. Auguro quindi a tutti voi un'esta-

te serena e rigenerante, piena di momenti di gioia e tranquillità. E quando tornerete alle vostre attività, spero che porterete con voi la stessa determinazione e passione che caratterizzano il lavoro dei contadini: siate pronti a seminare nuovi progetti e a raccogliere i frutti del vostro impegno.

Dott. Ferruccio Giovanetti





**GRUPPO**  
**ATENA**

**Gruppo Atena**

Via Salita Ponchielli, 14  
61013 Mercatino Conca (PU)

Tel. 0541 972194

[www.gruppoatena.it](http://www.gruppoatena.it)



gruppoatena



gruppo\_atena

10 euro

