

Giornale ufficiale del gruppo di ricerca  
"PHENOMENA RESEARCH GROUP"

# PHENOMENA JOURNAL

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

## COMITATO SCIENTIFICO

### AREA DELLA PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università degli studi di Napoli Federico II

MARIO BOTTONE Università degli studi di Napoli Federico II

PAOLO COTRUFO Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

DANIELA CANTONE Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

SANTO DI NUOVO Università degli studi di Catania

### AREA DELLE NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli Studi di Foggia

ALBERTO OLIVERIO Università degli Studi La Sapienza Roma

DAVIDE MAROCCO Università degli studi di Napoli Federico II

SILVIA DELL'ORCO Università degli studi di Napoli Federico II

PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

### AREA DELLA PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs

ELENA GIGANTE Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SiPGI

MARGHERITA SPAGNUOLO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia HCC Italy

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Responsabile:  
**Raffaele Sperandeo**

Supervisore Scientifico:  
**Valeria Cioffi**

Journal Manager:  
**Enrico Moretto**

Direttore Editoriale: **Stefano Martufi**

m@rpedizioni

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

VOL.1 N. 1 / GEN • GIU 2019

ISSN 2612-6796

## INDICE

<b>One Mental Shot Assessment Therapy – OMeSA</b> <i>Un modello d'intervento pluralistico integrato blended change per diagnosi e cambiamento terapeutico in una (sola) seduta</i> . . . . .	Pag. 1-16
<b>Attualità psicopatologica del perturbante</b> . . . . .	Pag. 17-24
<b>Comunicare la Malattia Renale Cronica</b> <i>L'Incertezza e la Speranza ovvero la Capacità di Adattamento</i> . . . . .	Pag. 25-36
<b>Psicopatologia e Psicoanalisi tra conoscenza, diagnosi e cura</b> . . . . .	Pag. 37-43
<b>Well-Being: a proposal research on Gestalt therapy efficacy</b> . . . . .	Pag. 44-53
<b>Multimedia technologies and negative effects in the communication of adult children reciprocity</b> . . . . .	Pag. 54-67
<b>L'utilità dello Zulliger Test nella valutazione del funzionamento psichico</b> . . . . .	Pag. 68-73
<b>DPA - Dimensional Personality Assessment</b> <i>An integrated approach according DSM - 5</i> . . . . .	Pag. 74-86
<b>Il suono della rabbia</b> <i>Una proposta di studio attraverso l'utilizzo della realtà virtuale per la rilevazione dei parametri vocali nell'esperienza della rabbia</i> . . . . .	Pag. 87-100
<b>Anatomia di una scelta irrazionale Verso una nuova ipotesi di studio sul decision making e il disfunction effect</b> . . . . .	Pag. 101-109
<b>La rêverie in Psicoanalisi e la Teoria del Sé in Gestalt: una comparazione tra modelli attraverso lo studio delle esperienze immaginative in psicoterapia</b> . . . . .	Pag. 110 - 117

## Interwave the complexity in the magazine pages

*Raffaele Sperandeo*

The need to found a magazine that brings together neuroscience, psychopathology and psychotherapy, stems from the awareness that these three apparently separate scientific fields have many areas of overlap and a continuous interchange. These three areas of science, in fact, have different emergent qualities of the same complex entity as their object of investigation; substantially they focus their efforts on the same object from different optics [1]. The human being in relation is the complex system to which we refer, in which intra-individual biological parts, relationships between individuals and cultural dimensions are articulated with each other. From the organized and systematic interaction between these elements, different realities emerge: the cerebral connectome, the dysfunctions of the self and the organization of the self, which are neuroscience, psychopathology and psychotherapy object of study [2]. Scholars of these three disciplines have not always been, and are not always aware, that the object of their investigation is a reality emerging from the complexity of the human being located in the world. For many decades scientific research in this area has been based on the idea of objectivity and of an universe made up of isolated objects, subjected to laws of linear causality [3]. For Morin this hyper-simplification has blinded us to the complexity of reality, producing a real pathology of reason. Since the beginning of the last century, has become increasingly important that natural phenomena don't have requirements that make them accessible to classical scientific methods. In the same way, the psychic experiences, experienced essentially in the first person, completely escape the possibility of being described with quantitative methods and in third person. However, the research programs of the psychic area, for almost the entire last century, have been oriented towards attempts to simplify the object of study. Some have refused to go deeper into the processes intrinsic to the mind, calling it "black box"; others have agreed to work with gross simplifications of the methods of measuring psychic experience. Fortunately, physical and biological research programs have addressed the issue of complexity and have produced consistent epistemological reflections and research methods with the natural phenomena study problem [4]. For more than a decade, artificial intelligence methods have burst into the area of mind sciences. Although the boundaries of computational psychology are not yet clearly defined, the study methods of complex systems have entered the mind sciences with artificial intelligence.

Undoubtedly the use of calculation tools, capable of approximating the essence of nature, makes us more daring in leaving the safe beaches of linear causality and venturing among the high waves of multidimensional spaces [5]. Drawing the intersection between neuroscience psychotherapy and psychopathology through the magazine, we embrace a systemic integrated vision into the study of the human being in its entirety. This vision interprets the pathology as a quality emerging from the complex interconnection of social and biological psychic dimensions and it can provide the basis for effective and humanized treatments. Among the pages of the magazine, it will be possible to go beyond the asphyxiating and suffocating contrast between mind, body and environment, overcoming the simplifications of scientific (and care) methods in psychiatry and psychotherapy, that we have witnessed for decades and to which we still witness today. Our expectation is that open dialogue, in the space shared between these three areas of science applied to the suffering man, creates a valid moment of integration of the complexity and, in the wake of Morin's thought, allows our readers and authors to develop a well head done rather than a full head [6].

1. Gabbard, G. O. (2006). *Mente, cervello e disturbi di personalità. Psicoterapia e Scienze Umane.*
2. Oliverio, A. (2016). *Il cervello e l'inconscio. Psicobiettivo.*
3. Shapiro, Y. (2018). *Dynamical systems therapy (DST): complex adaptive systems in psychiatry and psychotherapy.* In *Handbook of Research Methods in Complexity Science.* Edward Elgar Publishing.
4. Morin, E., Gembillo, G., & Anselmo, A. (2011). *La sfida della complessità.* Le Lettere.
5. Baranyi, P., Csapo, A., & Sallai, G. (2015). *CogInfoCom-Driven Research Areas.* In *Cognitive Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 57-71). Springer, Cham
6. E. Morin. (2004) *La testa ben fatta.* Erickson.

---

# Intrecciare la complessità nelle pagine della rivista

Raffaele Sperandeo

Il bisogno di fondare una rivista che mettesse insieme neuroscienze, psicopatologia e psicoterapia nasce dalla consapevolezza che questi tre ambiti scientifici, apparentemente separati, hanno molte aree di sovrapposizione e di interscambio continuo. Queste tre aree della scienza, infatti, hanno come oggetto di indagine differenti qualità emergenti della stessa entità complessa; in sostanza focalizzano i loro sforzi sul medesimo oggetto da ottiche differenti [1]. Il sistema complesso a cui facciamo riferimento, l'essere umano in relazione, vede articolarsi tra loro parti biologiche intra-individuali, relazioni tra individui e dimensioni culturali. Dall'interazione organizzata e sistematica tra questi elementi emergono differenti realtà: il connettoma cerebrale, le disfunzioni dell'io e l'organizzazione del sé, che sono oggetto di studio rispettivamente, delle neuroscienze, della psicopatologia e della psicoterapia [2]. Gli studiosi di queste tre discipline non sempre sono stati e non sono sempre consapevoli che l'oggetto della loro indagine è una realtà emergente dalla complessità dell'essere umano situato nel mondo. La ricerca scientifica in quest'ambito, per molti decenni si è fondata sull'idea di un'oggettività e di un universo costituito da oggetti isolati sottoposti a leggi di causalità lineare [3]. Per Morin questa iper-semplificazione ci ha reso ciechi davanti alla complessità del reale, producendo una vera e propria patologia della ragione. Fin dall'inizio del secolo scorso è diventata sempre più rilevante l'evidenza che i fatti di natura non presentano quei requisiti che li rendono accessibili ai metodi scientifici classici. Allo stesso modo le esperienze psichiche, vissute essenzialmente in prima persona, fuggono completamente alla possibilità di essere descritti con metodi quantitativi e in terza persona. Tuttavia, i programmi di ricerca di area psichica, per quasi tutto il secolo scorso, si sono orientati verso tentativi di semplificazione dell'oggetto di studio. Alcuni hanno rifiutato di approfondire i processi intrinseci alla mente definendola "scatola nera"; altri hanno accettato di operare con semplificazioni grossolane dei metodi di misura dell'esperienza psichica. Per fortuna i programmi di ricerca di area fisica e biologica hanno affrontato la questione della complessità e hanno prodotto riflessioni epistemologiche e metodi di ricerca coerenti con la problematica dello studio dei fenomeni naturali [4]. Da più di un decennio ormai i metodi dell'intelligenza artificiale hanno fatto irruzione nell'area delle scienze della mente. Anche se i confini delle psicologie computazionali non sono ancora chiaramente definiti, con l'intelligenza artificiale sono entrati nella scienze della mente i metodi di studio dei sistemi complessi. Indubbiamente l'utilizzo di strumenti di calcolo capaci di approssimare l'essenza della natura ci rende più arditi nel lasciare le spiagge sicure della causalità lineare e avventurarci tra le alte onde degli spazi multidimensionali [5]. Disegnando attraverso la rivista l'intersezione tra psicoterapia neuroscienze e psicopatologia si abbraccia una visione sistemica integrata allo studio dell'essere umano nella sua interezza. Questa visione interpreta la patologia come una qualità emergente dall'interconnessione complessa di dimensioni psichiche sociali e biologiche e può fornire la base a trattamenti efficaci ed umanizzati. Tra le pagine della rivista si potrà andare oltre l'asfittica e asfissiante contrapposizione tra mente, corpo e ambiente, superando le semplificazioni dei metodi scientifici (e di cura) ai quali per decenni abbiamo assistito e assistiamo in psichiatria e psicoterapia. La nostra aspettativa è che il dialogo aperto nello spazio condiviso tra queste tre aree della scienza applicata all'uomo sofferente, crei un valido momento di integrazione della complessità e sulla scia del pensiero di Morin permetta ai nostri lettori ed autori di sviluppare una testa ben fatta piuttosto che una testa ben piena [6].

1. Gabbard, G. O. (2006). *Mente, cervello e disturbi di personalità. Psicoterapia e Scienze Umane.*
2. Oliverio, A. (2016). *Il cervello e l'inconscio. Psicobiattivo.*
3. Shapiro, Y. (2018). Dynamical systems therapy (DST): complex adaptive systems in psychiatry and psychotherapy. In *Handbook of Research Methods in Complexity Science*. Edward Elgar Publishing.
4. Morin, E., Gembillo, G., & Anselmo, A. (2011). *La sfida della complessità. Le Lettere.*
5. Baranyi, P., Csapo, A., & Sallai, G. (2015). CogInfoCom-Driven Research Areas. In *Cognitive Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 57-71). Springer, Cham
6. E. Morin. (2004) *La testa ben fatta.* Erickson.

ARTICOLO

# OneMentalShotAssesmenTherapy - OMeSA

Enrichetta Spalletta<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ASPIC Ass. Ricerca Scientifica Applicata - ARSA e ASPIC per la Scuola

ABSTRACT

The work illustrates a phase of pilot testing for a new model of blended-change (in presence and distant change) therapeutic intervention, based on a single session in which the fundamental principles of the Single-Session Therapy by Talmon are integrated with those of the Therapeutic Assessment by Finn and his colleagues. The OneMentalShotAssesmenTherapy, in line with the rules of the evidence-based integrated methods, is born with the purpose of offering the best conditions for a therapeutic process in an intensive setting, monitored with a constant check on the results, and is an excellent occasion for the personalization of the treatments. The intervention, tested at the moment on 10 adults (of which eight contacted singularly and two as a couple), is based on the realization of a definite protocol, from the telephonic welcome to the follow-up, divided into five phases in accordance with the gestalt contact cycle, implemented in relation to the pluralistic integrated approach. The cooperative use of the test's results, of self-evaluation questionnaires, and of guided reflection tools, allows to activate and enhance the patient's resources and to consider them as experts, basing the alliance not only on the empathy toward suffering, but also on the trust in their potential.

**KEYWORDS**

**Single-Session Therapy, Therapeutic Assessment, tailor-made therapeutic intervention, motivational phone-listening, solution-focused approach, self-reflection for change, pluralistic techniques.**

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro illustra una fase di sperimentazione pilota di un modello d'intervento terapeutico "blended-change" (cambiamento in presenza e a distanza), basato su un unico incontro, in cui i principi fondamentali della Single-Session Therapy di Talmon, sono integrati con quelli del Therapeutic Assessment di Finn del suo gruppo di lavoro. L'OneMentalShotAssesmenTherapy, in linea con le regole dei metodi integrati evidence-based, nasce con l'intento di offrire le migliori condizioni di processo terapeutico in un setting intensivo, monitorato, con una costante verifica degli esiti, e costituisce un'ottima occasione per la personalizzazione dei trattamenti. L'intervento, sperimentato al momento con 10 adulti (di cui otto contattati singolarmente e due in coppia), si basa sulla realizzazione di un protocollo definito, dall'accoglienza telefonica al follow up, suddiviso in cinque fasi che seguono il ciclo di contatto gestaltico implementato secondo l'approccio pluralistico integrato.

L'uso collaborativo dei risultati di test, questionari di autovalutazione e di strumenti di riflessione guidata, consente di attivare e valorizzare le risorse del paziente e di considerarlo come esperto, fondando l'alleanza sull'empatia verso la sofferenza, e sulla fiducia nelle sue potenzialità.

**PAROLE CHIAVE**

**Single-Session Therapy, Therapeutic Assessment, intervento *tailor made*, ascolto telefonico motivante, approccio alla soluzione, autoriflessività per il cambiamento, tecniche pluralistiche.**



**Citation**

Spalletta E. (2019). OneMentalShotAssesmenTherapy - OMeSA  
Phenomena Journal, 1, 1-16.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.17>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Enrichetta Spalletta  
[enrispal@tin.it](mailto:enrispal@tin.it)

**Ricevuto:** 22 marzo 2019

**Accettato:** 04 maggio 2019

**Publicato:** 08 giugno 2019

## Introduzione

Gli effetti della progressiva complessità esistenziale si manifestano anche nell'incremento del disagio soggettivo e interpersonale. Diventa, così, sempre più importante e urgente, disporre di strumenti e modelli di intervento preventivo e di sostegno, che rispondano alla riduzione di tempo e disponibilità economiche. La ricerca in campo clinico ha evidenziato già da tempo l'efficacia di interventi terapeutici brevi, brevissimi e ottenuti anche in una sola seduta [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Ricerche meta-analitiche evidenziano che il processo di cambiamento efficace, tende ad attivarsi precocemente nell'arco delle prime 6-8 sedute [7, p.125; 8] e che la prima seduta è decisiva per l'adesione al lavoro terapeutico [9]. Sperimentare un intervento qualitativo, efficace, basato sulla ricerca, per raggiungere un numero sempre più ampio di persone che soffre di un qualche disagio emotivo - esistenziale, o di un disturbo mentale, diventa, dunque, un'urgenza e un'importante possibilità per quella parte di popolazione, che, spesso (dal 20 al 50%, in base ai contesti di appartenenza), non chiede aiuto nel corso della propria vita pur avendone bisogno [6].

La *OneMentalShotAssessmentTherapy* (OMeSA), propone un'integrazione creativa dei principi della *Single - Session Therapy* di Talmon [2, 10, 11, 3, 12, 6], con il *Therapeutic Assessment* di Finn e del suo gruppo di lavoro [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19], all'interno dell'**approccio pluralistico integrato** [20, 21, 22, 23] e in linea con le indicazioni di ricerca [24].

Si tratta di un intervento di matrice teorica pluralistica [25], condotto secondo la metodologia integrata [21, 26], volto a ottimizzare l'efficacia di un approccio umanistico alla diagnosi, rendendo questa stessa un momento terapeutico, ponendo, sia nell'intervista telefonica, sia nell'unica seduta in presenza, l'accento sulla soluzione del problema [27] e sull'Empowerment [28]. Una caratteristica distintiva della *OneMentalShotAssessmentTherapy* risiede nell'applicazione di una modalità **blended-change**: l'utente riceve diversi strumenti per lavorare su di sé "a distanza", in una forma di auto-aiuto guidato, fortemente radicato in un clima di fiducia motivante, che viene alimentato collaborativamente sin dall'inizio. Il terapeuta si pone come guida rispettosa ed efficace, ricca di esperienza e di strumenti messi al servizio del cambiamento. Pur non essendo la forma elettiva di trattamento per ogni paziente, è un'opzione utile come somministrazione unica (ma non irripetibile) per una fascia di persone con caratteristiche compatibili con il modello, come stimolo per avviare o velocizzare un cambiamento, oppure per sbloccare un'impasse terapeutica.

Il Progetto OMeSA si colloca nel panorama dei metodi di ricerca che integrano parametri qualitativi e quantitativi, pur considerando i limiti di una fase di sperimentazione iniziale condotta con un campione molto ristretto [24; 29; 30; 31; 32, pp.217-226; 33; 34].

## 1. Matrici di riferimento del modello teorico-metodologico fondativo di OMeSA ed evidenze di ricerca

La visione dello sviluppo umano adottata è di tipo bio-psico-sociale [35, 36, 37], valorizzando la complessità dell'individuo nei suoi contesti. L'impostazione operativa dell'intervento integra i principi della *Single Session Therapy* di Talmon [2, 10, 11, 3, 12, 6], con quelli del *Therapeutic Assessment* di Finn [13, 16, 17], applicandoli secondo un approccio pluralistico integrato [38, 21]. La **Single - Session Therapy** (SST), è stata ideata da Moshe Talmon tra la fine degli anni ottanta e quelli novanta del secolo scorso, dopo la constatazione che molti pazienti (dal 20 al 58%) svolgono un'unica seduta e che molti di loro (dal 58% fino all'80%), la ritengono proficua [39]. Nella SST il tempo che intercorre tra il primo contatto e il primo incontro viene impiegato in modo attivo, finalizzato, sistematico, di orientamento alla soluzione, coinvolgendo praticamente il paziente e creando le basi di una relazione sicura e motivante. Questo aspetto è stato enfatizzato e ampliato nell'OMeSA, dando vita a quello che abbiamo definito, parafrasando l'approccio al *blended-learning* [40], *blended-change*, per sottolineare un processo di cambiamento sostenuto attivamente in presenza e a distanza. Si lascia la porta aperta a trattamenti successivi. Nel follow-up si verifica l'efficacia della seduta.

Gli studi su efficacia ed efficienza della **Single Session Therapy** di Talmon procedono da circa 25 anni. Nello studio del 1990, condotto da Talmon, basato su interviste con 200 pazienti (in gran parte bambini e famiglie) con cui aveva avuto una sola seduta (non programmata), il 78% riferì di aver ottenuto quello che voleva dalla terapia e di sentirsi meglio.

Lo studio venne ripetuto da un ricercatore esterno e i risultati furono gli stessi [41, p.22]. Stesse conferme ha ricevuto lo studio del 1992, di Hoyt, Rosenbaum e Talmon [41, p.27]. Dallo studio che, nel 2008, coinvolse più di 100.000 pazienti (*counseling services*, Victoria, Australia), emerse che il 42% dei pazienti aveva scelto di ricevere una sola seduta, anche quando ne avrebbe potuto avere a disposizione un numero maggiore [42]. Lo studio del 2013, condotto in Australia, da Carey, Tai e Stiles [43], supporta l'efficacia e l'efficienza del *walk-in service*. Su 95 pazienti, 25 scelsero la seduta singola, anche quando avrebbero potuto riceverne di più. Dal punto di vista dei pazienti, dunque, una sola seduta è quello di cui hanno bisogno e si aspettano interventi più brevi di quanto non pensino i terapeuti. La SST risulta efficace nel ridurre lo stress e la gravità del problema, nelle difficoltà legate all'ansia e al sonno; incrementa la soddisfazione del cliente e permette di ridurre l'assunzione di farmaci; si dimostra efficace con famiglie e adolescenti, nell'abuso di sostanze e alcol e nel *career counseling* [6, pp. 493-506]. Ci sono notevoli evidenze dell'efficacia di questo approccio di intervento in contesti umanitari e di emergenza [5, 42, 44], con coppie, famiglie e giovani [45].

Il **Therapeutic Assessment**, elaborato da Finn con il suo gruppo di lavoro, al *Centre for Therapeutic Assessment* in Texas sin dagli anni novanta, ha l'obiettivo di facilitare, con un atteggiamento empatico e collaborativo, un cambiamento positivo del

cliente attraverso il processo di restituzione interpretativa di uno o più test, interventi attivi di orientamento, motivazione e cambiamento, sviluppando l'Empowerment, facilitando sin dall'inizio un atteggiamento positivo [13, 17, 46, 47] e attivando una riflessività trasformativa precoce [48].

L'intervento segue fasi progressive, parte da informazioni vicine alla visione di sé del paziente/cliente e procede verso una comprensione profonda in tempi brevi [14]. Un numero sempre crescente di studi conferma l'efficacia del *Therapeutic Assessment* [48] con clienti adulti [16, 49, 50], con famiglie con bambini [51], con famiglie con adolescenti [52] e nei confronti di problematiche che vanno da comportamenti autolesionistici [53], a sintomi internalizzanti [54], a sintomi esternalizzanti [52], all'attaccamento disorganizzato [55], al grave trauma evolutivo [56]. L'applicazione del *Therapeutic Assessment* sembra incidere sul livello di sofferenza globale e sintomatologica, e sul miglioramento dell'autostima [57]. La valutazione condotta secondo una modalità collaborativa sviluppa una maggiore alleanza sia nell'*assessment*, sia nel trattamento [58]. L'*assessment* terapeutico sembra, inoltre, funzionare come stimolo per utilizzare al meglio il trattamento successivo [13].

La meta-analisi di Poston e Hanson [59] condotta nel 2010, ha preso in considerazione 17 studi di *assessment* psicologico e intervento terapeutico, ha coinvolto 1.496 partecipanti, e ha evidenziato un effetto significativo (*effect-size.423*) sull'*assessment*, sul risultato e sul processo del trattamento.

**L'approccio pluralistico integrato** [23, 60, 61, 62, 63, 64], si fonda sul rispetto della complessità dell'esperienza umana e sulla responsività ai bisogni dei clienti. Considera le teorie come strumenti da utilizzare, piuttosto che come verità ultime. Fa leva sulle risorse culturali disponibili per il cliente [22]. Approcci differenti sono utilizzati in fasi differenti della terapia, per interventi personalizzati [21, 26, 65, 66]. Centrale importanza riveste il coinvolgimento collaborativo, il processo decisionale condiviso [67], il feedback costante che coinvolge paziente e terapeuta [38, pp.3-4; 68, pp.53-77], la considerazione del sistema di preferenze e attese del paziente [69, pp.61-81]. Le evidenze di ricerca indicano che, a queste condizioni, i pazienti ottengono risultati migliori e vanno meno in drop out (ibidem). Altre ricerche a supporto dell'approccio pluralistico integrato, evidenziano alcuni fattori che incidono sul coinvolgimento, sull'impegno, e sugli esiti: l'accordo tra terapeuta e paziente su obiettivi, finalità, risultati [70, pp. 62-67; 71, pp. 212-215]; una pratica improntata alla flessibilità e *tailor made* sulle necessità del paziente [24,72,73,74,75], e sulla richiesta del feedback [68;72;76, pp.283-309].

## 1. Ipotesi - guida della sperimentazione OMeSA

Le evidenze di ricerca appena considerate e le seguenti considerazioni hanno supportato l'ipotesi-guida dell'OMeSA:

– la consapevolezza di avere un tempo limitato, circoscritto a un unico incontro, focalizzato su una tematica definita in modo condiviso, instilla un forte senso di collaborazione e alleanza motivante [77], e facilita il processo evolutivo lungo gli stadi

di cambiamento [78];

– l’attivazione e la valorizzazione delle risorse, la ricerca dell’eccezione sin dalle prime fasi della psicoterapia [27], implicano un’alleanza fondata non soltanto sull’empatia verso la sofferenza, ma anche sulla fiducia nelle potenzialità del cliente [79,80];

– l’uso dei risultati testologici in senso diagnostico-terapeutico rafforza l’alleanza [58].

Su queste basi abbiamo costruito un intervento definito per passi progressivi, dall’accoglienza al follow-up, con una sola seduta in presenza, preceduta e seguita da contatti telefonici o via Skype, e con il supporto di materiali stimolo per il *blended-change*, con la finalità di offrire un aiuto personalizzato a una gamma varia di utenti: da chi ha una buona disposizione e curiosità verso un intervento singolo a chi ha avuto delusioni o interruzioni terapeutiche o anche pregiudizi verso i trattamenti clinici classici.

## 2. Descrizione e implementazione del progetto pilota OMeSA

L’intervento è suddiviso in cinque fasi (Fig. 1), che seguono il ciclo del contatto gestaltico [81] e che sono implementate attraverso le risorse dell’approccio pluralistico integrato, con una varietà di strategie e tecniche elettive, selezionate per la compatibilità ottimale con il paziente [21, 38]. Gli psicoterapeuti coinvolti in questa fase sperimentale sono al momento tre, di orientamento pluralistico integrato, di lunga esperienza. Si tratta di professionisti dell’ASPIC - Associazione Ricerca Scientifica Applicata - ARSA.

Fig.1 One Mental Shot AssessmentTherapy (OMeSA) Sintesi del protocollo di intervento [82]

CICLO DEL CONTATTO	CINQUE FASI	MODALITÀ	STRUMENTI
PRE-CONTATTO (a distanza)	PRIMA FASE	Contatto telefonico o via e-mail dell’utente	A) Informazione sulla possibilità di accedere al protocollo OMeSA B) breve colloquio telefonico (max 10’) per la valutazione iniziale della motivazione al cambiamento e della compatibilità della terapia OMeSA con la persona e la sua richiesta; se si stabilisce appuntamento per intervista telefonica.
AVVIO-CONTATTO (a distanza)	SECONDA FASE	Screening, analisi della domanda e raccolta anamnestica	Ascolto telefonico motivante e intervista semi-strutturata in tre parti per breve anamnesi, accoglienza e analisi della persona e della sua domanda, definizione del problema, sostegno alle risorse, individuazione di scenari alternativi, individuazione del focus/problema specifico, assegnazione compiti preseduta; spiegazione dei passi successivi (40-50’).
	TERZA FASE	INVIO Test e materiali di auto-monitoraggio/auto-riflessione per la compilazione e la successiva analisi	Test scelti sulla base dei passi precedenti e seconda valutazione dell’appropriatezza della tecnica allo specifico soggetto, in base ai risultati emersi.

<p>CONTATTO PIENO (in presenza)</p>	<p>QUARTA FASE</p>	<p>IN PRESENZA SEDUTA <i>ONE MENTAL SHOT</i> (Da 1,30 a 3 ore)</p>	<p>1. ACCOGLIENZA: Definizione e condivisione degli obiettivi. 2. RESTITUZIONE: alleanza diagnostica e feedback terapeutico (lavoro su item critici specifici). 3. INTERVENTO CLINICO: tecniche e strategie pluralistiche integrate, selezionate sulla base dei dati raccolti in precedenza. 4. CONCLUSIONE: feedback conclusivo, su cosa è stato utile, si riprende l'obiettivo su cui si è lavorato, si individuano situazioni in cui il cambiamento può essere attuato nella vita; immedesimazione gestaltica nel nuovo scenario; lavoro sul mantenimento del cambiamento.</p>
<p>POST-CONTATTO (a distanza)</p>	<p>QUINTA FASE</p>	<p>Una prima telefonata/contatto via skype di <i>follow-up</i> dopo 1 mese, e dopo 4 mesi dalla seduta in presenza (durata 20')</p>	<p>Valutazione dei risultati attraverso la compilazione di una scheda di automonitoraggio, soddisfazione del risultato ed eventuali cambiamenti ulteriori avviati dalla persona (a mezzo intervista telefonica o via Skype).</p>

In questa prima fase, ancora in corso, sono stati coinvolti 10 soggetti di età compresa tra i 23 e i 54 anni, cinque uomini e cinque donne.

2.1 Criteri preferenziali di inclusione e strumenti utilizzati

Nel primo, breve, contatto telefonico viene utilizzato un format apposito, che, attraverso domande esplicite, permette di fare uno screening iniziale per l'accesso all'OMeSA, o di invio ad altro percorso. Se emerge che la persona non richiede esplicitamente un percorso specifico diverso da OMeSA ed è, anzi, interessata a conoscerlo, non è in una situazione di emergenza altamente critica (es.: comportamenti suicidari in corso) e mostra, invece, una buona disposizione a usufruire della proposta di cambiamento, si procede con l'appuntamento telefonico per l'intervista semi-strutturata, da cui emergerà in modo più chiaro, anche se non definitivo, l'idoneità all'OMeSA.

I **criteri preferenziali** per l'**inclusione** nell'OMeSA, che emergono dall'intervista semi-strutturata e dai risultati dei materiali inviati (test, questionari e schede di automonitoraggio), sono:

- una buona **consapevolezza** della propria problematica, rilevata attraverso le caratteristiche dell'eloquio, il rispetto delle regole narrative di chiarezza, coerenza, sintesi e rilevanza nella presentazione di sé, del problema e dell'obiettivo di cambiamento desiderato (il risultato di ogni voce viene indicato con: +; -; +/- e l'inclusione avviene se almeno due voci ricevono un punteggio di +/-, o +). Nella valutazione del livello di consapevolezza, vengono considerati anche i risultati delle schede di automonitoraggio e autoriflessione inviati dopo l'intervista.

- Il livello di **motivazione** a partecipare attivamente alla propria evoluzione, con convinzione, fiducia nel cambiamento e disponibilità a metterlo in pratica [82, 84], deve risultare medio - alto. La motivazione viene rilevata, nell'intervista telefonica, attraverso la proposta di un format di domande sui fattori cruciali della motivazione valutati su una scala da 1 a 10: convinzione (importanza del problema), fiducia (possesso e padronanza di strumenti), disponibilità (il momento è "adesso"). Quando tre indici su tre sono uguali o superiori a 6, la motivazione si ritiene elevata; con due indici su tre la motivazione è medio - alta (in base alle caratteristiche modali del racconto); quando un solo indice è uguale o superiore a 6, la motivazione è medio - bassa. Viene, inoltre, utilizzato anche il punteggio rilevato con il questionario *Stage of Change Scale* – SCS (Tingey, Burlingame, Lambert, & Barlow, 1989) [85], inviato dopo l'intervista e compilato a distanza, che consente di evidenziare in quale stadio di consapevolezza e motivazione al cambiamento la persona si trovi, in relazione al tema presentato e quanto sia pronta a procedere nelle diverse fasi. Il modello teorico di riferimento è quello transteorico degli stadi progressivi di cambiamento, elaborato da Prochaska, Norcross e Di Clemente [78], che vede procedere il cambiamento dall'assenza di motivazione e consapevolezza della Pre-contemplazione, alla consapevolezza e alla scelta decisionale della Contemplazione, alla progettazione del cambiamento nella fase di Preparazione all'azione, alla sperimentazione del cambiamento nella fase dell'Azione, fino al consolidamento dei risultati nella fase del Mantenimento. Per essere inclusa in OMeSA, la persona deve essere almeno in fase di Contemplazione.

- **Aspettative** realistiche rispetto ai risultati (domande incluse nell'intervista); un basso o moderato livello di reattanza, verbale e comportamentale, rilevato attraverso domande specifiche e i risultati della Scala della reattanza [86], che indicano se è bassa: <46, media: 59-83, o alta >83 [87].

- Il desiderio, esplicitato verbalmente nell'intervista semi-strutturata, di utilizzare una terapia circoscritta nel tempo costituisce un altro criterio di inclusione.

- L'**assenza** sostanziale di patologie con **compromissioni gravi** del funzionamento globale della personalità, è stata rilevata, al momento, inserendo nell'intervista alcune domande sulla relativa scala, presente nel DSM-5 [88]. L'inclusione è possibile con un grado di compromissione compreso tra zero (nessuna o poca compromissione) e 2 (moderata compromissione). Successivamente verrà utilizzato il DPA – Dimensional Personality Assessment [89], un questionario basato sulla valutazione dimensionale delle scale dell'identità, dell'auto-direzionalità, dell'empatia e dell'intimità, indicate nel DSM-5, per la valutazione del funzionamento della personalità.

- La presenza di un **Io** sufficientemente **strutturato** (rilevato attraverso la sezione anamnestica e di analisi della domanda, comprese nell'intervista e attraverso i risultati testologici (MMPI-2, sottoscala forza dell'IO; MILLON III).

Anche quando sia riscontrata una limitata convinzione e fiducia nel cambiamento, o una condizione di difficoltà più profonda, ci può essere comunque un'inclusione in OMeSA, utilizzando gli stimoli offerti, per raggiungere l'obiettivo di definire un

tema rilevante. Fare chiarezza e imparare a procedere nella definizione chiara e realistica degli obiettivi è, in alcuni casi, un cambiamento essenziale nella propria esistenza [82, pp. 152-154].

## 2.2 *L'intervista telefonica*

Nella fase dell'intervista telefonica semi-strutturata, la persona è chiamata ad attivarsi e partecipare alla co-costruzione di informazioni significative che contengono già i semi del cambiamento.

**L'ascolto telefonico motivante** è un elemento cruciale per la riuscita dell'OMeSA: le prime battute che si scambiano al telefono possono fare la differenza tra una buona connessione e un'interruzione precoce del contatto. Viene avviata tempestivamente una comunicazione personalizzata, cogliendo i segnali paraverbali, i predicati preferiti con cui la persona esprime i suoi contenuti, l'intensità e il tono emotivo dell'eloquio [90, 91, 92]. Ci si focalizza sull'attivazione del sistema dell'ingaggio sociale, puntando soprattutto sulla tonalità della voce per favorire un *arousal* ottimale [93, 94], stimolando fiducia ed empatia.

L'intervista comprende tre sezioni: la prima permette di raccogliere informazioni anamnestiche e su eventuali psicoterapie pregresse. La seconda parte è focalizzata sulla definizione del problema e include gli aspetti motivazionali, la descrizione di uno scenario desiderato e si conclude con la definizione di un obiettivo specifico su cui la persona vorrebbe focalizzare l'attenzione nella seduta in presenza.

La terza e ultima parte dell'intervista include: le indicazioni conclusive relative ai test e ai materiali che verranno inviati, e la definizione di un compito (condiviso) da svolgere nel tempo che intercorrerà tra l'intervista e la seduta. Prima del saluto viene ribadito l'obiettivo individuato, chiedendone conferma alla persona e si garantisce la disponibilità a essere contattati in caso di difficoltà rispetto alle consegne.

## 2.3 *Questionari e test utilizzati*

I test utilizzati sono selezionati nella prima fase, in base alla compatibilità con il paziente e la sua richiesta, e accuratamente presentati nelle caratteristiche e nelle finalità per cui vengono proposti, ribadendo che si resta aperti ad annotazioni circa eventuali difficoltà riscontrate e ai contributi interpretativi che la persona vorrà dare.

I diversi materiali vengono inviati in formato digitale, compilati a distanza (la persona può scegliere se stampare su carta o procedere direttamente sul formato inviato), rispediti via e-mail e vengono poi discussi in presenza.

Aspetti nomotetici e risvolti idiosincratici dei dati che emergono dai test standardizzati, vengono integrati, per permettere al clinico di basarsi su riscontri validi circa il funzionamento della persona o del sistema, al tempo stesso sono organizzati in base alle narrative soggettive [46, 20].

Alcuni tra i test e i questionari impiegati (o, come il DPA, da impiegare appena sarà disponibile):

- *MMPI-2* [95, 96]: test di personalità che propone una descrizione potente, discri-

minante rispetto a organizzazioni di personalità nevrotiche, psicotiche, borderline; ne preferiamo la somministrazione quando la persona non appare pienamente consapevole della rappresentazione di sé e abbiamo bisogno di una descrizione oggettiva, o anche di utilizzare le informazioni di specifiche sotto-scale. Viene utilizzata la versione computerizzata.

- *MCMI-III* [97]: fornisce informazioni molto dettagliate sullo stile di personalità, oltre che sulla patologia; preferiamo utilizzarlo quando la persona si mostra consapevole della propria auto rappresentazione e della propria condizione, con un racconto di sé ricco e che scende nei dettagli, anche sulle modalità di rapporto con gli altri.

- *Dimensional Personality Assessment – DPA* [89], da impiegare, appena sarà disponibile, sia in fase iniziale, sia come strumento di verifica finale. Il test permette di evidenziare il livello di funzionamento della personalità e verrà proposto per questo obiettivo.

- *Attachment Style Questionnaire – ASQ* [98]: permette di rilevare, quali fattori cruciali nelle relazioni di attaccamento, la fiducia, il disagio per l'intimità, la secondarietà delle relazioni, il bisogno di approvazione e la preoccupazione per le relazioni. Il questionario viene proposto quando l'ambito relazionale risulti rilevante per la persona.

- *Scala delle Preferenze* [99]: utilizzata per evidenziare il grado di preferenza del paziente, per un approccio terapeutico direttivo, supportivo, sfidante o caloroso, al fine di sviluppare interventi compatibili.

- *Stage of Change Scale* (Tingey, Burlingame, Lambert, & Barlow, 1989) [85] e la *Scala della Reattanza* [86] sono stati precedentemente illustrati.

- *OQ45–Outcome Questionnaire* [100]: valuta lo stato iniziale, in itinere e finale delle difficoltà della persona rispetto ai sintomi (livello di distress), alle relazioni interpersonali e al ruolo sociale. Viene inviato e compilato a distanza, nella fase iniziale e nei follow-up.

Altri strumenti e tecniche utilizzati: format, costruiti ad hoc, per l'intervista e per il primo e secondo follow-up; questionari e diari di automonitoraggio; schede di autoriflessione; strumenti e tecniche espressive; tecniche di respirazione e di mindfulness; fototerapia; metafore; creazione di immagini visive riparative; tecniche gestaltiche; tecniche di intervento per l'*iperarousal* e per l'*ipoarousal*.

Il progetto OMeSA è illustrato nel quadro sinottico della figura di seguito proposta (Fig. 2).

### 3. Quale psicoterapeuta per l'intervento OMeSA?

In questo quadro di riferimento il terapeuta ha bisogno di sviluppare flessibilità mentale e operativa, maturare esperienza (almeno decennale), fare formazione e supervisione.

L'intervento OMeSA, richiede, inoltre, la padronanza di una vasta gamma di tecniche e un'alta familiarità con gli strumenti utilizzati. E ancora: capacità intuitiva, forza

motivazionale, flessibilità, creatività e una mente incarnata consapevole [101]. L'esercizio di uno stile di pensiero non lineare, consente di vedere e comprendere i pattern caratteristici dei clienti, di anticipare, immaginare, pensare un modo di osservare e di comportarsi, nuovo, alternativo e di saperlo comunicare alla persona [102, 103]. Acquisire l'assetto mentale "*Less is (often) More!*", fare il meglio nel minor tempo è possibile solo se il terapeuta crede nella possibilità di un cambiamento significativo in un unico incontro in presenza e, soprattutto, si fida delle risorse del cliente. I terapeuti esperti ed efficaci, attraverso il loro modo di essere e di fare, riescono a individuare e valorizzare il contributo unico che il cliente può apportare all'esito della psicoterapia [79]. Le risorse del cliente sono convogliate alla causa del cambiamento, riconoscendo che la persona è il motore stesso della trasformazione [66].

Fig. 2 Quadro sinottico progetto pilota sperimentale OMeSA, condotto nell'arco di sei mesi con 10 pazienti adulti (5 uomini, 5 donne; età 23-54 anni).

Paz.	M/F	età	Tempo intervista	Valutazione Idoneità	Problema Identificativo/ Obiettivo focalizzato	Compito concordato	Test, questionari	Tempo seduta	OMeSA Feedback	Follow up 1 20'-30'	Follow up 2 20'-30'
1 C.P.	M	35	40'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza bassa	Prendere decisioni (deficit locus of control interno)	Diario di automonitoraggio piacere/di-spiacere	MCMI-III; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambiamento mantenuto nuovi obiettivi	Cambiamento stabile
2 F.A.	M	25	45'	Consapevolezza +- Autonarrativa +- Motivazione C Reattanza media	Preoccupazione, autocritica, colpa (deficit autostima)	Individuare e registrare visioni alternative	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	100'	Applicato modello Cambiamento sperimentato	Cambiamento ri-stabilizzato (lapse)	Da svolgere
3 M.T.*	M	41	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione P/C Reattanza media	Deficit relazionale/ Ricreare una rete Autoefficacia rel.	Diario scambi positivi	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambiamento mantenuto	Cambiamento stabile nuovi obiettivi
4 M.P.	M	50	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione P/C Reattanza medio/bassa	Conflittualità relazionale Esprimere sentimenti (assertività)	Scelta di azioni auto-determinate	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello; Cambiamento sperimentato	Cambiamento ri-stabilizzato (lapse)	Cambiamento stabile nuovi obiettivi
5 S.S.**	M	47	45'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza media	Carenza spazi personali e cura di sé	Diario auto-riflessione	MCMI -III ; SCS Ques. Coppia Preferenze (Norcross, 2016)	//////	//////	//////	//////
6 G.C.	F	38	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza bassa	Ridefinizione confini (autostima)	Diario emotivo, "bacheca autostima)	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	100'	Applicato modello; Cambiamento sperimentato	Cambiamento stabile nuovi obiettivi	Da svolgere
7 I.G.	F	23	45'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza media	Recupero autonomia quotidiana	Diario, hobbies	MMPI 2; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	90'	Applicato modello Cambiamento avviato	Cambiamento ri-stabilizzato (lapse)	Cambiamento stabile
8 R.S.	F	34	40'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza bassa	Confini, svincolo	Agenda, diario, azioni auto-determinate, tempo per sé	MCMI-III; ASQ; Preferenze (Norcross, 2016)	120'	Applicato modello Cambiamento sperimentato	Cambiamento stabile	Cambiamento stabile nuovi obiettivi
9 B.S.	F	54	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione PA Reattanza medio/bassa	(Bassa autostima/ autoefficacia) Fronteggiare pensiero spaventante	Diario coping efficace e pensieri disfunzionali	MMPI 2 v.r.; SCL 90 R; SCS Preferenze (Norcross, 2016)	120'	Applicato modello Cambiamento sperimentato	Cambiamento stabile nuovi obiettivi	Cambiamento stabile
10 M.L.**	F	50	50'	Consapevolezza + Autonarrativa + Motivazione C Reattanza media	Ricorsività conflittuale; uso messaggio-IO	Diario	MCMI -III; SCS ASQ; Preferenze (Norcross, 2016) Qu. coppia	//////	//////	//////	//////

\* Il pz 3 M.T., dopo un mese dal secondo follow-up ha richiesto l'inserimento in un gruppo terapeutico, per approfondimento esperienziale

\*\* Il pz. 5 e la pz.10 sono partner di coppia in crisi, che dopo la telefonata e la ricezione dei materiali su cui lavorare in vista della seduta, si sono orientati direttamente verso un percorso di sostegno terapeutico.

#### 4. Conclusioni: risorse, limiti e sviluppi futuri

Questo primo step pilota ci lascia pensare che si possa proseguire il lavoro, ampliando il gruppo, diversificandone la composizione e sviluppando ulteriori proposte personalizzate.

Gli esiti dei follow-up hanno consentito di evidenziare che, per tutte le persone coinvolte, c'è stato un cambiamento (Tab.1). L'OMeSA ha consentito di avvicinarsi al setting terapeutico, a persone che avevano rinunciato a farlo, determinate a fare da sole, oppure a chi non aveva il tempo per appuntamenti regolari.

Tab. 1 **Esiti dei follow-up** per contatto telefonico o via Skype

IL CAMBIAMENTO	Follow-up 1	Follow-up 2
<b>Cambiamento stabile</b>	<b>5 pz. / 8</b>	<b>6 pz. / 8 (due ancora da svolgere)</b>
<b>Cambiamento ristabilizzato dopo un lapse</b>	<b>3 pz. / 8</b>	<b>nessuno</b>
<b>Nuovi obiettivi</b>	<b>2 pz. / 8</b>	<b>3 pz. / 8</b>

La sensazione di avere un tempo limitato a un incontro, ha spinto le persone a investire intensamente e velocemente sul cambiamento e a ottenere, così, buoni risultati, con un impegno quantitativamente limitato, seppure incisivo.

Non solo chi è fortemente motivato e competente può usufruire dell'OMeSA. L'autonomia caratterizzante l'intervento, con impatto sull'autoefficacia, è ben accolta sia da chi non ama dipendere e preferisce l'autosufficienza, sia da chi, invece, utilizza questi strumenti come attestazione di attenzione e riconoscimento di competenze.

Tutto questo potrebbe avere un ottimo impiego nei servizi pubblici, in cui potrebbe aiutare anche a ridurre, in alcuni casi, le liste di attesa. E può essere esteso ai servizi *walk in*, ampliando la raggiungibilità dei servizi (pubblici) per la popolazione.

OMeSA è stato ben accettato dalle persone coinvolte, questo può costituire un motivo ulteriore per personalizzare l'intervento e costituire anche l'eventuale apertura di un percorso della durata più adatta alla persona.

Le possibilità offerte dall'ampia gamma di strumenti utilizzati per il *blended-change* e la durata della seduta (da un'ora e mezza fino a tre ore), permette di attraversare tematiche rilevanti in modo approfondito e con opportunità riparative. L'intervento OMeSA che va in profondità, prevede una seduta in presenza della durata di tre ore.

Tra i limiti evidenziabili:

- per la padronanza clinica e diagnostica richieste, l'OMeSA può essere applicata solo da terapeuti esperti e appositamente formati, quindi non è consigliabile a qualunque livello di esperienza professionale;

- non tutte le persone hanno facilità a parlare al telefono o via Skype di questioni personali, e questo potrebbe limitare l'efficacia dell'intervento;
- essendo compilati a distanza, i risultati dei diversi strumenti e test utilizzati, potrebbero non essere sempre totalmente attendibili (ma va tenuto conto dell'uso clinico, aperto al confronto diretto degli stessi);
- il lavoro in presenza richiede una grossa mole di lavoro prima e dopo la seduta in presenza, definita "*Hot shot*", il che può incidere sui costi (soprattutto per i test che non sono elaborati online);
- il fatto di disporre di un tempo limitato a un incontro in presenza può costituire anche un fattore di demotivazione a processo avviato e questo, quindi, richiede un'attenta selezione per l'inclusione, implica un certo margine di rischio di abbandono del progetto anche in corso (per questo bisogna disporre di interventi alternativi, che possano evitare un drop out).

Tra gli sviluppi futuri: una sezione speciale dell'OMeSA vorrebbe vedere coinvolti i terapeuti in una seduta singola, effettuata da un collega su un proprio paziente, con la valenza di supervisione, nel momento in cui si verifici un'impasse, si paventi una conclusione prematura o si valuti un cambiamento di percorso. Si tratta di un procedimento molto delicato, che prevediamo vada inserito nel setting, come un'opportunità speciale, sin dall'inizio del lavoro terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Budman, S.H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York, NY: Guilford Press.
2. Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy. Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Goleman, D. (1991). Therapists say a Single Session may be enough. *The New York Times Health*. May, 2.
4. Hoyt, M.F., & Friedman, S., (Eds) (1992). *The First Session in Brief Therapy* (pp. 59-86). New York, NY: Guilford Press.
5. Paul, K.E., & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, (11), 8-23.
6. Hoyt, M.F., & Talmon, M. (Eds.) (2014). *Capturing the moment. Single Session Therapy and walk-in services*. Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.
7. Lambert, M., & Archer, A. (2006). I risultati della ricerca sugli effetti della psicoterapia e le loro conseguenze per la pratica clinica. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin, & R.J. Sternberg, *Psicoterapia a prova di evidenza* (pp.115-134). Roma: Sovera.
8. Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2012), Relazioni terapeutiche a prova di evidenza. In J.C. Norcross (Ed.). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona... Ricerche Scientifiche a prova di evidenza*, vol. 1, pp.13-37. Roma: Sovera.
9. Taibbi, R. (2016). *The art of the first session*. New York: W.W. Norton & Company.
10. Talmon, M. (1993). *Single-Session Solutions. A Guide to Practical, Effective, and Affordable Therapy*. Boston, MA: Addison-Wesley.
11. Talmon, M. (2014). When less is more: lessons from 25 years of attempting to maximize the effect of each (and often only) therapeutic encounter. In: Hoyt, M.F., & Talmon, M. (Eds.), *Capturing the moment. Single Session Therapy and Walk-In Services* (pp.27-40). Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.

12. Hoyt, M. F., Rosenbaum, R. L., & Talmon, M. (1992). Planned single-session psychotherapy. In S.H. Budman, & A.S. Gurman (Eds.) (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York, NY: Guilford Press.
13. Krishnamurthy, R., Finn, S.E., Aschieri F. (2016), Therapeutic Assessment in Clinical and Counseling Psychology Practice. In K. Updesch, *The Wiley Handbook of Personality Assessment*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
14. Finn, S.E., Fischer, C.T., & Handler, L. (Eds) (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide*, Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
15. Finn, S.E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti: teoria e tecniche dell'Assessment Terapeutico*. Firenze: Organizzazioni Speciali Giunti O.S.
16. Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278-287.
17. Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (2002). How Therapeutic Assessment Became Humanistic, *The Humanistic Psychologist*, 30.
18. Fischer, C. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
19. Fischer C. (2002), Introduction: Special issue on humanistic approaches to psychological assessment. *The Humanistic Psychologist*, 30, 3-9.
20. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo A. (2006). *Psicodiagnosi integrata*. Roma: Sovera.
21. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate*. Milano: Masson.
22. McLeod, J., & Sundet, R. (2016). Integrative and eclectic approaches and pluralism. In Cooper, M., Dryden, W. (Eds.), *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*, pp.158-169. London, UK: Sage.
23. McLeod, J. (2018). *Pluralistic Therapy. Distinctive Features*. Abingdon, GB: Routledge.
24. Norcross, J.C., Hogan, T.P., Koocher G.P. & Maggio, L. (2017). *Clinician's guide to evidence-based practices. Behavioral health and addictions*. New York, NY: Oxford University press.
25. Cooper, M., & Dryden, W. (2016). *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.
26. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.
27. Littrell, J.M. (1998). *Il counseling breve in azione*. Roma: Sovera.
28. Francescato, D., & Tomai, M. (1999). Il ruolo dell'empowerment nella promozione della salute e del benessere. *Psicologia della Salute* 2, 58-63. Milano: FrancoAngeli.
29. De Isabella, G., Bettinardi, O. (2017), *Psicoterapia e valutazione di efficacia*. Trento: Erickson.
30. Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2017), *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica*. Roma: Sovera.
31. Lazzari, D. (2013). *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*. Milano: Tecniche nuove.
32. Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2012). Relazioni terapeutiche basate sull'evidenza: conclusioni sulla ricerca e pratica clinica. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione psicoterapeutica funziona...* *Ricerche Scientifiche a prova di evidenza*, vol. 1, pp.217-226. Roma: Sovera.
33. Heppner, P., Wampold, B., & Dennis, M. (2008), *Research design in Counseling* (3rd ed.), Thomson Higher Education, Belmont, CA.
34. Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: R. Cortina.
35. Frankel, R.M., Quill T.E., & McDaniel, S.H. (2003). *The biopsychosocial approach: past, present, and future*. Rochester: Boydell & Brewer.
36. Cigoli, V., Mariotti, M. (2002). *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*. Milano: FrancoAngeli.
37. Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
38. Cooper, M., Dryden, W. (2016). *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.

39. Bloom, B.L. (1981). Focuses single-session therapy: initial development and evaluation. In: Budman, S. H. (Ed.), *Forms of brief therapy*, New York: Guilford Press.
40. Hamilton, J., & Tee, S.W. (2013). Blended teaching and learning: a two-way system approach. *Higher Education Research and development*, 32(5), 748-764.
41. Talmon, M. (1996). *Psicoterapia a seduta singola*. Trento: Erickson.
42. Weir, S., Wills, M., Young, J., & Perlesz, A. (2008). *The implementation of Single Session Work in community health*, Centre Brunswick, Australia: The Bouverie. La Trobe University.
43. Carey, T.A., Tai, S. j., & Stiles, W.B. (2013). Effective and efficient: using patient-led appointment scheduling in routine mental health practice in remote Australia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 405-414.
44. Allen, M. H. (2008). *Emergency Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
45. Cannistrà, F. (2017). *Terapia a seduta singola. Un'introduzione a principi e pratiche*. E-book.
46. Aschieri, F. (2012). Epistemological and ethical challenges in standardized testing and collaborative assessment. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 350-368.
47. Levak, R.W., Siegel, L. & Nichols, D. (2011). *Therapeutic feedback with the MMPI-2*. New York, NY: Routledge.
48. Aschieri, F., Crisi, A., & Bevilacqua, P. (2013). *L'AssessmentTerapeutico*. E-book, ed. Hogrefe.
49. Newman, M.L., & Greenway, P. (1997). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service. *Psychological Assessment*, 9, 122-131.
50. Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R., & Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.
51. Tharinger, D.J., Finn, S.E., Gentry, L., Hamilton, A.M., Fowler, J.L., Matson, M., Krumholz, L., & Walkowiak, J. (2009). Therapeutic assessment with children: A pilot study of treatment acceptability and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 91, 238-244.
52. Smith, J.D., Handler L., & Nash, M.R. (2010), Therapeutic assessment for preadolescent boys with oppositional-defiant disorder: a replicated single-case time-series design. *Psychological Assessment*, 22, 593-602.
53. Ougrin, D., Ng, A.V., & Low, J. (2008). Therapeutic assessment based on cognitive-analytic therapy for young people presenting with self-harm: Pilot study. *Psychiatric Bulletin*, 32, 423-42.
54. Aschieri F., & Smith, J.D. (2012). The effectiveness of an adult Therapeutic Assessment: a single case time-series experiment. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 1-11.
55. Smith, J.D., & George, C. (2012), TherapeuticAssessment case study: Treatment of a woman diagnosed with metastaticcancer and attachment trauma. *Journal of PersonalityAssessment*, 94 (4), 331-344.
56. Tarocchi, A., Aschieri, F., Fantini, F., & Smith, J.D. (2013). Therapeutic Assessment of Complex Trauma: A Single-Case Time-Series Study, *Clinical Case Studies*.
57. Denner, S., & Reeves, S. (1997). Single session assessment and therapy for new rererrals to CMHTS. *Journal of Mental Health*,6(3), 275-279. In M.F. Hoyt, & M. Talmon (Eds.). *Capturing the moment. Single Session Therapy and walk-in services* (p.498). Carmarthen, UK: Crown House Publishing Company.
58. Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
59. Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *PsychologicalAssessment*, 22(2), 203-212.
60. Frazer, S.J. (2018). *Unifying effective Psychotherapies. Tracing the process of change*. Washington, DC: American PsychologicalAssociation.
61. McLeod, J., Cooper, M., & Dryden, W. (2014). Pluralistic Therapy. In: Dryden, W., & Reeves,A. (Eds), *Handbook of Individually Therapy* (6th ed., pp. 547-573). London,UK: Sage.
62. McLeod, J., & Cooper, M. (2015). Pluralistic counselling and psychotherapy. In: S. Palmer (Ed). *The beginner's guide to counselling and psychotherapy* (2nd ed., pp.322-332. London, UK: Sage.
63. Dryden, W. (2012). Pluralism in counselling and psychotherapy: personal reflections on an im-

- portant development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(1), 103-111.
64. Ross, A. (2012). The new pluralism – a paradigm of pluralism. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(1), 113-119.
65. Beitman, B.D., & Manning, J. (2010). Teoria e pratica dell'integrazione delle psicoterapie, in: G. Gabbard (Ed.), *Le Psicoterapie*. Milano: R.Cortina.
66. Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: the neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change*, (2nd ed. pp. 83–111). Washington, DC: American Psychological Association.
67. Joosten, E.A., DeFuenntes-Merillas, L., De Weert, G., Sensky, T., Van Der Staak, C., & de Jong, C.A. (2008). Sitematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
68. Maeschalck, C.L., & Barfknecht, L.R. (2017). Using client feedback to inform treatment. In D., Prescott, C., Maeschalck, & S., Miller (Eds), *Feedback-Informed Treatment* (pp.53-77). Washington, DC: APA.
69. Swift J.K., Callahan, J.L., & Vollmer, B.M. (2012). Preferenze. In J.C. Norcross (Eds.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*, pp.61-81. Roma: Sovera.
70. Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckinger, C., & Symonds D. (2012). L'alleanza nella psicoterapia individuale. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza vol.1*, pp. 41-96. Roma: Sovera.
71. Tryon, G.S., & Winograd, G. (2012). Consenso sull'obiettivo e collaborazione. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. pp. 211-231. Roma: Sovera.
72. Norcross, J.C. (2016). Una nuova terapia per ogni paziente. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 6. Roma: ed. Scientifiche A.S.P.I.C.
73. Cooper, M., Wild, C., van Rijn, B., Ward, T., McLeod, J., Cassar, S., & Sreenath, S. (2015), Pluralistic Therapy for depression: acceptability, outcomes and helpful aspects in a multisite study. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 6-20.
74. Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London, UK: Sage.
75. Perren, S., Godfrey, M., & Rowland, N. (2009). The long-term effects of counselling: the process and mechanisms that contribute to ongoing change from a user perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 241-249.
76. Lambert, M., & Shimokawa, K. (2012). Raccoglierei feedback deipazienti. In: Norcross, J.C. (Ed.), *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza vol.1* (pp. 283-309). Roma: Sovera.
77. Muran, J. C., & Barber, J. P. (2014). *L'alleanza terapeutica. Una guida evidence-based per la pratica clinica*. Roma: Sovera.
78. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & Di Clemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York, NY: Avon Books.
79. Sperry, L., Carlson, J. (2014). *How master therapists work. Effecting change from the first through the last session and beyond*. London: Routledge.
80. Wilson, M. (2017). *Resource focused counselling andPsychotherapy: An introduction*, London, UK: Routledge.
81. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapie della gestalt*. Roma: Sovera.
82. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). OneMentalShotAssessmentTherapy. Un nuovo modello integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *IntegrazionenellePsicoterapie*, 8,147-158.
83. Giusti, E. (2011). *Automotivazione e volontà*. Roma: Sovera.
84. Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, Willing and Able to Change: Motivational Aspects of the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *European Eating Disorder sReview*, 9, 4-18.
85. Tingey R., Burlingame G., Lambert M.J., & Barlow S.H. (1989). *Assessing clinical significance: Extensions and applications*. SPR, Wintergreen, VA.

86. Dowd, E.T., Milne, C.R., & Wise S.L. (1991). The therapeutic Reactance Scale: a measure of Psychological Reactance. *Journal of Counseling & Development*, 69, p.543.
87. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia*. Roma: Sovera.
88. American Psychological Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (quinta edizione). Milano: R. Cortina.
89. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., & Giusti E. (in press). DPA – *Dimensional Personality Assessment, An Integrated Approach according DSM-5*, Firenze: Giunti Psychometrics.
90. Giusti, E., & Ticconi, G. (2006). *La comunicazione non verbale*. Roma: Scione editore.
91. Bandler, R., & Grinder, J. (1980). *La metamorfositerapeutica*. Roma: Astrolabio.
92. Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*. Roma: Astrolabio.
93. Giusti, E., & Azzi, L. (2013). *Neuroscienze per la psicoterapia. La clinica dell'integrazione trasformativa*. Roma: Sovera.
94. Porges, S. (2011), *La Teoria Polivagale*. Milano: R. Cortina.
95. Butcher, K.N. (1996). *MMPI-2 e trattamento psicologico*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
96. Del Castello, E. (2015). *La diagnosi psicologica guidata dal MMPI-2*. Milano: Franco Angeli.
97. Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
98. Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
99. Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98.
100. Lambert, M., & Burlingame, C. (1996). *The Assessment in psychotherapy outcome*. New York, NY: Wiley & Sons.
101. Siegel, D. J., & Amadei, G. (2011). *Mindsight: la nuova scienza della trasformazione personale*. R. Cortina.
102. Giusti, E., & Ginnetti, G. (2016). *Intuizioni in psicoterapia*. Roma: Sovera.
103. Anagnostopoulos, E. (2018). I "Master Therapists" tra scienze naturali e scienze sociali, *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 9-32, Roma: ed. Scientifiche A.S.P.I.C.

OPINIONE

## Attualità psicopatologica del perturbante

Riccardo Galiani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di psicologia - Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli

ABSTRACT

The paper moves analysing the syntagma “inquietante estraneità” (*uncanny, disturbing strangeness*, translation of “inquietanteétrangeté”, “Unheimliche” French’s translation) and some others connected lexical forms. The aim is to investigate some relationship’s dimensions between ego’s functions and what can appears as “stranger” to the ego himself. As a dream and the Fédida’s research seem to suggest, the *formlessness*’ area is an important factor of the stranger’s meaning for the ego.

**KEYWORDS**

**Uncanny – stranger – dream – face - formlessness.**

ABSTRACT IN ITALIANO

A partire da una riflessione sull’uso del sintagma “inquietante estraneità” e di altre forme lessicali collegate a questa traduzione di una traduzione, l’articolo esplora alcune dimensioni della relazione esistente tra le funzioni dell’Io e ciò che all’Io stesso può presentarsi come “straniero”. Il riferimento ad un sogno e ad alcuni percorsi di ricerca consente di individuare nell’area della “alienità” e dell’*informe* un punto di incontro delle dimensioni esplorate.

**PAROLE CHIAVE**

**Unheimliche – straniero – sogno – volto – informe.**

### Introduzione

Un’auto percorre un viale alberato; si ferma davanti a un cottage. Un padre, una madre, una figlia, un figlio, scaricano dall’autovettura i bagagli ed entrano nella propria casa; sono, sembrano, un’ordinaria famiglia benestante. Aperta la porta di casa vi trovano all’interno un padre, una madre, un figlio, all’incirca coetaneo del primo, un bambino in braccio alla madre. Sono evidentemente in fuga, forse profughi, molto probabilmente di origine slava o balcanica; sono sporchi, affamati, disfatti. Sotto le insegne dell’ “io capisco”, “non vi siamo ostili”, il padre benestante prova a trattare un allontanamento degli intrusi per mantenere almeno in parte il possesso delle sue cose, della sua proprietà. L’altro uomo, l’uomo che il nostro sguardo ha già assunto – oltre che come intruso – come estraneo, spara; non vediamo cadere quello che sino ad ora è stato il protagonista della scena. Il volto che ha detto “io” cade dalla nostra parte dello schermo. Vediamo il volto della protagonista macchiato dal sangue del marito; dalla sua bocca esce un rigurgito.

È la scena che apre un film di Michael Haneke, *Le temps du loup* [1]. Per definire ciò che questa scena può aver inteso rappresentare nei fotogrammi che precedono la



**Citation**

Galiani R. (2019).  
Attualità psicopatologica  
del perturbante  
Phenomena Journal, 1, 17-24.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.29>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Riccardo Galiani  
[riccardo.galiani@unicampania.it](mailto:riccardo.galiani@unicampania.it)

**Ricevuto:** 05 aprile 2019

**Accettato:** 23 aprile 2019

**Publicato:** 08 giugno 2019

deflagrazione che ne segna la fine, per nominare ciò che essa presenta, produce attraverso volti ritratti un attimo *prima* del sopraggiungere dello spavento o dell'angoscia, potremmo costruire questa frase: il turbamento prodotto dall'incontro, in casa propria, con una *inquietante estraneità*.

“Inquietante estraneità” è una locuzione che troviamo non di rado nella letteratura psicoanalitica; riprende l'espressione francese “*inquiétante étrangeté*”, classica traduzione perifrastica del termine “*Das Unheimliche*” introdotta nel 1933 da Marie Bonaparte e mantenuta dalla maggior parte delle successive edizioni francesi dello scritto freudiano “Il perturbante” [2]. Più di quanto non faccia il sostantivo *perturbante* (che è di fatto una descrizione dell'effetto), legando l'inquietudine al confronto con l'estraneità, l'espressione offre la possibilità di alludere *d'emblée* alla dinamica psichica all'origine del fenomeno – la perturbazione dello stato emotivo del soggetto – che, per la sua derivazione dall'azione della rimozione su rappresentazioni un tempo “familiari”, indusse Freud a collocarlo “nell'ambito dell'angoscioso” isolandolo però come una forma specifica d'angoscia.

Traduzione di una traduzione, esito di un duplice confronto sviscerante che Berman [3], richiamandosi ad Hölderlin, ha definito “prova dell'estraneo”, l'espressione “inquietante estraneità” si offre come una nozione, uno strumento operativo che consente di tenere il ruolo che gioca la “familiare estraneità” dello straniero all'interno della catena (intimo/familiare – rimozione – ritorno del rimosso, in termini freudiani) che porta all'esperienza perturbante.

“Lo straniero si trova già dentro”, scriveva Derrida [4], e Kristeva [5] osservava che se in *Das Unheimliche* Freud non individua espressamente nessuna relazione tra l'effetto perturbante e lo “straniero” è perché “ci insegna a scoprire l'estraneità [*étrangeté*] dentro di noi. E questo è forse il solo modo di non perseguitarla fuori”. Non so se anche oggi si potrebbe concludere così, come nel 1989 Kristeva concludeva *Stranieri a noi stessi*.

A trent'anni dalla pubblicazione di questo testo, a un secolo dal lavoro di Freud, sappiamo di soffrire ancora *troppo* della nostra inquietante estraneità, così come ancora “troppo” è il godimento che si ricava dallo straniero/estraneo esterno a noi, dal respingerlo con modalità nuovamente sempre più reali e letali. Io non sono straniero a me stesso e l'estraneo è fuori, posto di fronte a me, distinto e distante, possibilmente su di un'altra sponda, o comunque al di là di un confine.

Si costruiscono cornici per definire e delimitare l'estraneo nella sua estraneità, ma l'intimo timore di incontrare nel nostro *Heim* (il nostro focolare) una forma sgraziata, non curata, animata da una forza “animale” (come l'*Horla* di Maupassant [6]), disumana, in grado però pur sempre di rifletterci su una base di similitudine e somiglianza, è un timore che sopravvive, spingendo a rinnegare la familiarità, ingenerando l'attesa che quella cornice resti vuota; ma tanto l'attesa quanto il rinnegamento sono, è appena il caso di dirlo, unicamente “nostri”. La cornice dell'estraneo inesorabilmente, ripetutamente si riempie, e il nostro rinnegamento trasforma questa prossimità

in una pressione sui confini che delimitano la nostra intimità.

Da bambini ci saremmo attesi di veder spuntare un mostro, *avremmo atteso* lo spuntare di un mostro; da adulti, ciò che appare, *chi* appare all'interno di questa cornice costruita, assume le sembianze di un "ospite inatteso". È l'ospite che aprendo la porta di casa temiamo di trovare insediato al nostro posto con una faccia che, in tutta la sua dissomiglianza, richiama ugualmente, allo sguardo dell'io che si pone di fronte ad esso, l'immagine del proprio disordine, del proprio disfarsi potenziale, del proprio rovescio presente da sempre in potenza.

### **Roberto: l'“habeas vultus” e l'“habeas corpus”**

Roberto non ricorda quasi mai i suoi sogni. Nel corso di una seduta, è il racconto di un sogno in sé a presentarsi inizialmente come sorprendente, per poi divenire, al suo termine, “inquietante”: a Roberto non è mai capitato di ricordarsi così chiaramente qualcosa del giorno prima che ricollega al sogno, ed il fatto che un evento così “secondario” possa incidere sulla sua mente lo turba. L'“evento secondario”, di quelli che solitamente, come usa dire, “finiscono in coda” nella sua memoria (la stessa espressione impiegata per motivare il mancato ricordo di un sogno che sa di aver fatto) è riferito prima del sogno: durante una pausa al lavoro, si è soffermato su di un articolo di giornale. L'articolo parlava di due immigrati stranieri indagati per uno dei numerosi stupri che avevano caratterizzato la cronaca romana di quegli anni. L'articolo lo aveva colpito perché faceva riferimento ad una delle nozioni di storia che ricordava dalle scuole superiori: si intitolava “Habeasvultus”, e la nozione l'*habeas corpus*. La notte sogna di incontrare “il pugile” nell'androne del palazzo dove abita; “faccia da pugile”, spiega, è il modo con cui ampia parte dei media nazionali si riferisce ad uno degli indagati per queste vicende, modalità criticata dall'articolo. Nel sogno era in attesa dell'ascensore, e il “pugile” gli appare davanti nel momento in cui si aprono le porte automatiche. Il pugile lo saluta dicendo, come per ricordargli qualcosa di consueto, che non aveva chiuso a chiave la porta; l'impressione che accompagnava il racconto era che evidentemente non solo si conoscevano, ma “dividevano l'appartamento”. Non era in grado di descrivere il volto; anche nel sogno la faccia che gli appare innanzi, nella cornice dell'ascensore, non rispondeva ad un nome: era la “faccia del pugile”. Considerando il contenuto manifesto un'ulteriore prova dell'assurdità dei suoi sogni, a turbare Roberto è l'incontestabile legame di questa assurdità con un elemento della sua vita vigile: “Non è per un pregiudizio, ma se devo essere onesto, da sveglia a uno con quella faccia probabilmente non aprirei nemmeno la porta, figuriamoci dividere l'appartamento”. L'interrogativo cosciente, fonte di un'inquietudine, era: “Come ho fatto a sognare una cosa così?”, ovvero: “Da dove è entrata?”. L'inquietudine apriva sull'angoscia proprio quando, facendo conto sulla propria immagine di persona “prudente e razionale”, doveva arrendersi all'evidenza dell'esistenza di una via di comunicazione tra questa immagine in cui si riconosceva e quella “faccia” separata da un'identità, privata del proprio volto, di cui aveva letto e che “colpendolo”, producendo in lui una “impressione”,

era diventata, come scrive Fédida [7], un suo “resto di vita”; “la luce della veglia” non solo non era al riparo dall’ “assurdo” del sogno della notte, ma lo spingeva ad essere ripensata attraverso di esso. Il desiderio inconscio aveva attualizzato l’ infantile attraverso le definizioni associate a quella faccia che avrebbe dovuto restare fuori ma che lui si era raffigurata come proveniente dall’ interno, dalla sua casa.

Nel racconto del sogno, l’ identificazione degli immigrati stranieri passa attraverso un’ oscillazione della parola: l’ articolo, ricorda Roberto, parlava “di quei romani ... di quei romeni che ...”. Dopo la separazione dei genitori, Roberto ha trascorso parte della sua infanzia con la madre, tornata nella propria città natale, la città teatro degli stupri per cui i due rumeni di cui si parlava nell’ articolo erano all’ epoca ostinatamente indagati. Del periodo di convivenza con la madre Roberto non aveva alcun ricordo preciso, fatta eccezione per le frequenti richieste, da parte della madre, di aiutarla nella somministrazione di enteroclistmi, con i quali riteneva di combattere la propria costipazione. La psicosessualità, il sessuale, l’ infantile di Roberto, aveva il suo (*habeas*) *corpus* in un punto di fissazione “romano”.

Lo straniero destinato a perdere l’ identità del proprio volto per dare una faccia all’ eccitazione sessuale che deborda e nuoce (la “faccia da pugile” che lo straniero non è, ma con cui è stato identificato) era apparso in una cornice il cui “materiale” (fonetico e semantico) era inaspettatamente prossimo al materiale che compone l’ altra faccia del “familiare” di Roberto. Quella “faccia da pugile” che cancellava il suo volto, lo straniero “romeno-romano” aveva finito per *restituirlo*; per lo sguardo del residente, lo sguardo dell’ Io insediato, lo straniero può percorrere nella sua migrazione strade che lo trasformano in una maschera la cui apparizione lascia intravedere la familiarità di una faccia che ritorna.

“Qualcosa” di familiare ritorna passando per l’ esterno: il ritorno del sessuale infantile rimosso, è di questo che si tratta? Si tratta dello straniero che presta la sua presenza al nostro rimosso, per consentirgli di tornare dall’ esterno e come estraneo? “Il romeno” è ciò che ospita, dà una personalità identificabile come aliena all’ impersonale apparizione del nostro sessuale infantile (la *facies* aggressiva dello stupratore), fenomenologia dell’ asimmetria dei messaggi di quell’ estraneo che è l’ altro seduttore? Se si tratta di questo, forse è ancora troppo poco.

Al di là di Lacan[8] (cui dobbiamo il primo esplicito “è ancora troppo poco” in materia di Unheimliche), è l’ interesse dello stesso Freud [2] per un racconto di Hoffman, *Gli elisir del diavolo*, a metterci sull’ avviso; interesse per quello che Magris [9] definisce un “romanzo dell’ Io ... che si costruisce e si struttura in lotta con gli elementi che lo compongono”, romanzo della compresenza paradossale di una struttura unificata (che si definisce attraverso la scrittura stessa) edel continuo risorgere degli elementi costituenti che persistono nella loro separatezza.

Questo interesse freudiano riconduce a Roberto, al suo smarrimento, alla sua inquietudine di fronte alla via apertasi tra sogno notturno e veglia. La figura del pugile disegnata da parte del discorso sociale riapre una strada interrotta la cui percorribilità a doppio senso smarrisce e turba (come dice Freud a proposito del romanzo hoffmanniano) l’ Io insediato e residente di Roberto, l’ Io al riparo dal sogno. La figura

del pugile, definendo in una faccia l'intima estraneità, entra in risonanza con la traccia intraducibile dell'eccesso del sessuale materno, attorno alla cui iscrizione si è edificato un Io che, nel caso di Roberto, dal montare della propria eccitazione nel corpo di una donna non può che tenersi distante. Lo straniero cui, come sostenuto nell'articolo letto, deve essere restituito un proprio volto ed una propria identità (non più "faccia da pugile", ma un nome) trasforma allora il sogno in potenziale incontro tra quella forma che è l'Io ed il suo non essere forma. Lo straniero diviene una sorta di nastro di Möbius, figura in grado di esercitare una funzione che avvia il rovesciamento dell'estraneità dall'interno all'esterno e viceversa; esso non è la causa dell'esperienza di inquietante estraneità provata dall'Io, ma già una sua messa in forma, una sua possibile significazione. La "causa" è l'inaspettata esperienza di una "parentela", familiarità inammissibile tra la dimensione definita (in un Io, in un corpo, in un'apparenza) del soggetto ed il suo rovescio, condizione in cui la "forma" è *indefinita, disaggregata, scomposta*. Ciò a cui pone di fronte l'estraneo dell'*Unheimliche* è qualcosa dell'ordine di un'inaspettata istantanea di ciò che precede quel lavoro che "fa Io" intorno ai resti del sessuale dell'altro, istantanea di un momento in cui "i confini non sono ancora nettamente tracciati" e "lo spazio in cui l'Io dovrà avvenire" [10] porta ancora netti i segni della presenza fondante, nell'estensione intersoggettiva del sessuale (la sessualità nel "senso allargato", per dirla con Laplanche [11]) di quanto, solo attraverso la divisione in due componenti di quello che Freud aveva individuato come il *complesso percettivo di un essere umano prossimo*, dovrà diventare "l'altra faccia" del prossimo [12].

### **Io/altro/alieno/informe. Conclusione**

Questa faccia, che sta al di là della somiglianza che si inferisce a partire dalle informazioni che si hanno del proprio corpo e dal proprio corpo, è quella del "prossimo propriamente detto ... che compare sotto il segno dell'arbitrarietà, dell'imprevedibilità, del «non proprio»" [13]. Ed è in ragione della sua imprevedibilità, della radicalità della sua alterità rispetto all'Io che, nell'atto stesso della cancellazione del volto (dell'identità) di uno straniero fattosi prossimo, la cornice dell'estraneo può animarsi in una faccia che torna ad offrire (con il favore delle circostanze, come ricordava Freud [2]) alla nostra percezione inquietanti indizi di una antica familiarità.

La scena dell'inquietante estraneità, allora, non apre unicamente sulla possibilità di riconoscere la "familiarità" dell'estraneo e le implicazioni strutturanti della coppia Io-altro; il suo oggetto non può essere unicamente il riconoscimento dell'insorgere di quella stessa "stranierità" che per l'*infans* prima, per il soggetto poi, è il sessuale, nel suo essere resto, residuo dell'insediarsi originario dell'alterità in un "noi" ("io") che ancora non siamo ma che da quel momento in poi cominciamo a diventare.

Nell'area dell'esperienza umana cui guarda l'inquietante familiarità dell'estraneo, l'*Unheimliche*, l'*alter* che appare nella cornice dell'estraneo, l'altro-straniero, può essere ad un tempo ciò su cui si fonda il simile e ciò che rimanda a quanto di dissimile, difforme, disumano, resta nel nostro intimo come origine della forma umana

dell'Io.

Quello che sorge continuamente all'interno di una cornice che vorremmo vuota non è solo l'alterità che ci fonda, ma anche l'*alienità* in cui affondiamo; sono i segni del nostro essere stranieri a noi stessi perché alieni a noi stessi. Se l'Io è la forma che ha origine dalla spinta a rappresentarsi la relazione tra ciò che è "proprio" e ciò che è "alieno" (difforme) in termini antinomici, il turbamento che produce l'incontro con la familiarità dello straniero fa di quest'ultimo, lo "straniero/familiare", un inatteso testimone del possibile sospendersi di questo regime di antinomia.

Questa condizione di sospensione non può certo darsi, per l'Io, come duratura, o almeno non può darsi *al di qua* del suo essere divenuta, diceva Fédida [14], uno "stato-limite dell'umanità", stato di oscillazione costante "tra le smorfie dell'anonima normalità che simula gli affetti" e la lenta distruzione delle loro apparenze". Tuttavia è proprio questa clinica che suggerisce la necessità di ricercare strumenti per rappresentarsi quanto l'Io non può rappresentarsi ma che, al di fuori dello spazio di rappresentazione dell'Io, la soggettività umana può transitoriamente essere, senza tuttavia indirizzarsi necessariamente verso la rappresentazione di un "accoglimento gioioso di un «ospite interno»" [15], rappresentazione della sospensione dei confini egoici nei termini di una "quietistica" estasi.

Ci troveremo in questo caso molto prossimi alla direzione indicata dalla ricerca che, muovendo da Bataille e Lacan, Pierre Fédida ha portato avanti intorno allo statuto inconscio di quanto può apparire come inverso della forma, rovescio del volto, come l'*informe*.

George Bataille [16] proponeva di cominciare un "dizionario critico" non dando più il senso, ma "i compiti delle parole". Il compito della parola "informe", ciò che la rende non soltanto un aggettivo che qualifica uno stato di cose effetto della destituzione della forma ma, come scriveva Fédida, un "termine-valore", è il suo "declassare" [16], il suo generare un *metodo di frantumazione*. Il termine-valore "informe" crea un movimento, diviene principio di de-significazione, apertura, *scucitura* del senso composto di qualunque discorso manifesto. Senza questo *movimento dell'informe* [17], principio di messa in tensione massima di quanto, nella parola e nel discorso, si presenta come formato, definito nei confini di un significato, di un'intenzionalità comunicativa, non si va incontro alla propria inquietudine, al proprio turbamento di analisti (che comincia con il *non* comprendere); e senza questo incontro non c'è analisi.

È solo dopo aver attraversato queste tappe che Fédida [18] giunge a fare dell'antinomia *umano/disumano* uno strumento di lavoro che, nel suo rapporto con ciò che Freud ha tratto dall'incontro con l'*Unheimliche*, viene utilizzato per ricordare che un insegnamento della psicoanalisi sta nel valore della messa in discussione di ogni ipostasi dell'Io; il valore, cioè, del movimento in direzione di una forma in grado di far guardare anche a quanto di informe vi è in essa, a quanto di "policefalo/acefalo" c'è nell'*ego* [19], a quanto di alieno vi è nel proprio, di disumano nell'umano.

È unicamente in un processo di crescente ipostatizzazione che, di contro, ciò che

identifichiamo come Io può trasformare lo straniero in *étranger*, “*Ausländer*” cui strappiamo il proprio volto per applicargli la faccia dell’estraneità, dell’infermità, del disumano dell’Io che noi siamo. Apparendoci di fronte, incorniciato da quanto noi abbiamo prodotto e messo in forma come estraneità, l’*étranger* inquieta e turba l’equilibrio dell’Io che siamo perché ha raccolto l’eredità del nostro disumano.

Eppure non si può dire che l’Io che siamo diventati non sia disposto a riconoscere un simile nello straniero; ma forse, a ben vedere, ciò che siamo disposti – e in un certo senso predisposti – a riconoscere di quanto nello straniero fa somiglianza, similitudine, è solo quello che della sua apparenza non fuoriesce dallo spazio da noi delineato come spazio di somiglianza; lo straniero può stare solo nei tratti di similitudine che noi disegniamo per lui. La similitudine dello straniero deve rientrare nella definizione che l’Io se ne è fatta, non può sorprendere con un volto diverso, perché è allora, nella diversità, nella forma aliena (disfatta, non rifatta) del volto dell’altro che, nonostante tutte le difese, si lascia cogliere una *inquietante familiarità*.

Ma in fondo l’Io che, a quanto pare, siamo diventati, delega allo straniero il compito di essere *étranger* perché già conta di poterlo espellere, di poterlo guardare di spalle, mentre si allontana portandosi via la faccia che gli abbiamo dato; nessuno straniero porterà all’interno di ciò che ci appartiene la minaccia dell’informe della nostra costituzione.

Ci penseranno poi i sogni – e tutto ciò che come i sogni lavora – a ripresentarlo di fronte: ha in mano le chiavi della nostra casa, e non le ha sottratte.

## BIBLIOGRAFIA

1. Heiduschka, V., Menegoz, M., Katz, M. (Producers), & Haneke, M. (Director). (2003). *Le temps du loup* [Film]. Francia, Austria, Germania: Bavaria Film, Les Films Du Losange, Wega-Film Produktion.
2. Freud, S. (1919). *Il perturbante*. Trad. it. In: O.S.F., vol. VIII.
3. Berman, A. (1984). *L'épreuve de l'étranger. Culture et traduction dans l'Allemagne romantique*. Paris: Gallimard (trad. it. Quodlibet, Macerata, 1997).
4. Derrida, J., (1993). *Spettri di Marx: stato del debito, lavoro del lutto e nuova Internazionale*. Milano: R. Cortina .
5. Kristeva, J. (1989). *Stranieri a se stessi*. Trad. it. Milano: Feltrinelli, 1990.
6. De Maupassant, G. (1886). *Le Horla*. Paris: Flammarion.
7. Fédida, P. (1985). Restes diurnes, restes de vie. In :Guyotat, J., Fédida, P. (sous la dir. de), *Événement et psychopathologie*. simep, Villeurbanne, poi (ampliato) In: *Crise et contre-transfert*. P.U.F., Paris, 1992. Trad. it. Resti diurni, resti di vita, in *Crisi e controtrasfert*. Roma: Borla, , 1997; 47-70.
8. Lacan, J. (2004). *Il Seminario, Libro X. L'angoscia, 1962-1963*. Trad. it. Torino: Einaudi, 2007.
9. Magris, C. (1979). Parigi 1931: non leggete Hoffman. In: Hoffman, E.T.A. (1816). *Gli elisir del diavolo*. Trad. it. Torino: Einaudi, 1989.
10. Aulagnier, P. (1994). *La violenza dell'interpretazione: dal pittogramma all'enunciato: in appendice: Vie di ingresso nella psicosi*. Roma: Borla, 1975.
11. Laplanche, J. (2007). *Sexuale. La sessualità allargata nel senso freudiano*. Trad. it. Bari: La Biblioteca by ASPPI.
12. Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia*. Trad. it. In: *Opere di Sigmund Freud* (O.S.F.), 1967-1980; vol. II. Torino: Boringhieri.

13. Balsamo, M. (2005). Homo homini lupus. *Psiche*, 2: 47-55.
14. Fédida, P. (1996). L'état-limite de l'humanité et l'ego fragmenté de l'analyste. In Feher-Gurewich, J., Tort, M. (sous la dir. de). *Lacan avec la psychanalyse américaine*. Paris: Denoël; 59-71.
15. De Renzis, G. (2013). La mente è estatica, di ciò non so nulla. In *Notes per la psicoanalisi*, 1 (Perdite di realtà).
16. Bataille, G. (1929-1930). *Documents*. Trad. it. Dedalo, Bari, 1974.
17. Fédida, P. (1994). Le mouvement de l'informe. In: *La part de l'œil* n° 10. Poi In :Fédida, P. (2000). *Par où commence le corps humain: retour sur la régression*. Presses universitaires de France.
18. Fédida, P. (2001/2009). *Umano/Disumano*. Roma: Borla.
19. Lacan, J. (1978). *Il Seminario, Libro II. L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi, 1954-1955*. Torino: Einaudi, 1991.

RESEARCH ARTICLE

# Comunicare la Malattia Renale Cronica

Rosa Maria De Santo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIPGI – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata

## ABSTRACT

In the last sixty years chronic kidney disease has emerged as a life-threatening problem with a mortality comparable to that of cancer in spite of the fact that dialysis and transplantation represent effective strategies to grant decades of life to persons who have lost their kidney function. Receiving a diagnosis of chronic kidney disease is immediately perceived as a long lasting disease with many losses and dependencies and generally associated with a poor quality of life. The support of chronic kidney disease patients starts at the time of the breaking the bad news and is needed life long, thus communication between patients and their caring teams is central. A patient-centered strategy is mandatory. Listening them, making time to understand their histories and to learn from their experience is the base on which the carer outlines the trajectory of the disease. Generating and supporting hope is an effective strategy having in mind that, as Thomas Aquinas said in the 13<sup>th</sup> century, to instill hope there must be, although minimal, possibility of success. The possibility is not zero as shown by the reported history of Professor Robin A.J. Eady who discovered albumin in his urine at age of nine years, and subsequently received dialysis and a transplant for more than 50 years and at the same time developed a successful academic career as dermatologist. The complexity of the process in meeting patient's needs is evident and requires knowledge and respect for patient's goals. Building with the patient a strong relationship is a *sine qua non*.

## KEYWORDS

**CKD, dialysis, transplantation, patient-centered strategy, breaking bad news, narrative medicine, listening the patient, making time, outlining trajectories of disease, patient's goals, carer-patients relationship, embracing the complexity.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Negli ultimi sessant'anni la malattia renale cronica è emersa come un problema potenzialmente letale con una mortalità paragonabile a quella del cancro nonostante dialisi e trapianto rappresentino strategie efficaci per concedere decenni di vita a persone che hanno perso la loro funzione renale. La diagnosi di malattia renale cronica è immediatamente percepita come una malattia di lunga durata con molte perdite e dipendenze, generalmente associata a una scarsa qualità della vita. Il supporto dei pazienti affetti da malattia renale cronica inizia al momento della diagnosi ed è necessario per tutta la vita, quindi la comunicazione tra i pazienti ed il team di cura è centrale. Una strategia centrata sul paziente è obbligatoria. Ascoltarli, trovare il tempo per capire le loro storie e imparare dalla loro esperienza è la base su cui chi assiste traccia la traiettoria della malattia. Generare e sostenere la speranza è una strategia efficace avendo in mente che, come disse Tommaso d'Aquino nel 13° secolo, per instillare la speranza ci deve essere, anche se minima, possibilità di successo. La possibilità non è zero, come dimostrato dalla storia riportata del Professor Robin A.J. Eady che ha scoperto l'albumina nelle sue urine all'età di nove anni, successivamente per più di 50 anni ha ricevuto la dialisi ed un trapianto ed allo stesso tempo ha sviluppato una carriera accademica di successo come dermatologo. La complessità del processo nel soddisfare i bisogni del paziente è evidente e richiede conoscenza e rispetto per gli obiettivi del paziente. Costruire con il paziente una relazione forte è *conditio sine qua non*.

## PAROLE CHIAVE

**dialisi, trapianto, strategia centrata sul paziente, cattive notizie, medicina narrativa, ascolto del paziente, tempo, traiettorie di malattia, obiettivi del paziente, relazione carer - pazienti, complessità.**



### Citation

De Santo R. M. (2019).  
Comunicare la Malattia Renale Cronica  
Phenomena Journal, 1, 25-36.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.30>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Rosa Maria De Santo  
[bluetoblue@libero.it](mailto:bluetoblue@libero.it)

**Ricevuto:** 17 aprile 2019

**Accettato:** 11 maggio 2019

**Publicato:** 08 giugno 2019

## Introduzione

Un editoriale di Lancet - “*What is health? The ability to adapt*” - analizza in maniera stringata le definizioni di salute, sofferenza e malattia [1]. E partendo dalla definizione di salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità le rigetta. La salute non è identificata come “uno stato di completo benessere fisico, mentale sociale”; o come “mera assenza di malattia o infermità”. Sono definizioni datate, figlie della conoscenza del tempo in cui sono state formulate. Nell’era delle scienze omiche, in un’epoca in cui è diventato evidente che la salute di ogni singolo individuo è in relazione ai cambiamenti di “salute del sistema terra” le metodologie di giudizio devono cambiare. La sofferenza stessa appare come un qualcosa di non scientifico, poco definito, fuori moda dal momento che la tecnologia attuale si dimostra capace di rimuovere molte delle sue componenti. Inoltre un singolo medico è oggi incapace di influenzare gli effetti complessi della malattia. Si avverte la necessità del ritorno a Canguilhem che nel 1943 in *Normale e Patologico* [2] aveva negato la possibilità di definire lo stato di salute e malattia basandosi sulle analisi di laboratorio e sulla statistica. Cioè la salute non è una entità fissa e non dipende dal medico. Quest’ultimo ha il compito di accompagnare la persona nelle circostanze in cui si trova, cioè introdurlo ad una medicina personalizzata, facendogli da partner nel cercare soluzioni ai suoi bisogni. Adattamento sembra la parola più appropriata, più giusta per definire la posizione del paziente verso la malattia. D’altra parte Hans-Georg Gadamer in *Dove si nasconde la salute* (1994) aveva scritto che la figura del medico nell’immaginario collettivo non è quella di uno scienziato ma una figura più vicina ad un artista e che la stessa salute non è un prodotto del medico anche se l’opera del medico prende forma e si concretizza nel confronto col pianeta salute della singola persona [3]. Grieco e Lingiardi nella prefazione dell’opera di Gadamer scrivono che “nella medicina il piano della relazione medico-paziente rappresenta un aspetto determinante della sua competenza clinica. [...] il colloquio clinico nella sua accezione più ampia costituisce l’elemento su cui fondare una relazione in cui la cronaca della patologia possa tener conto del vissuto soggettivo, delle emozioni e delle difese psichiche” [3, p. XV].

## Obiettivo

Con il presente lavoro ci proponiamo di offrire una panoramica sulle problematiche aperte dalla comunicazione di Malattia Renale Cronica e di come debba essere parte integrante delle abilità specialistiche del Nefrologo. Una componente irrinunciabile delle sue capacità.

## Breaking bad news

Cosa è una cattiva notizia? Per Buckman è “quella notizia che altera drammaticamente e negativamente le prospettive future del paziente”, e che è “tanto più cattiva quanto più ampia è la differenza fra le aspettative del paziente (includere le ambizioni

e i progetti) e la realtà clinica della situazione” [4, p.13]. Ptacek associa la cattiva notizia alla speranza. La cattiva notizia si configura pertanto in “situazioni nelle quali vi è una sensazione di assenza di speranza, una minaccia al benessere mentale o fisico di una persona, un rischio di sconvolgimento di uno stile di vita consolidato, o comunque un messaggio che conferisce a un individuo una minor possibilità di scelta nella vita” [5, p. 496]. Vi sono diversi modelli per comunicare le cattive notizie frutto di complesse interazioni tra area geografica di appartenenza, cultura, valori e credo condivisi, modalità assistenziali ed assicurative nonché formative individuali [6]. Nei paesi mediterranei di cultura latina si è attestato il modello della non-comunicazione, mentre negli Stati Uniti, Canada e Nord Europa vige il modello della comunicazione completa. Infine si sta lentamente affermando il modello della comunicazione personalizzata.

### **La Malattia Renale Cronica (MRC)**

Sono disponibile diverse definizioni di Malattia Renale Cronica e hanno gradi di complessità diversi a seconda del target. La definizione della Mayo Clinic per i pazienti recita: “La malattia renale cronica, detta anche insufficienza renale cronica, descrive la graduale perdita della funzione renale. I reni filtrano le sostanze tossiche e i fluidi in eccesso nel suo sangue che poi sono escreti nell’urina. Negli stadi avanzati della malattia renale cronica si raggiungono livelli pericolosi di fluidi, elettroliti e sostanze tossiche. Nei primi stadi della malattia renale si hanno pochi segni o sintomi e la malattia renale non diventa manifesta fino a quando la funzione renale non è significativamente ridotta. Il trattamento della malattia renale cronica si focalizza sul rallentamento della progressione del danno renale, di solito controllando le cause. La malattia renale può progredire e diventare insufficienza renale terminale che diventa fatale senza la dialisi ed il trapianto” [7].

Per Mazzoni, Laghi e Cicognani “la Malattia Renale Cronica è un quadro clinico caratterizzato dalla progressiva ed irreversibile riduzione della funzione renale (funzione di eliminazione), con accumulo nel sangue di quelle sostanze tossiche, che normalmente vengono eliminate attraverso il rene, chiamate tossine uremiche, e incapacità a mantenere gli equilibri idroelettrolitici e di funzione ormonale (renina, eritropoietina, alterazione vitamina D)” [8, p.5].

Una definizione per specialisti formulata dal gruppo di El Nahas afferma “la Malattia Renale Cronica è definita come lesione renale o perdita della filtrazione glomerulare al di sotto di 60/ml/min per 1.73 metri quadrati di superficie corporea per tre mesi o più, indipendentemente dalla causa” [9, p.907]. È classificata dalle linee in cinque stadi di crescente gravità, dove lo stadio 5 corrisponde alla terapia sostitutiva dialitica o al trapianto di rene. Questa classificazione però ha delle limitazioni perché include anche pazienti con microalbuminuria tra quelli con MRC ed etichettando un lieve ma stabile danno renale come Malattia Renale Cronica, non discrimina tra perdita di funzione renale dipendente dall’età e Malattia Renale Cronica da malattia progressiva. La Malattia Renale Cronica è un problema di salute pubblica. La sua prevalenza

è stimata nell'8-16% in tutto il mondo [10]. In Italia la prevalenza è del 6,3%. I principali fattori di rischio sono età avanzata, ipertensione arteriosa, obesità, diabete mellito, malattia cardiovascolare, fumo [11]. Inoltre un studio di Gambaro et al. del 2010 ha stimato che 1 individuo ogni 7 (13%) nella popolazione adulta italiana ha un grado d'insufficienza renale moderata [12].

**Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto. Linea Guida 23. Quesito 28: Quali informazioni, istruzioni e supporto è necessario fornire ai soggetti affetti da MRC e ai loro familiari per comprendere e affrontare la diagnosi, il trattamento e gli esiti della malattia?**

La Linea Guida evidenzia come “non esistano studi in letteratura che abbiano analizzato l'impatto di informazione, istruzione o supporto sui soggetti ai primi stadi della MRC, né sui sistemi di supporto per i familiari di soggetti affetti da MRC. Gli studi inerenti gli interventi didattici sono stati condotti su pazienti a uno stadio avanzato della malattia, prima di iniziare la dialisi. Come *outcome* sono stati vagliati: la qualità della vita, la *compliance* al trattamento e la preparazione alla terapia ESRD (organizzazione dell'accesso alla dialisi, vaccinazioni anti-epatite, problemi emozionali relativi all'inizio della dialisi, scelta della modalità di dialisi)” [13, p.120]. Per una cura centrata sulla persona si fa pertanto riferimento alle raccomandazioni del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) per le quali: “Il trattamento e l'assistenza dovrebbero tenere conto delle esigenze e delle preferenze delle persone. [...] Le persone con malattia renale cronica dovrebbero avere l'opportunità di prendere decisioni informate in merito alla cura e al trattamento, in collaborazione con i propri operatori sanitari. [...] Una buona comunicazione tra operatori sanitari e pazienti è essenziale. Dovrebbe essere supportata da informazioni scritte basate sull'evidenza adattate ai bisogni della persona. Il trattamento e la cura, e le informazioni che vengono fornite a riguardo alle persone, dovrebbero essere culturalmente appropriati. [...] Se la persona è d'accordo, le famiglie e gli assistenti dovrebbero avere l'opportunità di essere coinvolti nelle decisioni sul trattamento e la cura. Alle famiglie e agli accompagnatori dovrebbero inoltre essere fornite le informazioni e il supporto di cui hanno bisogno” [14, pp.177 - 181].

**Il rapporto medico – paziente**

Ascoltare – Comprendere – Spiegare. Questi i nodi cruciali del rapporto medico-assistito secondo Balint [15], Singer e Kock [16]. Per Tizón Garcia il miglior modello comportamentale da seguire è quello che considera il malato come centro e obiettivo dell'interazione [17]. La ricerca di Fuentes et al. sottolinea come le dinamiche insite nella relazione fra soggetto curante e soggetto curato occupino un ruolo di rilievo nella formazione del medico [18], anche se spesso tale necessità viene disattesa da parte delle stesse istituzioni che si fanno carico di educare i nuovi medici alla professione.

## **Modello Autoregolatorio (Self-Regulatory Model – SRM)**

Diversi autori hanno suggerito di considerare il ruolo delle rappresentazioni della patologia del paziente nel processo di adattamento alle malattie croniche [19, 20]. Leventhal [21] definisce la rappresentazione della malattia come l'insieme delle credenze implicite proprie del paziente riguardo ad essa. Tali credenze costituiscono per il paziente lo schema di riferimento per comprendere la propria malattia ed affrontarla. Cinque le dimensioni che costituiscono la rappresentazione individuale di malattia. Identità: l'etichetta e i sintomi che una persona attribuisce alla propria malattia. Causa: le attribuzioni causali che una persona fa della sua malattia. Durata: le credenze sul fatto che la malattia abbia carattere acuto, cronico e/o ciclico. Conseguenze: la severità percepita della malattia. Controllabilità/curabilità: le credenze riguardanti il controllo della malattia, dei sintomi e della guarigione percepito dal soggetto.

## **Illness Perception e Malattia Renale Cronica**

Numerosi studi hanno analizzato l'associazione tra percezione di malattia ed outcome nei pazienti con End Stage RenalDisease (ESRD). Le rappresentazioni di malattia hanno un'utilità predittiva, sono infatti associate a: HRQoL, depressione, non aderenza e alla sopravvivenza. Si ipotizza che le percezioni di malattia siano associate agli outcome a causa di insufficiente o errata regolazione della gestione della malattia, guidata dall'interpretazione della stessa [22].

In pazienti con insufficienza renale cronica (CKD) che non necessitano di terapia renale sostitutiva i pochi studi presenti in letteratura evidenziano come anche nelle prime fasi di malattia si sperimentino una serie di percezioni negative della malattia che possono influenzare il coping. Le rappresentazioni di malattia risultano essere associate ad ansia, depressione, coping, autonomia, autostima ed una progressione della malattia accelerata [23].

## **Narrative Based Medicine**

Nel 1999 Greenhalgh e Hurwitz pubblicano sul British Medical Journal uno studio sul perché studiare la narrativa. Essi definiscono la medicina narrativa o medicina basata sulla narrazione come “quello che viene circoscritto tra il professionista sanitario e il paziente, a partire dalla raccolta di informazioni su eventi precedenti alla malattia, a come la malattia si è manifestata, con attenzione ai risvolti psicologici, sociali e ontologici, ovvero esistenziali del paziente” [24, p. 48]. Secondo Rita Charon: “la Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere mossi dalle storie di malattia [...] aiuta medici, infermieri, assistenti sociali e terapeuti a migliorare l'efficacia dell'assistenza sviluppando la capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con pazienti e colleghi” [25, p.1897]. Gaia Marsico scrive: “le esperienze, raccontate fuori dalle strettoie di questionari o interviste, offrono un'oc-

casione preziosa per contestualizzare i dati clinici, i bisogni, le domande di salute, rendono visibile l'unicità delle storie/persone, permettono di vedere "con gli occhi degli altri". Troppo spesso il linguaggio che descrive o che si usa nei contesti medici non racconta la vita, non evoca l'incertezza, le differenze, la paura, le emozioni. [...] Le testimonianze-esperienze delle persone completano i dati epidemiologici su: la qualità della vita, l'accesso ai servizi, i bisogni, le realtà clinico assistenziali. Raccontare-ascoltare-raccogliere le esperienze dei/delle pazienti rappresenta una modalità di fare epidemiologia a partire da un punto di vista diverso: quello dei soggetti di cura. Le narrazioni sono soprattutto la testimonianza di un'esperienza vissuta e rielaborata, sono la memoria della fatica, del dolore, della speranza, di ciò che si prova sulla propria pelle" [26, pp.19-20]. Questo fa sorgere la domanda come si sia potuto fare a meno finora di questo potenziale. Infatti il modo di elaborare e sentire la relazione con il malato influisce sul comportamento professionale, sulle decisioni diagnostiche e terapeutiche, e sulle risposte del paziente e del suo ambiente.

### **Traiettorie di malattia renale croniche: impatto sui malati e sui nefrologi**

Jane O. Schell e collaboratori hanno studiato 11 nefrologi e 29 nefropatici mediante interviste semi-strutturate ed hanno identificato 6 temi che descrivono come le traiettorie della malattia renale siano discusse e comprese: 1) i pazienti sono scioccati dalla diagnosi, 2) i pazienti sono incerti su come progredirà la malattia, 3) i pazienti mancano di preparazione per vivere con la dialisi, 4) i nefrologi lottano per spiegare la complessità della malattia, 5) i nefrologi gestiscono una malattia sulla quale hanno un controllo limitato e 6) i nefrologi tendono ad evitare discussioni sul futuro. Pazienti e nefrologi hanno riconosciuto che le discussioni sulla prognosi sono rare. I pazienti tendevano ad affrontare il discorso sul loro futuro eludendolo, e concentrandosi sulle loro attuali condizioni mentre i nefrologi erano preoccupati per le possibili reazioni negative considerandole di potenziale ostacolo a queste conversazioni. Pazienti e nefrologi affrontano sfide nella comprensione e preparazione delle traiettorie di malattia renale. Gli interventi di comunicazione che riconoscono il ruolo dell'emozione del paziente e affrontano l'incertezza possono migliorare il modo in cui i nefrologi discutono la traiettoria della malattia con i pazienti e in ultima analisi migliorano la loro comprensione e preparazione per il futuro. "Lo studio evidenzia il gap che esiste tra malati anziani e nefrologi sulla conoscenza della traiettoria della malattia renale. Un'efficace comunicazione può migliorare le cure centrate sul paziente e promuovere decisioni condivise migliori" [27, p. 501]. Questo supporta l'idea che "la guarigione parte dalla comprensione dell'altro e solo capendo la peculiarità del caso e dell'individuo si potrà fare quel bene che è lo scopo unico e vero dell'arte medica" [28, p. 64].

### **Vivere con la malattia cronica**

I malati cronici sperimentano una perdita di controllo: da una parte la malattia con tutte le sue limitazioni dall'altra il sistema sanitario, che fa percepire al paziente di

essere un oggetto di cura, e non un soggetto capace di decisioni e controllo. Tutto questo può far sorgere un senso di impotenza. E crea uno squilibrio profondo nella vita della persona malata che deve ritrovare il personale equilibrio (guarigione?). La difficoltà della ricerca di un nuovo equilibrio è grande e proporzionale al bisogno di superare il senso d'impotenza e di riconciliarsi con se stesso [29]. Aujoulat scrive che: “la cronicità apre nel rapporto clinico uno spazio di incertezza e di negoziazione. L'incontro terapeutico cerca di promuovere l'autonomia del malato (*empowerment*), non l'adesione alle prescrizioni mediche (*compliance*). L'adesione terapeutica, deve essere vista come un processo che contribuisce ad altre finalità, come quella di migliorare la salute e la qualità di vita delle persone malate” [29, pp. 164-165]. Come dice Milz “la salute non è una questione di tornare alla situazione prima della malattia, ma piuttosto possibilità di far fronte alla malattia, allo sviluppo personale e ad uno stile di vita diverso. Una rivalutazione della conoscenza personale e dell'esperienza, la fiducia nel futuro e la convinzione che la vita possa essere significativa nonostante la malattia, sono ora fattori centrali nel loro recupero e nel processo di guarigione. Questi fattori li aiutano a trovare nuove speranze e motivazioni, a fare nuovi piani, e infine, cercare nuovi obiettivi, strategie e valori”. “Una diversa comprensione di se stessi e degli altri e dei cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti personali permette di diventare un “malato sano” [30, p. 25].

### **Verità e speranza**

“Esiste una relazione inversa tra speranza e verità. Più verità rivelata significa minore capitale di speranza. Alcuni soggetti appaiono più sensibili alla verità di altri, esibendo un declino della speranza più pronunciato mentre vengono rivelate quantità crescenti di verità o fatti medici [...] Un medico può mirare solo a raggiungere un equilibrio, in cui una preferenza non è eccessivamente compromessa a scapito dell'altra. [...] Regole e linee guida rigorose su come affrontare i problemi di comunicazione non danno i migliori risultati per tutti i pazienti. La quantità ottimale di verità da rivelare può essere stimata solo da decisioni individualizzate” [31; pp. 519, 521].

### **Trasmettere certezza nella prognosi ai pazienti con ESRD**

Fare la prognosi è per il medico più difficile che fare la diagnosi e la terapia. La prognosi è gravata da incertezza e i nefrologi sono riluttanti a discutere sulla prognosi di una terapia associata con alta mortalità, addirittura superiore a quella del cancro. Così facendo i medici riducono la comunicazione ed inconsapevolmente diventano più proni al paternalismo. Dati di letteratura dimostrano che la prognosi è stata negata al 60-90% dei pazienti in dialisi. Certo la variabilità della comorbilità rende la prognosi difficile, ma da Ippocrate in poi fare la prognosi è compito ineludibile del medico. Ogni nefrologo si dovrebbe rendere conto che non si può lasciare nell'incertezza una persona che entra in dialisi o si sottopone ad un trapianto di rene. La non comunicazione della prognosi causa al paziente ansia e molto spesso non è la prognosi a devastarli ma la modalità con cui è comunicata per carenza di formazione nelle scuole

di specializzazione. I malati hanno diritto di sapere a cosa vanno incontro e tra quanto tempo inizieranno a fare dialisi, una procedura che ha negli Stati Uniti il 20-25% di mortalità annua. Bisogna aumentare le abilità comunicative in modo da aumentare il livello di soddisfazione dei malati avvalendosi di gruppi interdisciplinari che aiutano il medico a capire meglio il malato, ma sapendo che tra tutte le persone del team il malato ha più fiducia o solo fiducia nel medico. Il medico a sua volta capisca e si attrezzi formandosi autonomamente a comunicare personalmente ai pazienti la mancanza di certezza del processo prognostico [32].

### **La speranza**

A Napoli nel tredicesimo secolo Tommaso d'Aquino Professore all'Università, definì le condizioni perché ci possa essere speranza. "Ora per l'oggetto della speranza si richiedono quattro condizioni. Prima, che sia un bene: perché propriamente parlando non si può sperare che il bene. Secondo, che sia il futuro poiché la speranza non riguarda ciò che attualmente si possiede. Terzo, si richiede che sia qualcosa di arduo raggiungibile con difficoltà. Quarto, si richiede che codesta cosa sia raggiungibile" [33, p. 393]. Per Tommaso perché ci possa essere speranza deve esserci almeno una piccolissima possibilità che essa si realizzi. Snyder, invece, la definisce come un'attitudine pragmatica e orientata agli obiettivi, nonché "atteggiamento che una persona assume di fronte alle difficoltà, che combina una determinazione orientata all'obiettivo con l'abilità di generare il significato del raggiungimento dell'obiettivo" [34, p. 570; 35]. In medicina si parla di "spettro della speranza" per indicare "l'insieme di aspettative che il paziente manifesta, al di là della guarigione: vivere più a lungo trovare un significato alla vita, poter trascorre più tempo con le persone amate, continuare a svolgere le attività che svolgeva prima, avere una morte serena, ecc. La maggior parte delle speranze dei pazienti sono di tipo personale e sociale, legate ai valori di riferimento: famiglia, amici, senso di sé, spiritualità, preoccupazioni di tipo pratico (finanziarie e testamentarie). Attraverso l'attenzione e l'ascolto il medico potrà aiutare il paziente a far emergere le aspettative individuali e a individuare obiettivi raggiungibili della terapia, che possano segnare traguardi positivi nella lotta alla malattia." [36, p. 5].

### **"La speranza predice l'aggiustamento nell'ESRD e nella dialisi?"**

Come titolato nel famoso studio della Billington la speranza emerge quale importante fattore predittivo di adeguamento alla malattia renale terminale. La speranza ha infatti dimostrato un ruolo nel prevedere la varianza dell'ansia, della depressione, degli effetti e del carico della malattia renale, e qualità della salute mentale della vita. La speranza va quindi promossa come fattore di protezione e la condivisione di tale pratica nei servizi renali sarebbe consigliata. Va però sottolineato che dovrebbe essere promossa la speranza in relazione al perseguimento di obiettivi specifici. L'autore sottolinea come non sia appropriato incoraggiare la speranza di una ripresa completa (se improbabile), mentre potrebbe essere utile incoraggiare la speranza per la ripresa

(anche se adattata) di valori precedentemente considerati, attività o ruoli. Molteplici attività terapeutiche possono promuovere la speranza e rammentare agli individui le risorse che possiedono. Potenzialmente, tutto lo staff che lavora all'interno dei servizi renali potrebbe quindi considerare il proprio ruolo nel facilitare la speranza, anche se i benefici in termini di miglioramento del risultato sono ancora tutti da valutare [37].

### **Robin A.J. Eady, un malato sano di lungo corso**

*Dialisi.* “Cominciai l'emodialisi intermittente nel febbraio del 1963 sotto la supervisione di Belding Scribner a Seattle, negli Stati Uniti. Avevo scoperto un anno prima di avere una grave forma di ipertensione arteriosa associata ad una funzione renale rapidamente declinante, al Guy's Hospital di Londra, dove ero anche iscritto come studente di Medicina. Forse potrei paragonare la mia esperienza a quella di un giovane soldato ferito su un campo di battaglia. Fui costretto ad affrontare un evento terribile che mi cambiava la vita totalmente, che mi svuotava di ogni mia energia, delle forze, dell'appetito e di quasi tutta la mia capacità di dormire normalmente. Benché non avessi dolore, l'effetto psicologico dell'essere ammalato gravemente, senza alcun avvertimento o preparazione, fu molto profondo. Capivo che il futuro sarebbe stato penoso, ma mai acconsentii a meditare su questo o a farmi trascinare dalla prognosi miserevole che avevo capito dalle mie ricerche sulla letteratura medica”.

*Avere una fede.* “Benché nel nostro tempo sia ”fuori moda” per i medici e gli scienziati cercare o ammettere un credo religioso, non ho esitazione a riconoscere che la mia fede in Dio ebbe a quel tempo una grande influenza su di me ed è stata una sorgente di conforto e di incoraggiamento”. “Avevo un forte convincimento che fossi destinato ad un'esistenza più lunga, della quale nulla lasciava prevedere la durata”.

*Rapporto medico-paziente.* “Sono stato fortunato ad avere avuto tra i miei medici prima Belding Scribner e più avanti Stanley Shaldon. Entrambi erano innovativi ed ostinati, di carattere e con l'attitudine al “si può fare” nelle sfide mediche: mi incoraggiarono come loro paziente ad adottare un ruolo attivo nella realizzazione pratica della mia dialisi e in altri aspetti del mio management clinico. Sapevano che sarebbe stato più sicuro ed efficace e non ebbero mai dubbi sulla mia capacità di ritornare ai miei studi medici e di continuare con la mia scelta per la professione di medico”.

*Verità.* “È certamente un concetto errato che la conoscenza medica aiuti sempre le persone a conoscere la loro salute malata. Essa può avere un effetto opposto e indurre depressione, perfino disperazione. Avevo deciso di voler fare il medico da giovanissimo e questa era stata un'ambizione di lunga durata, prima che la mia malattia cominciasse. Ho pochi dubbi che essere uno studente di medicina o medico mi abbia facilitato ad aprire le porte, incluse quelle di avere le migliori opinioni cliniche,

quando ne avevo bisogno. Nonostante ciò devo molto anche al caso. Sono appena approdato alla pensione dopo anni di docenza accademica in dermatologia. Fui capace di sviluppare una carriera in una branca della medicina che richiede minori sforzi fisici di tante altre”.

*Una vita appagante.* “Ovviamente sono stato fortunato: ho accennato alla buona fortuna diverse volte. Fui fortunato ad essere curato dal Dr. Scribner nei primi anni Sessanta; ad essere stato accettato come uno dei primi pazienti in dialisi cronica ad Edmonton e aver vissuto gli anni difficili della dialisi domiciliare usando una macchina che ora è virtualmente un pezzo da museo. Sono stato anche fortunato ad avere una famiglia meravigliosa. Gli amici ed i colleghi hanno avuto un grande ruolo nel mio andare avanti. Il solo sopravvivere non è mai stato sufficiente. Qual è il punto nel rimanere in vita? È il vivere una vita appagante che realmente fa la differenza” [38, pp. 24-27].

### **Prendersi cura**

La malattia renale cronica è associata a molte perdite e dipendenze [39]. Il lavoro con le persone con insufficienza renale cronica deve pertanto essere cambiato adottando strategie basate un approccio centrato sui malati. Questo scopo lo si raggiunge, come suggerito recentemente da O’Hare [40].

1. Ascoltando i pazienti e imparando dalla loro esperienza,
2. Avendo tempo per loro, tutto il tempo necessario. Un traguardo difficile ma non impossibile.
3. Decidendo di oltrepassare i limiti dell’usuale (una decisione strettamente individuale)
4. Rispettando le esigenze del malato
5. Costruendo una relazione forte.

Ovviamente si deve tener conto che si adotta il metodo della complessità che ha però il vantaggio di fare tesoro dei vantaggi della modernità [41].

### **BIBLIOGRAFIA**

1. What is health? The ability to adapt. (2009). *Lancet* 373 (9666), 781  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6)
2. Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.
3. Gadamer, H. G. (1994). Dove si nasconde la salute, ed. it. Raffaello Cortina: Milano.
4. Buckman, R. (2003). *La comunicazione della diagnosi*, ed.it. Raffaello Cortina: Milano.
5. Ptacek, J.T. & Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502.  
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540060072041>
6. Istituto Superiore di Sanità, (2007). *Manuale di valutazione della comunicazione in oncologia*. Rapporti ISTISAN, 07/38.
7. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/symptoms-causes/syc-20354521>. (Visitato il 10 febbraio 2019).

8. Mazzoni, D., Laghi, M., & Cicognani, E. (2013). Qualità della vita e fattori psicosociali nei pazienti con insufficienza renale. *Psicologia della Salute*, 3(3), 5-27.
9. Bello, A., Kaar, B., El Rossi, M., El Nahas, M. (2007). Epidemiology and Pathophysiology of Chronic Kidney Disease, pp. 907-918. In: Floege, J., Johnson, R.J., Feehally, J. (Eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*. Fourth Edition, St. Louis: Elsevier.
10. Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., et al. (2013). Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *Lancet*, 382 (9888), 260-272. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
11. Conte, G., Pacilio, M., Garofalo, C., Liberti, M.E., Provenzano, M.E., Santangelo. (2014). Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia e strategie per la prevenzione. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 31(4): 1-10.
12. Gambaro, G., Yabarek, T., Graziani, M. S., Gemelli, A., Abaterusso, C., Frigo, A. C., et al. (2010). Prevalence of CKD in northeastern Italy: Results of the INCIPE study and comparison with NHANES. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(11), 1946-1953. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.02400310>
13. Ministero della Salute. Istituto Superiore di Sanità. Società Italiana di Nefrologia. (2012). *Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica dell'adulto. Linea Guida* 23, pp. 120-123.
14. National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Chronic Kidney Disease. Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care*. NICE:London, <http://www.nice.org.uk/CG73> (visitato il 15-12-2011), pp. 177 -181.
15. Balint, M. (1970). *Medico, paziente e malattia*, ed. it. Feltrinelli: Milano.
16. Singer, G. R., & Koch, K. A. (1997). Communicating with our patients: The goal of bioethics. *Journal of the Florida Medical Association*, 84 (8), 486-487.
17. García, J. L. T. (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva de la atención primaria*. Barcelona: Mosby-Doyma.
18. RamosFuentes M.I., Fernandez J.I., Gonzalez I.E. & Vaz, L.F. (n.d.). Il rapporto medico-paziente: un rapporto terapeutico. <http://psychomedia.it/pm/modpsy/liaison/ramos.htm>. (visitato il 10 febbraio 2019).
19. Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00294-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00294-2)
20. Heijmans, M., & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 485-503.
21. Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger (Vol. 2). In: Rachman, S. (Ed). *Contributions to Medical Psychology*, pp. 7-30. New York: Pergamon Press.
22. Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: Associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25 (1), 59-64. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2011.00987.x>
23. Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: A narrative review. *Clinical Kidney Journal*, 9(3), 494-502. DOI: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfw014>
24. Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *British Medical Journal*, 318: 48-50. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>
25. Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286 (15), 1897-1902. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
26. Marsico, G. (2007). Perché raccogliere storie? *R&P*, 23: 18-25.
27. Schell, J. O., Patel, U. D., Steinhauser, K. E., Ammarell, N., & Tulskey, J. A. (2012). Discussions

- of the kidney disease trajectory by elderly patients and nephrologists: A qualitative study. *American Journal of Kidney Diseases*, 59(4), 495-503. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2011.11.023>
28. Guarneri, L. (2004). *La Cosa più Stupefacente al Mondo. Avventure di un malato esperto*. Milano: Anima Edizioni.
29. Aujoulat, I. (2009). Vivere con una malattia cronica: lo sviluppo di una nuova identità di salute. In: *La comunicazione della salute*, pp. 163 – 170. Milano: Raffaello Cortina.
30. Milz, H. (1992). “Healthy Ill Persons”. Social cynism or new perspective for living with a chronic disease. In: *Health Promotion And Chronic Illness*, WHO Regional Publishing, European Series, 44, pp. 25 - 29.
31. Sonnenberg, A. (2004). Exploring how to tell the truth and preserve hope: Can a balance between communication and empathy be calculated?. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2(6), 518-522. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1542-3565\(04\)00172-7](https://doi.org/10.1016/S1542-3565(04)00172-7)
32. Parvez, S., Abdel-Kader, K., Song, M. K., & Unruh, M. (2015). Conveying uncertainty in prognosis to patients with ESRD. *Blood Purification*, 39 (1-3), 58-64. DOI: <https://doi.org/10.1159/000368954>
33. Aquinas T. (1265- 1273). *Summa Theologiae*, ed.it. ESD: Bologna.
34. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570 – 585. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
35. Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology*, 257-276. New York: Oxford University Press.
36. Università di Ferrara. Fondazione Anna Maria Sechi per il Cuore. (2011). *Comunicare con il cuore. Guida per un'efficace comunicazione tra medico e paziente*. <http://www.hstory.it/wp-content/uploads/2011/09/comunicare-con-il-cuore.pdf> (visitato il 10 febbraio 2019).
37. Billington, E., Simpson, J., Unwin, J., Bray, D., & Giles, D. (2008). Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis?. *British Journal of Health Psychology*, 13 (4), 683-699. Doi: <https://doi.org/10.1348/135910707X248959>
38. Eady R.A.J. (2008). Sopravvivere non è abbastanza. Riflessioni di un paziente renale di lungo corso. In: De Santo, N.G., De Santo, R.M., Perna, A., Bellinghieri, G., Cirillo, M. (Eds). *Sopravvivere non è abbastanza*, pp. 24 -27. Napoli: Istituto Italiano per gli Studi Filosofici.
39. Fabrazzo, M., & De Santo, R. M. (2006). Depression in chronic kidney disease. *Seminars in Nephrology*, 26 (1), 56-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2005.06.012>
40. O'Hare, A. M. (2018). Patient-centered care in renal medicine: Five strategies to meet the challenge. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(5), 732-736 DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.11.022>
41. O'Hare, A. M. (2017). Embracing Complexity: How to Build an Evidence Base Capable of Supporting Patient-Centered Care. *American Journal of Kidney Diseases*, 70(4), 453-455. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.06.019>

RESEARCH ARTICLE

# Psicopatologia e Psicoanalisi tra conoscenza, diagnosi e cura

Daniela Cantone<sup>1</sup>, Carmela Guerriera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia – Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli



**Citation**

Cantone D., Guerriera C. (2019).  
Psicopatologia e Psicoanalisi  
tra conoscenza, diagnosi e cura  
Phenomena Journal, 1, 37-43.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.28>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Daniela Cantone  
[daniela.cantone@unicampania.it](mailto:daniela.cantone@unicampania.it)

**Ricevuto:** 05 aprile 2019

**Accettato:** 17 aprile 2019

**Publicato:** 08 giugno 2019

ABSTRACT

The authors propose a psychoanalytic reading of the psychopathology, underlining the shift of the objective, knowledge and care, from the pathology to the subject that is the bearer and to the widening, in a horizontal way, to the dimension Intersubjective, and in a vertical and diachronic way, to that trans generational. The diagnosis is considered a necessary and important objectiveveing operation, which allows to reduce the individual complexity to constant and generalizable phenomena in an supra-individual dimension, however, support the authors, it must not Prematurely saturating the cognitive process in its unfolding in the analytical relationship, understood the latter as a place of production of content and unconscious psychic forms and not only as a scenario of their manifestations. It is highlighted that psychoanalytic research, in particular in the field of childhood and adolescence, and in relation to severe manifestations of psychic suffering, has increasingly placed attention, even for the purpose of diagnostic evaluation, at the levels Primitive and undifferentiated psychic functioning and the dimensions of pre-mentality in the peri-natal and fetal life. The authors, supported by the most recent psychoanalytic literature on the topic of psychopathology as well as the therapeutic factors of the cure, also expose some thesis on the evaluation of the new manifestations of the psychic discomfort, which occur Often by the way of somatic or more generically as enigmatic “unbeing” in living as subjects in the world. At the same, the question is taken on these new clinical forms, if they are evidenced because of the changes in the evaluation instruments or whether they are objectively identifiable and classifiable.

KEYWORDS

**child psychoanalysis; psychological diagnosis, therapeutic factors.**

ABSTRACT IN ITALIANO

Le autrici propongono una lettura psicoanalitica della psicopatologia, sottolineando lo spostamento dell'obiettivo, della conoscenza e della cura, dalla patologia al soggetto che ne è portatore e all'ampliamento, in modo orizzontale, alla dimensione intersoggettiva e, in modo verticale e diacronico, a quella trans generazionale. La psicodiagnosi è considerata un'operazione di oggettivazione necessaria e importante, che consente di ridurre la complessità individuale a fenomeni costanti e generalizzabili in una dimensione sovra-individuale, tuttavia, sostengono le autrici, essa non deve saturare prematuramente il processo conoscitivo nel suo svolgersi nella relazione analitica, intesa quest'ultima come luogo di produzione di contenuti e di forme psichiche inconscie e non solo come scenario delle loro manifestazioni. Viene evidenziato come la ricerca psicoanalitica, in specie nel campo dell'infanzia e dell'adolescenza e in relazione a severe manifestazioni di sofferenza psichica, abbia posto sempre più l'attenzione, anche ai fini della valutazione psicodiagnostica, ai livelli primitivi e indifferenziati del funzionamento psichico e alle dimensioni del pre-mentale nella vita peri-natale e fetale. Le autrici, supportate dalla più recente letteratura psicoanalitica sul tema della psicopatologia, come anche dei fattori terapeutici della cura, espongono inoltre alcune tesi sulla valutazione delle nuove manifestazioni del disagio psichico, che si presentano spesso per la via del somatico o più genericamente come enigmatico “malessere” nel vivere come soggetti nel mondo. Contestualmente viene ripreso l'interrogativo su queste nuove forme cliniche, se esse si evidenzino a causa dei cambiamenti degli strumenti di valutazione o se esse siano oggettivamente identificabili e classificabili.

PAROLE CHIAVE

**psicoanalisi infantile, psicodiagnosi, fattori terapeutici.**

## Introduzione

Il grande mutamento di paradigma introdotto dalla metapsicologia psicoanalitica freudiana ha comportato il passaggio da una classificazione nosografica della malattia mentale a una psicopatologia fondata sulla valutazione delle dimensioni della realtà psichica dell'individuo, attraverso l'analisi dell'Inconscio e il dispiegarsi del transfert e del controtransfert nel processo analitico. Lo spostamento dello sguardo analitico dalla patologia al soggetto che ne è portatore, si è ampliato altresì, in modo orizzontale, alla dimensione intersoggettiva, e, in modo verticale e diacronico, a quella transgenerazionale. Ma in che senso è intesa la conoscenza in tal modo prodotta? Oggetto teorico della psicoanalisi sono i fatti psichici; ma il dispositivo analitico della cura nel setting produce esso stesso "fatti" psichici inconsci, che si integrano con quelli di cui il soggetto è portatore. I contenuti di un'analisi sono, infatti, il frutto sia dell'incontro intersoggettivo analista-paziente sia della trasformazione di ciascun soggetto della relazione. Il soggetto, quindi, è sempre implicato nel metodo di ricerca del suo oggetto e la conoscenza psicoanalitica è inscindibile dal suo "farsi", dalla sua azione, mantenendo un approccio interrogativo di fronte all'essere umano che denuncia e nasconde allo stesso tempo, nel sintomo, una sofferenza psichica. Disposi alla comprensione e alla decodifica della comunicazione che si stabilisce tra gli inconsci dell'analista e del paziente nella loro relazione, non può, quindi, che risultare totalmente estraneo all'uso di categorie diagnostiche che non possano rendere conto della dimensione dinamica della relazione analitica. La ricerca psicoanalitica si è andata progressivamente sviluppando di pari passo e in interconnessione con quanto andava emergendo dal suo "laboratorio": la clinica, in specie in trattamenti intensivi e con pazienti affetti da psicopatologie severe, frutto di danni riconducibili, nella loro genesi, agli albori della vita psichica. In tal modo la ricerca si è posta interrogativi concernenti l'area del funzionamento primitivo della mente e i suoi fondamenti originari, i passaggi dall'indifferenziazione alla personalizzazione, le vicende di un soggetto nascente nell'intreccio dinamico con altri soggetti che lo precedono. I risultati che questo tipo d'indagine porta nel processo di conoscenza, di diagnosi e di cura, non sono considerati quali matrici invariabili del soggetto, come fossero una fotografia ingiallita degli inizi della sua vita psichica, bensì come alcuni fondamentali fattori sempre attivi nel soggetto, nella sua condizione di paziente, in una relazione analitica. Soggettiva non è l'idea che l'analista si fa del paziente, a partire dal primo incontro, o quella che il paziente si fa di sé intorno al suo disagio, bensì è un aggettivo che rimanda a un'esperienza inter-soggettiva a cui pervengono entrambi, che si costruisce soltanto ed esclusivamente nella relazione analitica, transferale e controtransferale, ai diversi incroci tra le diverse vie degli inconsci. Un ulteriore aspetto da tenere in conto nella valutazione diagnostica è comprendere quanto quelle manifestazioni di disturbo/disagio psichico rimandino a un quadro psicopatologico o piuttosto ad una crisi transitoria, un segnale di un crollo momentaneo del funzionamento o ancora una crisi di passaggio evolutivo.

## La valutazione delle dimensioni dello psichismo

Da quanto finora esposto, s'individua la necessità di pervenire ad una diagnosi che sia *funzionale*, che tenga conto della storia del soggetto e dell'impatto che su di lui hanno avuto alcune avvenimenti, specie quelli che si configurano come "passaggi" da una condizione di vita ad un'altra, e come "cesura" [1], che indica una scissione non patologica, o "clivaggio" [2], concetto che rimanda sia a un processo dissociativo sia a quello di discriminazione, rintracciabile nello sviluppo normale così come nella situazione analitica.

Come Freud, pensiamo che ci sia un continuum tra normalità e patologia, il che ci obbliga a valutare, ad esempio, nel considerare lo sviluppo psichico, come il soggetto affronta non il continuo, la *tappa* successiva, ma il *discreto*, l'inatteso, così come le separazioni, quelle insite nel processo di soggettivazione e necessarie alla nascita della mente e del pensare, e quelle che la vita gli riserva. È necessario interrogare la cesura, come suggerirebbero gli autori sopra citati. Dobbiamo muoverci in un'ottica di multifattorialità quando pensiamo, se non alle cause, alle origini della patologizzazione di uno sviluppo, di un'organizzazione psichica, pensare in termini di complessità dello psichismo.

Anche la psicoanalisi infantile e dell'adolescenza non sono di certo prive dell'esigenza di valutazione delle condizioni psichiche del paziente, del suo livello o modalità di funzionamento psichico, delle sue fantasie inconse, del grado d'integrazione dell'Io e della sua tenuta rispetto all'intensità e alla tipologia delle angosce, delle difese adottate per farvi fronte. A ciò si aggiunga, sempre come garanzia di libertà dalle classificazioni psicopatologiche, che i pazienti, bambini o adolescenti, si muovono nell'area di un potenziale sviluppo del proprio Sé, anche in presenza di fenomeni psicotici.

A nostro parere, la psicoanalisi infantile può godere della libertà dai rigidi inquadramenti diagnostici, per la natura dell'oggetto psichico e dei soggetti in fieri con i quali lavora, così come la psicoanalisi di gruppo; entrambe le psicoanalisi, che siano di marca anglosassone o sud americana o francese, sostengono la necessità della tolleranza sia del dubbio sia dell'insaturo. "Da questi sviluppi teorici è derivato l'allargamento degli orizzonti della clinica e della tecnica verso le psicopatologie infantili e le psicosi e, attualmente, verso nuove forme di disagio e di sofferenza che sembrano sempre più radicarsi nell'indifferenziazione originaria sé-oggetto." [3, p.204]. Si registrano cambiamenti nella tipologia dei fenomeni psicopatologici, correlati anche a mutamenti antropologici e sociali, che sfuggono a classificazioni generali, non pronte ad essere "aggiornate" con la stessa rapidità e con una sufficiente flessibilità alle necessarie revisioni.

Una sfida alla clinica ci proviene attualmente dai casi, emergenti già dal ventesimo secolo, in cui risulta compromessa, a livelli differenti, la capacità di rappresentazione e simbolizzazione; si tratta di forme psicopatologiche non ascrivibili alle categorie classiche delle psiconevrosi né delle psicosi, e che sembrano piuttosto rimandare alle "nevrosi attuali". È quanto rileva Lowenkron [4] nella sua accurata disamina sulle

teorie psicoanalitiche che s'interrogano sulla valutazione delle nuove manifestazioni del disagio psichico, le quali si presentano spesso per la via del somatico o più genericamente come enigmatico "malessere" nel vivere come soggetti nel mondo. L'autrice individua essenzialmente due filoni teorici psicoanalitici che propongono una spiegazione della diffusione di tali casi: l'uno li ascrive sostanzialmente a un mutamento di paradigma, per cui si definirebbero oggi, ad esempio, come depressioni alcune forme diverse dell'isteria [5]; l'altro invece li interpreta come nuove psicopatologie, le "nuove malattie dell'anima" [6]. Ugualmente difficili da valutare sono i casi in cui si rileva un'inibizione della spinta alla conoscenza, di sé e dell'altro, alla quale M. Klein attribuiva una natura pulsionale, definendola appunto *pulsione epistemofilica* [7] e che nell'infante assume come primo oggetto il corpo materno e i suoi contenuti, e poi la coppia parentale e tutti gli altri "oggetti" del mondo relazionale del bambino. È innegabile l'importanza di questa pulsione per la costruzione dell'identità e lo sviluppo della sessualità e del pensiero simbolico, che non ritroviamo in alcuni pazienti adolescenti, nativi digitali, alle prese con ripetuti fallimenti dei tentativi di riempire il vuoto angoscioso dell'ignoto e dell'assenza di un vero oggetto, che sia attraente e che possa quindi essere investito libidicamente. Il clinico dovrà ritrovare in ogni processo terapeutico innanzitutto la propria curiosità epistemofilica, verso questi pazienti che sembrano non essere interessati a conoscere l'altro e a farsi conoscere, e provare così a fare breccia nella loro indifferenza e attivare un'alleanza per la cura.

Sono profondamente mutati anche gli scenari istituzionali (ci riferiamo alle istituzioni sanitarie) rifondate nella loro struttura organizzativa e anche negli obiettivi di prevenzione e cura della salute mentale. Non ci si meraviglia, quindi, che nella clinica, anche quella psicoanalitica, ci s'interroghi sui propri strumenti interpretativi delle "nuove realtà" e sui dispositivi di cura, pur tenendo costanti le funzioni fondamentali dei suoi modelli.

L. Grinberg, D., Sor, E. Tabak de Bianchedi [8] descrivono le varie funzioni del modello nella concezione bioniana: "...il modello rende possibile trovare la corrispondenza tra i problemi specifici presentati dai pazienti e il corpo principale della teoria psicoanalitica. [...] Il modello si costruisce con elementi connessi con l'esperienza sensoriale, e permette di stabilire un ponte fra i fatti osservati nella clinica e la teoria o le teorie astratte con cui l'analista si accosta ad essi. [...] Il modello usato dall'analista dovrà essere tale che gli permetta di giungere a un'interpretazione dei fatti che si presentano per essere esaminati. [...] Partendo dal materiale del paziente, l'analista deve stabilire perché questi lo stia producendo e quale debba essere l'interpretazione corretta. [...] Il modello pone in risalto due gruppi di idee: quelle connesse con il materiale del paziente e quelle legate al corpo della teoria psicoanalitica". (pp. 40-41).

## Conclusioni

"La diagnosi è un'operazione di oggettivazione necessaria e importante, che consente di ridurre la complessità individuale a fenomeni costanti e generalizzabili in una di-

mensione sovra-individuale, tuttavia essa non deve saturare prematuramente il processo conoscitivo” [3, p. 206]. È indiscutibile la necessità di indicatori, di parametri, per la valutazione diagnostica e per orientarsi nella direzione della cura; ciò avviene rintracciando la struttura ed il funzionamento sottostanti i sintomi del paziente, il livello di integrazione del suo Io, le strategie difensive che il paziente mette in atto per far fronte ai suoi conflitti, la tipologia degli oggetti interni e il modello di relazione oggettuali, la capacità di contatto con la realtà interna ed esterna. La valutazione della trattabilità di un paziente può giovare anche degli “assi organizzativi” proposti da Green [9] quali la sessualità, l’Io, il Super-Io, e le forme di disorganizzazione derivanti dalla distruttività orientata verso l’esterno, così come dalla distruttività rivolta verso l’interno, rintracciabili in forme severe di narcisismo negativo e di masochismo primario, sempre più diffuse. Tutto ciò, mantenendo comunque, sempre, l’attenzione su quanto egregiamente espresso da Mareike Wolf-Fédida: “Una classificazione che non permette al paziente di esprimersi, di avere davanti a sé il tempo per cercare le proprie parole, per cercarsi, è inevitabilmente una censura della clinica. È qui che bisognerà essere attenti affinché la classificazione non censuri la clinica rendendola impossibile, invece di facilitarla” [10, p. 97]. D’altra parte, è proprio dell’approccio psicoanalitico concepire la valutazione diagnostica come un processo che si svolge lungo un continuum che va dal primo contatto con il paziente, o con i suoi genitori, nel caso di bambini e adolescenti, e che procede nel corso del trattamento, giungendo a definirsi come quadro compiuto verso la conclusione del percorso. Il tempo della valutazione può tuttavia essere molto breve, come nelle situazioni, anche queste sempre più frequenti, di interventi terapeutici dove la contrazione temporale è decisa da pazienti che ricercano solo una risoluzione rapida di un sintomo o il riconoscimento del loro essere “ammalati”, senza darsi la possibilità di una cura. Pensiamo che vivere una relazione terapeutica, connotata dal transfert ma anche dal carattere di nuova relazione, abbia per il paziente un potenziale trasformativo della propria condizione psichica nella direzione della salute [11, 12, 13], in quanto conferisce pensabilità alla intera esperienza del soggetto, e diviene pensabile e intellegibile anche per il terapeuta [14]. In quest’ottica, ma allargando lo sguardo anche al mondo relazionale esterno in cui il soggetto è immerso, la psicoanalisi può darsi anche un obiettivo di prevenzione del disagio psichico e di intervento nel sociale, non dimenticando tuttavia che si può parlare di “analisi” solo per gli interventi che rispettino le condizioni indicate da S. Freud e il significato insito nella parola “cura” psicoanalitica. Bleger, a tal proposito, seguendo il pensiero freudiano, ci ha fornito una chiara definizione di cura: “Cura significa [...] modifica in senso favorevole di sofferenze e/o organizzazioni patologiche” e continua ponendo in un rapporto di similitudine la cura con l’apprendimento, intendendo quest’ultimo come: “...una modifica della personalità sulla base dell’esperienza. [...] In psicoanalisi l’esperienza è ciò che è vissuto come relazione transferale e l’apprendimento è strettamente collegato con l’insight” [15, p.300]. Si guarda all’inconscio del soggetto analizzante, anzi agli inconsci, che prendono forma nel presente della seduta analitica e nella relazione interspichica, transferale e

controtransferale, tra analista e analizzante, in una prospettiva che è al tempo stesso ricostruttiva e costruttiva. Non si tratta di risalire al passato infantile per rintracciare le ragioni del suo essere quel soggetto del presente, per “spiegare” la sua dimensione intrapsichica come fosse, in modo deterministico e statico, la risultante di ciò che è stato, di ciò che l’ha preceduto. Il processo di soggettivazione è infatti un’appropriazione dinamica, una personalizzazione, di ciò che ci precede, dei fantasmi anticipatori genitoriali, ad esempio, e ciò inizia molto presto, sin dalla prima infanzia. L’analisi si pone il compito di consentire all’analizzante di trasformare il proprio passato in storia, di conferire per la prima volta o riconferire significato, pensabilità, rappresentabilità al suo passato, di poter creare dei ricordi, in un movimento continuo tra ciò che ritorna e ciò che si crea. E, tuttavia, non bisogna dimenticare che alcune tracce si sottraggono alla significazione, alla trasformazione, come conseguenza di alcune situazioni traumatiche, ad esempio, così come nei casi in cui prevale l’azione della pulsione di morte, allora la cura dovrà assumere ancora di più l’obiettivo di consentire una trasformazione della dimensione intrapsichica, diremmo dell’economia psichica, del soggetto.

Cura e conoscenza, nella cornice di modelli e teorie, continuamente devono poter coniugarsi per dar vita ad un’attività del pensare e dell’elaborare, che le sviluppi e le trasformi; è già a tale processo in sé che possiamo assegnare una valenza terapeutica. È altresì necessario il confronto con altre professionalità impegnate nelle relazioni di cura, evitando in tal modo anche il rischio di una chiusura della coppia analista-paziente in situazioni idealizzate così come una visione iper-soggettiva e rigida da parte dell’analista, che in tal modo nega la realtà dinamica della psiche. Il gruppo di intervizione, la discussione dei casi in equipe, svolgono anch’essi, come è noto, un ruolo importante sia nella diagnosi che nella cura, specie in casi clinici in cui l’uso massivo di scissioni, proiezioni e *identificazioni proiettive* [16], come avviene nelle psicosi, può compromettere la capacità pensante del curante e con essa la stessa cura. Vorremmo concludere con una citazione di Kaës che racchiude il senso del compito che ci attende in qualità di clinici psicoanalisti. “Il rapporto tra disagio del mondo moderno e disturbi psichici non è solo un’interrogazione per la psicoanalisi, è anche una problematica della psicoanalisi” [17, p.91] e chiarisce che il problema si sostanzia in interrogativi epistemologici: “...in che misura siamo attenti ai processi e a configurazioni nuovi perché i nostri strumenti si sono trasformati? O possiamo senz’altra precauzione ammettere che tali cambiamenti sono oggettivamente identificabili?” [17, nota n.12, p.91]. Proseguire nella ricerca per poter individuare le possibili risposte a questo tipo di quesiti, costituisce un presupposto necessario sia alla valutazione dei fenomeni clinici sia alla maggiore efficacia della cura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bion, W.R. (1977). Caesura. In: Bion, W. R., & Corrao, F. (1981). *Il cambiamento catastrofico: la griglia: caesura: seminari brasiliani: intervista*. Torino: Loescher.
2. Bleger, J. (1964). Studio della parte psicotica della personalità. In *Simbiosi e ambiguità: studio psicoanalitico* (pp. 1000-1079). Armando.

3. Cantone, D., & Guerriera, C. (2013). *Il "bicchiere della staffa": ancora qualche considerazione sui processi valutativi*. In: Guerriera, C. (a cura di) *op. cit.*
4. Lowenkron, A.M. (2004). Sulla clinica psicoanalitica attuale: nuovi sintomi o nuove patologie? *Rivista di Psicoanalisi*, 50:1169-1186.
5. Roudinesco, E. (2000). *Perché la psicoanalisi?* Roma: Editori Riuniti.
6. Kristeva, J. (1998). *Le nuove malattie dell'anima*. Roma: Borla.
7. Klein, M. (1928). I primi stadi del conflitto edipico. *Scritti 1921-1958*.
8. Grinberg, L., Sor, D., Tabak De Bianchedi, E. (1991). *Introduzione al pensiero di Bion*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1993.
9. Green, A. (2002). *Idee per una psicoanalisi contemporanea*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.
10. Wolf-Fédida, M. (2015). La classificazione: una censura della clinica? In *Notes per la psicoanalisi. Violenze della classificazione, n° 6, Biblink editori, Roma, 2015*.
11. Pine, F. (1998). *Diversity and direction in psychoanalytic technique*. Yale University Press.
12. Pulver, S. E. (1992). *Psychic change: Insight or relationship?*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 199-206.
13. Gabbard, G.O. (2005), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, 2007.
14. Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Roma: Borla, 1989.
15. Bleger, J. (1966). *Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi*. In *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. trad. It. seconda edizione. Bari: Edizioni La Meridiana, 2011.
16. Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.
17. Kaës R. (2012). *Il malessere*. Roma: Borla, 2013.

RESEARCH ARTICLE

# Well-Being: a proposal research on Gestalt Therapy efficacy

Alessandro Cini<sup>1</sup>, Silvio Oliva<sup>1</sup>, Giovanni Paolo Quattrini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istituto Gestalt Firenze, Italy



**Citation**

Cini A., Oliva S., Quattrini G.P. (2019). Well-Being: a proposal research on Gestalt Therapy efficacy Phenomena Journal, 1, 44-53. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.36>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Alessandro Cini  
[alesscini@gmail.com](mailto:alesscini@gmail.com)

**Ricevuto:** 26 aprile 2019

**Accettato:** 4 giugno 2019

**Publicato:** 10 giugno 2019

ABSTRACT

What happens during a psychotherapy treatment is something complex and difficult to describe. What can be expected is that the client comes to experience a higher quality of his life compared to the beginning of his journey. The aim of this paper is to introduce a research proposal to monitorate and to value the dynamics of well-being as perceived by the client along the psychotherapeutic relationship, in order to highlight the efficacy of Gestalt therapy in this way.

We designed a longitudinal experimental framework using a qualitative and phenomenological-existential methodology. We propose a combinatory use of a self-assessment scale to investigate the well-being construct (an Italian adaptation of Psychological Well-Being scale) and the text analysis according to the guidelines suggested by the existential phenomenological method. The sample will be of 50 patients followed by phenomenological existential Gestalt psychotherapists. The data will be taken every 2 months (8 individual therapeutic sessions) from the beginning to the end of psychotherapy treatment (when the patient, in agreement with the therapist, decide to end the therapeutic relationship). In addition to the temporal dynamics of well-being, we will analyze the distributions and correlations between the classical six dimensions emerging from the Psychological Well-Being and some personal factors collected through a sociodemographic card defined ad hoc.

KEYWORDS

Psychotherapy, Gestalt, Well-being, Phenomenological existential method, self-narration.

ABSTRACT IN ITALIANO

Ciò che succede durante un percorso psicoterapeutico è qualcosa di complesso e difficile da descrivere. Quello che ci si può aspettare è che il paziente arrivi man mano a sperimentare una migliore qualità di vita rispetto all'inizio del suo percorso. In questo lavoro viene presentata una proposta di ricerca volta a descrivere la dinamica del benessere, così come percepito dal paziente lungo tutto il percorso psicoterapeutico, e in questa ottica sottolineare l'efficacia della terapia della Gestalt.

Abbiamo progettato un disegno sperimentale longitudinale, affiancando alla metodologia squisitamente qualitativa il metodo fenomenologico-esistenziale. Proponiamo quindi un uso combinato di una scala autovalutativa per indagare il costrutto del benessere (Psychological-well-being scale nella sua versione adattata e standardizzata per la popolazione italiana) e l'analisi di auto-narrazioni prodotte in forma scritta dal paziente secondo le linee guida suggerite dal metodo fenomenologico-esistenziale. Il campione sarà di 50 pazienti, tutti presi in carico da psicologi psicoterapeuti di approccio Gestalt fenomenologico-esistenziale. I dati saranno raccolti all'inizio del percorso e ogni 8 sedute individuali (e.g. 2 mesi, prevedendo sedute settimanali) fino alla fine della relazione psicoterapeutica, quando il paziente, in accordo col terapeuta, decide di concludere il proprio percorso. Oltre alle dinamiche temporali del benessere, analizzeremo le distribuzioni e le correlazioni tra le sei dimensioni emergenti dalla Psychological Well-Being e alcuni fattori personali raccolti attraverso una scheda socio-demografica costruita ad hoc.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, Gestalt, Benessere, Metodo fenomenologico esistenziale, Autonarrazione.

## 1. Introduction

L'approccio gestaltico, forte delle sue fondamenta fenomenologiche esistenziali, affonda con entrambi i piedi nell'esistenza individuale, nell'esperienza e nel vissuto che riverbera in chi esperisce. Se questo è vero per il paziente, tanto vero è per il terapeuta che, sposando questa visione del mondo, accompagna la persona che a lui si rivolge nella ricerca di senso all'interno della sua vita.

Alla psicoterapia della Gestalt (PdG) manca volutamente un'idea precisa e predefinita di uomo sano al quale avvicinare il paziente, applicando, di seduta in seduta, tecniche o protocolli rigidi e verificati. Mancando questo, il terapeuta lavora muovendosi nel labirinto del senso, frutto della mescolanza tra il proprio sentire, quello del paziente, e quello che emerge dalla relazione tra i due. L'orizzonte verso il quale dirigersi è quello del valore, che dà qualità alla vita [1]. La bussola che orienta è proprio il sentire, il percepire che la vita aumenta di qualità mentre si cresce in consapevolezza personale, assumendosi la responsabilità delle scelte che si fanno e aprendosi all'esperienza, man mano che ci si avvicina a diventare quello che si è [2].

Resta il difficile compito di misurare l'efficacia della terapia gestaltica [3], e a tal scopo il presente articolo propone un'idea di ricerca qualitativa [4] per valutare come cambia il benessere percepito dal paziente lungo il suo percorso di crescita personale, benessere che diventa, giocando con le parole, un ben-esistere, un esistere i cui ingredienti principali siano il bello, il buono, il logico.

## 2. Evidenze Della Letteratura

Come approccio fenomenologico esistenziale, la PdG ha lo scopo generale di aiutare il paziente ad aiutarsi, e di far sì che sperimenti una soddisfacente qualità di vita. Il concetto psicologico che più si avvicina all'orizzonte terapeutico della PdG è quello del benessere. Questo costrutto è stato definito dall'organizzazione mondiale della sanità come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di disagio o malattia" [5]. Il benessere è qualcosa che riguarda lo stato dell'intero organismo, e forse è qualcosa di più semplicemente esperibile che esplicabile. Credo che, data la complessità di questo costrutto, valga la pena addentrarsi nel suo significato per creare così un terreno stabile sopra il quale procedere, definendo cosa si intende qui per benessere per poi giustificare la scelta dello strumento con il quale misurarlo.

Una caratteristica sulla quale è interessante soffermarsi è la differenza tra il benessere edonistico e il benessere eudemonico [6]. Il primo si basa essenzialmente sulla felicità, e in quest'ottica coincide con il raggiungimento del piacere e l'evitamento del dolore. Il benessere eudemonico ha come ingredienti fondamentali il valore e l'auto-realizzazione, ed è inteso come qualcosa che riguarda l'intera persona. Raggiungere il benessere diventa il fine della vita stessa.

Pur appartenendo a due visioni abbastanza diverse per tradizioni e implicazioni, il punto di vista edonico e quello eudemonico concorrono insieme a definire il costrutto del benessere a tutto tondo. Come dire che il benessere non dipende necessariamente

dall'assenza del malessere, ma è legato a doppio filo ad una sorta di sviluppo e crescita personale. Entrambi infatti entrano in gioco nella teoria dell'autodeterminazione [7], secondo la quale il benessere è correlato alla percezione di un buon funzionamento psicologico piuttosto che alla frequenza di esperienze piacevoli [8]. Secondo tale teoria l'essere umano è costantemente spinto alla crescita, per cui tende a esplorare e a ricercare nuove esperienze, che verranno poi interiorizzate, integrate e organizzate nel suo mondo interno, coerentemente ai suoi interessi e al suo sistema di valori. Il benessere dipende così dalla soddisfazione e dall'equilibrio dei bisogni fondamentali, e diventa base sicura da dove partire per avventurarsi nel mondo.

Nella teoria dell'autodeterminazione emerge chiaramente come ci sia una sorta di gerarchia tra il vivere edonico e il vivere eudemonico: le esperienze piacevoli, quelle in cui il piacere è la componente maggiore, devono comunque rispondere ad un sistema di valori personale, con il quale verranno coerentemente integrate. In definitiva il benessere dipenderebbe sia dal piacere che si prova nel soddisfare il proprio bisogno, sia dal modo in cui lo si soddisfa.

La PdG invita il paziente a muoversi in uno spazio decisionale abitato da criteri etici e non morali, ovvero i criteri del bello/brutto, buono/cattivo, logico/illogico [9]. Diventare se stessi, concetto alla base del cambiamento paradossale [2] e del benessere in Gestalt, significa iniziare a riconoscere ciò di cui si ha davvero bisogno, i desideri autentici, accettando e cavalcando le emozioni che li accompagnano. Per fare ciò, per scoprire cosa è bello/buono/logico, il paziente deve giungere a un contatto autentico con se stesso, a sentirsi nella totalità delle sue sfaccettature, a accoglierle tutte senza giudicarle né sacrificarle, integrandole in un insieme che è più della somma delle parti.

### **3. Obiettivo**

Il disegno di ricerca, al quale questo articolo fa da introduzione, ha lo scopo di evidenziare l'efficacia di un percorso gestaltico nell'aiutare il paziente a migliorare la qualità della propria vita. Nello specifico si vuole descrivere come cambia il senso di benessere personale percepito dal paziente, e su cosa si appoggia tale cambiamento, sottolineando i cambiamenti e le dinamiche temporali di questo costruito durante un percorso terapeutico ad approccio fenomenologico esistenziale.

### **4. Riferimenti Epistemologici Del Modello**

Sono due i capisaldi epistemologici su cui si appoggia l'idea di ricerca presentata in questo articolo: il metodo fenomenologico esistenziale e i principi della psicologia umanistica.

L'approccio fenomenologico esistenziale detta una metodologia di interrogazione della realtà, metodologia che la PdG ha fatto propria nel suo fare psicoterapeutico. Proprio in quanto metodo di interrogazione del reale, l'approccio fenomenologico può essere utilizzato ai fini di una ricerca scientifica. Questo è quello che in buona sostanza sostiene e ha proposto Giorgi [10, 11, 12]: attraverso uno sguardo fenome-

nologico si cerca di far emergere propriamente il senso che il soggetto sperimentale dà all'esperienza che vive.

Questo metodo va dalla descrizione concreta dell'esperienza alla sua collocazione nel contesto generale dell'esistenza di chi la descrive. Ci si rivolge all'esperienza per intero, all'insieme e alle parti. Si tratta di un'applicazione rigorosa del metodo fenomenologico, il quale è descrittivo (evita tutti i tipi di analisi affrettata o di costrutti esplicativi che derivano dal punto di vista teorico del ricercatore), usa la riduzione (coglie il senso di ogni esperienza esattamente per come appare e si presenta alla coscienza), interroga l'esperienza (per far emergere il tutto e gli elementi del fenomeno sotto studio), ed è focalizzato sull'intenzionalità (si riferisce all'atto intenzionale attraverso il quale ognuno si relaziona al mondo).

Giorgi delinea le linee guida del protocollo di indagine fenomenologica esistenziale. Si tratta di raccogliere la testimonianza in forma scritta prodotta dal soggetto sperimentale riguardo all'esperienza che si vuole indagare. Successivamente il ricercatore divide il testo così prodotto in unità di senso, che saranno poi analizzate per evidenziare sia gli elementi emergenti, sia il senso totale dell'esperienza riportata. A partire da queste si può fare poi una descrizione generale del fenomeno [10].

La prima cosa che viene raccomandata al ricercatore che si trova davanti il testo è quella di cercare di coglierne l'intero senso, leggerlo, per così dire, con gli occhi della persona che lo ha scritto, piuttosto che andare a cercare ciò che confermerebbe o disconfermerebbe la sua teoria. Per applicare il metodo fenomenologico esistenziale il ricercatore deve calarsi nell'esperienza che si trova narrata davanti ai suoi occhi, deve cogliere l'intenzione che emerge dal racconto, sentire l'effetto che fa utilizzare il linguaggio che la persona ha scelto di usare per descrivere il suo vissuto.

Dopo questa prima fase preparatoria, il ricercatore divide il testo in unità di senso, raggruppando dentro la stessa unità termini chiave, aspetti, attitudini o valori che emergono naturalmente nella narrazione, e che esprimono lo stesso senso. Si tratta di una semplificazione che ha lo scopo di rendere più maneggiabile l'analisi del testo, che però mantiene la ricchezza della complessità dell'intera narrazione, in quanto viene fatta "mettendosi nei panni dell'altro" e riferendosi sempre al contesto, vale a dire al senso globale che emerge dalla narrazione.

Solo a questo punto il ricercatore può "tradurre" il senso generale che emerge dalle unità di senso in un linguaggio che abbia a che fare con le ipotesi che stanno alla base del disegno di ricerca; si tratta di una trasformazione che non è raggiunta attraverso il pensiero astratto, ma che passa attraverso le espressioni concrete e il linguaggio che il soggetto sperimentale ha utilizzato, e che porta alla descrizione degli "elementi situati", legati all'esperienza specifica riportata nella narrazione, e degli "elementi generali", che raccoglie tutti quegli aspetti che vanno oltre la specifica situazione, al fine di una comprensione trascendente e esistenziale.

Se da una parte il metodo fenomenologico esistenziale si scontra con il rigore preteso dal mondo scientifico, mostrando il fianco alla replicabilità e alla validità di ciò a cui giunge (in quanto lo "strumento di rilevazione" dei dati è un essere umano, il ri-

cercatore), la sua applicazione riflette un fare scientifico “caldo”, in cui il coinvolgimento diretto e intersoggettivo del terapeuta e del paziente diventa prassi chiave. D’altro canto questo metodo permette di accedere all’esperienza del paziente passando per le sue parole, fenomenologicamente parlando, senza la pretesa di dover dimostrare nulla, se non descrivere il fenomeno oggetto di indagine.

La psicologia umanistica aiuta a definire e indagare il costrutto del benessere psicologico, che è frutto non tanto, e non solo, di esperienze edonistiche. In quest’ottica il piacere non è diretto predittore di un buon funzionamento psicologico, quanto piuttosto ne è la conseguenza. Il benessere nasce da movimenti interni alla persona, da qualcosa che cambia nelle relazioni che mette su con le parti che popolano il suo mondo interno, da qualcosa che riverbera nella sua relazione con il mondo.

La scelta è ricaduta quindi su uno strumento figlio di quel tempo, che misurasse il senso di benessere percepito. Nello specifico ci si riferisce alla Psychological Well-Being (PWB) Scale [13], che negli anni successivi alla sua creazione è stata rivista e ridotta [14, 15, 16] e utilizzata ampiamente anche in ambito clinico [17, 18, 19]. Si tratta di un questionario autovalutativo, composto nella sua prima versione da 120 item suddivisi in 6 dimensioni. L’autrice ha cercato di sintetizzare e integrare i diversi modi di vedere il benessere, attingendo alla psicologia umanistica e ai suoi maggiori esponenti. Prende in considerazione il concetto di autorealizzazione [20], la persona pienamente funzionante [21], il concetto di individuazione [22], quello di maturità [23] e, rifacendosi alle idee della psicologia evolutiva, la teoria del benessere legato allo stadio di vita [24].

Essendo profondamente radicate nella cultura umanistica degli anni ’70, le sei dimensioni che emergono dallo studio della Ryff [13] hanno molto in comune con alcuni principi e scopi generali della PdG, che proprio in quegli anni ha trovato terreno fertile per la sua diffusione.

L’autoaccettazione è una caratteristica centrale della salute mentale e del benessere che ritorna spesso nelle prospettive legate all’autorealizzazione, alla maturità e al funzionamento ottimale. Accettare se stessi significa prendere consapevolezza di tutte le proprie incongruenze, ambivalenze e conflitti, conviverci piuttosto che cercare di nasconderli o risolverli. In buona sostanza è la capacità di diventare e realizzare se stessi. L’autoaccettazione è legata anche all’accettare il proprio passato, e in PdG grande interesse riceve il lavoro con le gestalt aperte [25], situazioni in cui si è rimasti come congelati, senza raggiungere la piena soddisfazione di quei bisogni che sono emersi allora, e che ancora chiedono ascolto.

La dimensione relativa alle relazioni positive con gli altri si riferisce all’importanza del calore e della fiducia nelle relazioni interpersonali. Al suo interno rientrano la capacità di amare, di provare sentimenti di empatia, di affetto, di amicizia e intimità. Richiama l’importanza che nella PdG ha il sentire, come primo strumento di conoscenza del mondo così come il punto da cui partire per la consapevolezza e la soddisfazione dei propri bisogni, per abitare la distanza [26] che ci separa dal mondo. Ha a che fare con la capacità di entrare in relazione con l’altro, e con il contatto autentico

e partecipato [27].

Nell'autonomia rientra tutto ciò che si può far risalire all'autodeterminazione, ad una sorta di regolazione del proprio comportamento come dall'interno, ad un senso di indipendenza come funzionamento autonomo, rispondendo a ciò che l'ambiente offre tenendo in considerazione i propri valori personali senza sentirsi schiacciati dalle norme sociali e culturali nel condurre la vita quotidiana. Questa dimensione è molto simile allo sviluppo dell'etica personale che avviene in PdG [28], del valore del "voglio" rispetto al "devo", della scelta e del coltivare i propri valori personali, che si tra-ducono, nel percorso terapeutico, nell'aiutare il paziente a diventare "kalòskaia-gathòs", prendendo come metafora l'ideale della perfezione umana nella antica Grecia.

Per padronanza ambientale qui si intende la capacità di scegliere o di creare un ambiente adatto ai propri bisogni e ai propri desideri, come la capacità di manipolare ambienti complessi. Questa dimensione ha a che fare con lo sviluppo della creatività, cosa che in PdG diventa l'aiutare il paziente a sviluppare il suo adattamento creativo, ad accrescere il senso di responsabilità inteso come abilità a rispondere (responsability) e accettando le conseguenze di ciò che sceglie [9, 25]. In Gestalt tutto ciò si traduce con il concetto di partecipazione, per cui la persona sente di avere un peso e un posto nell'ambiente che lo circonda e che contribuisce a creare, una sorta di percezione di un ambiente in cui si può trovare attivamente soddisfazione ai propri bisogni.

Con "scopo nella vita" si intende il percepire la vita come se avesse una direzione. Significa percepirne la rotta, apprezzarla come piena di senso, significativa. Avere uno scopo nella vita ha a che fare con il dare senso al proprio passato e al proprio presente, e in PdG uno dei lavori ricorrenti è quello di aiutare il paziente a sviluppare la trama di ciò che porta in seduta, a dare una sorta di filo narrativo alla propria esistenza [29]. Si lavora sul "qui e ora", unico istante realmente esperibile e momento in cui si intrecciano passato, presente e futuro: allargando lo sguardo, abbracciando motivazioni e scopi, la nebbia si dissolve, e la vita diventa ricca di risorse, da sviluppare per tendere verso un futuro che si fa orizzonte di vita.

La dimensione "crescita personale" si basa sull'idea che il benessere dipenda anche dal percepirsi come in evoluzione, come in movimento lungo il cammino del proprio sviluppo. L'essere umano ha in sé un potenziale che resta perennemente "in potenza", che di fatto non giunge mai ad una piena realizzazione, che non si esaurisce nel breve tempo di una vita. Forse tutto diventa più comprensibile se si pensa alla crescita psicologica e fisiologica di un individuo, il quale lungo le fasi della propria vita incontra questioni e sfide sempre nuove, proprie di quella specifica età che sta vivendo [24]. Nella crescita personale rientra il percepirsi in evoluzione, il rendersi conto della continua espansione del proprio potenziale, che sfocia nell'apertura all'esperienza, nella capacità di viverla pienamente per come essa si presenta, e per l'effetto che fa. Tutto ciò si sposa pienamente con la PdG, dove uno degli orizzonti terapeutici è che il paziente scopra che può fare molte più cose di quelle che pensa di poter e saper

fare [30].

I ponti tra le dimensioni dallo studio della Ryff e ciò che può offrire un percorso psicoterapeutico gestaltico di stampo fenomenologico esistenziale giustificano la scelta della PWB come uno strumento capace di misurare un concetto qualitativo come il benessere percepito nella propria vita, ed è lecito aspettarsi che le dimensioni evidenziate dalla scala guadagnino consistenza grazie al lavoro su se stessi caratteristico della PdG.

## 5. Metodo

Il campione sarà costituito da pazienti maggiorenni, sia afferenti al progetto Hermes (<http://progettohermesfirenze.blogspot.it>) che presi in carico da psicoterapeuti privati formati e accreditati da IGF (Istituto Gestalt Firenze), per un numero pari a circa 50 pazienti.

Non si applica un criterio rigido e rigoroso di inclusione nel campione (nessun tipo di test diagnostico verrà utilizzato per selezionare il campione). Tuttavia a inizio percorso verranno comunque raccolte informazioni sulla situazione attuale di ogni paziente, sul suo grado di soddisfazione nella vita e sulla motivazione intorno alla sua decisione di intraprendere un percorso di psicoterapia attraverso una scheda socio-demografica costruita ad hoc, che verrà proposta ad ogni paziente insieme al modulo per la privacy e quello relativo al consenso a partecipare alla ricerca.

La metodologia di ricerca adottata prevederà l'utilizzo della "Scala del benessere psicologico a 84 item" nella sua versione italiana [31] unitamente all'impiego del metodo fenomenologico esistenziale di Giorgi [10, 11, 12, 32].

La scala adottata (PWB) prevede che la risposta data dal paziente sia da esprimersi attraverso l'utilizzo di una scala Likert da 0 a 6 punti, dove 0 esprime il totale disaccordo e 6 il totale accordo con l'affermazione alla quale si riferisce. Alcuni degli 84 item che danno forma alla scala sono posti in forma negativa, e il punteggio di questi verrà invertito in fase di scoring, in modo che a un punteggio più alto corrisponda un'autovalutazione maggiormente positiva.

Per quanto riguarda l'utilizzo del metodo fenomenologico esistenziale, si prevede di stimolare il paziente a produrre in forma scritta una narrazione di sé rispondendo alla seguente domanda: "Descrivi come è cambiato il sapore della tua vita negli ultimi 2 mesi e racconta un'esperienza significativa e dettagliata". Tale descrizione verrà poi analizzata seguendo le linee guida del metodo suggerito da Giorgi [10, 11, 12, 32] da un gruppo di terapeuti esperti formati all'interno della scuola IGF, che supervisionerà la ricerca per una verifica intersoggettiva di quanto emerge dalla narrazione che il paziente fa di sé.

La somministrazione della scala del benessere psicologico avviene all'inizio del percorso e prosegue, riproponendo la PWB e l'invito a produrre una narrazione di sé ogni 8 sedute individuali (prevedendo incontri a cadenza settimanale), allo scopo di tracciare l'evoluzione nel corso del tempo delle sei dimensioni evidenziate dalla Ryff. Anche l'utilizzo del metodo fenomenologico esistenziale segue la stessa scala tem-

porale, con lo scopo di evidenziare la dinamicità dei cambiamenti delle unità di senso che emergono dal testo prodotto dal paziente.

Particolare attenzione verrà riservata all'osservazione dell'andamento e della dinamica nel tempo delle dimensioni emergenti dalla somministrazione ripetuta della Psychological Well-Being Scale. Verranno analizzate le distribuzioni di frequenza, le varianze, le regressioni e le correlazioni tra ciò che emerge dalla PWB e i dati di ogni paziente raccolti attraverso la scheda socio-demografica. Saranno descritte le distribuzioni di frequenza degli elementi generali e situati, emergenti dal testo prodotto dal paziente che verrà analizzato seguendo le linee guida del metodo fenomenologico esistenziale di Giorgi [10, 11, 12, 32]. Verranno messi a confronto percorsi di diversa durata, i cambiamenti e le dinamiche evidenziate dall'analisi dei dati, tenendo conto della situazione iniziale di ogni paziente e delle diverse motivazioni che lo hanno portato a intraprendere un percorso psicoterapeutico.

Parallelamente, viene richiesto al terapeuta la compilazione di una scheda alla fine di ogni seduta. In tale scheda egli descriverà brevemente il processo che ha preso forma durante l'incontro (i.e. quale è stato il suo sentire, il suo volere e il suo fare, cioè come ha immaginato il progetto terapeutico della seduta appena conclusa e come ha messo in piedi l'esperienza attraverso la quale ha accompagnato il paziente).

Oltre ad avere come scopo il verificare l'andamento della seduta, nonché fornire al terapeuta un pratico strumento di auto-supervisione, la scheda compilata come appena descritto permetterà di mettere in relazione le diverse tecniche utilizzate dal terapeuta: sedia vuota, le esperienze guidate, il lavoro con le metafore, con il corpo, con il respiro, etc... [9] con i cambiamenti rilevati dall'analisi dei dati. Ogni otto sedute, in contemporanea alla raccolta dei dati proposta al paziente, verranno messi insieme resoconti singoli di ogni seduta, andando a rappresentare così il racconto, dal punto di vista del terapeuta, del processo terapeutico lungo i 2 mesi di sedute.

## 6. Risultati Attesi

I risultati attesi sono un miglioramento nel senso del benessere percepito dal paziente durante il percorso terapeutico, tenendo congiuntamente in considerazione sia la misura qualitativa fornita dalla scala del benessere psicologico che l'analisi delle unità di senso del metodo fenomenologico esistenziale di Giorgi.

## 7. Conclusioni

La PdG si muove all'interno di un universo esistenziale in cui il paziente è protagonista partecipe della sua vita, dipendente e indipendente dal mondo che lo circonda, mondo che contribuisce attivamente a creare. Il fare gestaltico si colora giocoforza di libertà, intesa come assenza di confini rigidi, di categorie e di protocolli. Nella visione gestaltica, l'uomo è dotato di libero arbitrio e sono proprio le sue scelte ad avere quasi tutto il peso nella qualità della sua vita. È con questa libertà che potrà fare scelte di valore, scelte di cui assumersi la responsabilità, scelte che avranno lo scopo ben preciso di aumentare la qualità della sua vita, per scoprirsi padrone di un

potere creativo che gli permetta di scrivere la propria storia.

La PdG gode di un fare terapeutico per certi versi “anarchico”, e sembra perciò indispensabile utilizzare metodologie di ricerca “morbide”, che pur mantenendo una rigosità necessaria alla presentazione e condivisione dei risultati non la imbriglino in rigidi protocolli e procedure. La proposta è quella di unire la metodologia qualitativa a un’analisi fenomenologica del punto di vista e del vissuto del paziente, convinti che i capisaldi alla base del fare terapeutico gestaltico (consapevolezza, responsabilità, creatività, intersoggettività) siano ingredienti indispensabili per migliorare la propria qualità di vita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Quattrini, G.P. (2007). *Fenomenologia dell'esperienza*. Milano: Zephyro Edizioni.
2. Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. *Gestalt therapy now*, 77-80.
3. Brownell, P. (Ed.). (2019). *Handbook for theory, research, and practice in Gestalt therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
4. Del Corno, F. (2010). *La ricerca qualitativa in psicologia clinica: teoria, pratica, vincoli metodologici*. Milano: Raffaello Cortina Ed..
5. World Health Organization (1948). *Constitution of World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
6. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of re-search on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
7. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2010). *Self-determination*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
8. Rogers, C. R. (1963). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(1), 17.
9. Quattrini, G. P. (2013). *Per una psicoterapia fenomenologico-esistenziale*. Firenze: Giunti Editore.
10. Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. *Phenomenology and psychological research*, 1, 23-85.
11. Castro, A. D. (2003). Introduction to Giorgi’s existential phenomenological research method. *Psicología desde el Caribe*, (11).
12. Giorgi, A., Giorgi, B., & Morley, J. (2017). The descriptive phenomenological psychological method. *The sage handbook of qualitative research in psychology*, 176-192.
13. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
14. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
15. Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
16. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
17. Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 11(6), e0158092.
18. Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and anxiety*, 34(9), 801-808.
19. Brandel, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Beyond Ryff’s scale: Comprehensive measures

- of eudaimonic well-being in clinical populations. A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), O1524-O1546.
20. Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand.
  21. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Muffin
  22. Jung, C.G. (1933). *Modern man in search of a soul* (W.S. Dell & C.F. Baynes, Trans.). New York: Harcourt, Brace, & World.
  23. Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
  24. Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18-164.
  25. Perls, F., Hefferline, R. F., Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press
  26. Rovatti, P. A. (2007). *Abitare la distanza. Per una pratica della filosofia*. Milano: Raffaello Cortina.
  27. Buber, M. (1958). I and thou (RG Smith, Trans.). *New York: Scribner*, 11.
  28. Quattrini, G.P. (2007). *Fenomenologia dell'esperienza*. Milano: Zephyro Edizioni.
  29. Perls, L. (1992). *Living at the boundary: Collected works of Laura Perls*. New York: Gestalt Journal Press Bookstore.
  30. Perls, F. (1977). *L'approccio della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
  31. Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.
  32. Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenologicalpsychology*, 43(1), 3-12.

ARTICOLO

# Multimedia technologies and negative effects in the communication of adult children reciprocity

Patrizia Marone<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psicologa, Psicoterapeuta, Ipnoterapeuta, EMDR Practitioner, Didatta Ordinario FISIG, Didatta SiPGI, Presidente A.I.S.P Onlus (Associazione Integrazione Salute Psicofisica), Socio Fondatore O.N.I.G. (Osservatorio Nazionale sui Disturbi dell'Identità di Genere) già Ricercatrice Ospedale S. Camillo e Università "La Sapienza" Roma.



## Citation

Marone P. (2019).  
Multimedia technologies and negative effects in the communication of adult children reciprocity  
Phenomena Journal, 1, 54-67  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.19>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Patrizia Marone  
[maronepatrizia@gmail.com](mailto:maronepatrizia@gmail.com)

**Ricevuto:** 22 marzo 2019

**Accettato:** 10 giugno 2019

**Publicato:** 15 giugno 2019

## ABSTRACT

The work highlights, through a review of the literature, the negative effects of the use of multimedia technologies in the first years of life. In particular, it emerges that the use of multimedia technologies (smartphones, tablets, TV) during the caregiver-child interaction, either by the caregiver or by the child, interrupts the function of relational mirroring, compromising the face to face interaction and, therefore, the acquisition of emotional self-regulation. The face-to-face communication between adult and child co-adjusts, moment by moment, the dialogue of emotional expressions moving from synchronic states in which both share the same expressions, to asynchronous states in which one distracts attention from the other. In the dyad, face to face, the child can repair this dysregulation and thus develop the expectation that intense emotional experiences of interruption in contact are not disorganizing and can be effectively addressed thanks to modulation and containment of the adult. This does not happen if the adult-child tonic dialogue is interrupted by the use of smartphones, tablets, TV because the interruption causes an incongruous communication in which the child loses his face to confront to give meaning to reality by developing a negative representation of events in which there are no longer any repair expectations. The positive correlation between disorders in the developmental age and early and continuous exposure to television and digital media found in recent years has led me and other researchers to an intense and continuous bibliographic update in this regard and to the construction of an easy-to-use tool: the questionnaire R.C.R (Relational Communication Risk) that monitors and clarifies the amount of time dedicated to Digital Media individually and / or together with the parent, through a quantitative score that highlights the risk \* relational communication. However, the comparison with a control group, made up of "normotypical" children and parents, is of fundamental importance: ongoing research work.

## KEYWORDS

**Digital media, mutual social communication, neuro development.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro evidenzia, attraverso una revisione della letteratura, gli effetti negativi dell'utilizzo di tecnologie multimediali nei primi anni di vita. In particolare, emerge che l'uso di tecnologie multimediali (smartphone, tablet, tv...) durante l'interazione caregiver-bambino, o da parte del caregiver o da parte del bambino, interrompe la funzione di rispecchiamento relazionale compromettendo l'interazione faccia a faccia e, dunque, l'acquisizione dell'autoregolazione emotiva. La comunicazione faccia a faccia tra adulto e bambino co-regola, momento per momento, il dialogo delle espressioni emotive passando da stati sincronici in cui entrambi condividono le stesse espressioni, a stati asincronici in cui uno distoglie l'attenzione dall'altro. Nella diade, faccia a faccia, il bambino può riparare questa disregolazione e sviluppare così l'aspettativa che esperienze emotive intense di interruzione nel contatto non sono disorganizzanti e possono essere efficacemente affrontate grazie alla modulazione e al contenimento dell'adulto. Ciò non avviene se il dialogo tonico adulto-bambino viene interrotto dall'uso di smartphone, tablet e/o tv poiché l'interruzione causa una comunicazione incongrua in cui il bambino perde il volto con cui confrontarsi per dare significato alla realtà, sviluppando una rappresentazione negativa degli eventi in cui non ci sono più le aspettative di riparazione. La correlazione positiva tra disturbi in età evolutiva ed esposizione precoce e continua alla Televisione e ai Digital Media riscontrata negli ultimi anni ha spinto me ed altri ricercatori ad un intenso e continuo aggiornamento bibliografico al riguardo e alla costruzione di uno strumento di facile utilizzo: il questionario R.C.R. (Rischio Comunicazione Relazionale) che monitora e chiarisce la quantità di tempo dedicata ai Digital Media individualmente e/o insieme al genitore, attraverso un punteggio quantitativo che evidenzia il rischio \*comunicazione relazionale. Rimane, tuttavia, di fondamentale importanza il confronto con un gruppo di controllo, composto da bambini e genitori "normotipici": lavoro di ricerca in corso.

## PAROLE CHIAVE

**Digital media, comunicazione sociale reciproca, neuro sviluppo.**

## 1. Introduzione

Due concetti fondamentali, nati dall'esperienza ventennale di riabilitazione e psicoterapia dell'età evolutiva, sono alla base di questo lavoro:

1. La plasticità del Sistema Nervoso, in particolare nei primi anni di vita [1]
2. La modificazione delle relazioni (dovute alle tecnologie multimediali) nei processi sociali e, di pari passo, l'aumento di psicopatologie dello sviluppo (ASD; ADHD in particolare).

## 2. Evidenze Della Letteratura

### 2.1 Bambini e Tecnologie Multimediali: possibili rischi

Le ricerche della psicologa S.Turkle evidenziano come stiano progressivamente cambiando le quotidiane relazioni vis-à-vis condizionate dalla costante presenza di un dispositivo tecnologico spesso umanizzato e investito di un ruolo sociale [2]. Le connessioni digitali possono offrire l'illusione della compagnia senza gli impegni dell'amicizia; la vita in rete permette di nascondersi a vicenda anche mentre si è allacciati l'uno all'altro [3]. La tecnologia offre alternative alla comunicazione faccia a faccia che richiederebbe, senza di essa, maggiore energia. Individui con dipendenza da giochi online (IGD) hanno mostrato una minore responsività nel riconoscimento di espressioni facciali neutre a differenza di espressioni di felicità e tristezza [4]; e individui con dipendenza da Internet (IAD) mostrano una minore sensibilità verso il dolore altrui, dunque, un'empatia compromessa [5]. Alcuni studi evidenziano come l'esposizione eccessiva alla linea Internet wireless possa essere una concausa genetica di autismo e suggeriscono di limitare tale esposizione, soprattutto di notte, utilizzando Ethernet [6]. I "Nativi digitali" [7] cresciuti con Internet, hanno ridotte capacità di riflessione; adottano comportamenti multitasking che sono collegati a una maggiore distraibilità e scarse capacità di controllo esecutivo; presentano anche una maggiore prevalenza di comportamenti di dipendenza legati a Internet che rispecchiano degli alterati meccanismi di ricompensa e autocontrollo. Recenti indagini di neuroimaging hanno anche suggerito associazioni tra questi impatti cognitivi legati a Internet e i cambiamenti strutturali nel cervello [8]. Seppur le tecnologie possano mostrarsi come una grande opportunità educativa, come una maggiore alfabetizzazione linguistica grazie all'utilizzo del tablet [9]; un'esposizione precoce è risultata essere associata anche a una compromissione della capacità immaginativa [10], all'aumento delle patologie del neuro-sviluppo, in particolare di quelle patologie (ASD; ADHD) e devianze (bullismo) che evidenziano deficit della comunicazione verbale e non verbale; a disturbi dell'attenzione [11], all'iperattività e alla mancanza di empatia [12]. L'esposizione dei bambini all'uso di apparecchiature multimediali e digitali è sempre più frequente al giorno d'oggi, anche a partire dai primi mesi di vita [13]. La letteratura scientifica infatti, conferma un numero sempre maggiore di bambini che guardano la televisione [14] o utilizzano apparecchi digitali, come smartphone e tablet [15], al di sotto dei due anni di età.

## 2.2 Effetti delle tecnologie digitali e multimediali sullo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino e sulla relazione genitore-figlio

Nei primi anni di vita, il cervello dei bambini è molto plastico e, pertanto, gli effetti delle interazioni con l'ambiente esterno risultano massimizzati [16]. Per una valutazione di benefici e svantaggi, è necessario considerare il tempo di esposizione alle tecnologie digitali e multimediali, l'età del bambino e la qualità dei contenuti. Se utilizzati con la giusta moderazione e con appositi programmi progettati da esperti, tv, tablet e smartphone possono essere un aiuto per lo sviluppo di competenze, come la coordinazione visuo-motoria e la capacità di problem-solving anche se, alcune ricerche, evidenziano benefici molto limitati per i bambini al di sotto dei 2 anni e la necessità di privilegiare la relazione genitore-bambino e bambino-ambiente per un corretto sviluppo cognitivo, relazionale ed emotivo [17]. L'Associazione Americana Pediatri più volte ha dichiarato quanto l'esposizione ai media digitali nei bambini al di sotto dei due anni ricade negativamente sulla loro salute e sul loro sviluppo anche se ad usare queste tecnologie siano i genitori stessi. Pertanto, suggeriscono di ridurre al minimo l'esposizione per i bambini più piccoli; mentre per i bambini più grandi, dai tre anni in su, i benefici sono molteplici quando però c'è un uso moderato di "videogiochi seri", cioè che hanno come obiettivo primario non il divertimento ma, piuttosto, l'istruzione, l'educazione e l'informazione [18]. Nello specifico, nel caso dei tablet o degli smartphone, l'American Academy of Pediatrics ha consigliato di non far utilizzare schermi luminosi ai bambini di età inferiore ai 2 anni e, per quelli più grandi, invece, l'uso consentito sarebbe di un massimo di 2 ore al giorno [19]. Dunque, così come nei farmaci, prima di esporre un bambino ai media, soprattutto se molto piccolo di età, è opportuno essere consapevoli degli effetti collaterali che essi possono avere se li si usa smoderatamente e solo ed esclusivamente per fini ludici.

## 3. Bambini e Tecnologie: uso e abuso

Da un'indagine svolta nel 2016 dal Centro per la Salute del Bambino Onlus con l'Associazione Culturale Pediatri [20], i dispositivi multimediali presenti in casa e preferiti dai bambini sono lo smartphone (35,5%) e il tablet (25,2%), quest'ultimo con un maggiore utilizzo dai 3 anni di vita. A seguire, c'è la televisione con il 18,6% e, infine, il computer (3,2%) e i videogiochi (0,7%). Inoltre, l'attitudine dei genitori a lasciare lo smartphone ai bambini, aumenta con l'aumentare dell'età del bambino, così come anche il tempo dedicato all'utilizzo delle tecnologie multimediali. Tra le preoccupazioni dei genitori, la maggior parte sostiene di "preferire che i loro bimbi giochino con altro"; c'è il timore della possibile "dipendenza" dalle tecnologie multimediali; gli effetti delle onde elettromagnetiche e l'interferenza che le tecnologie hanno con i rapporti in famiglia. Emerge invece poca consapevolezza da parte dei genitori sul rischio "obesità" correlato all'eccessiva immobilità. Ricerche dimostrano gli effetti negativi dell'uso dei social sul sonno e, di conseguenza sul comportamento e la comunicazione come abilità cognitiva. La somatotropina, nota anche come ormone della crescita umano, stimola la riproduzione e la crescita delle cellule. La maggior

parte di questo ormone viene rilasciata durante il sonno: i neonati che dormono più a lungo hanno un sonno notturno di qualità migliore, sono più alti al loro controllo di sei mesi rispetto ai bambini con schemi di sonno più poveri. Touchet et al. [21] ha dimostrato che i bambini che avevano una durata del sonno breve nei loro primi 2,5 anni di vita avevano aumentato i difetti cognitivi e l'iperattività, i bambini possono incontrare difficoltà a interagire con i loro coetanei, o possono sentirsi impulsivi, tristi, depressi, arrabbiati o con sbalzi d'umore. Cattive abitudini di sonno, legate all'uso dei digital media, hanno un impatto negativo sulla capacità di un bambino di esibirsi bene in classe.

#### 4. Ipotesi di studio

L'uso smodato e precoce di tv e tecnologie digitali può costituire un fattore di rischio per la salute psico-fisica del bambino su più fronti e in particolare può essere un fattore di rischio per la comunicazione relazionale. Può disturbare la percezione positiva di una comunicazione interattiva reciproca sia verbale che non verbale; può essere concausa o aumentare i rischi per le patologie da inibizione e/o da eccitazione, mostrando ripercussioni ambivalenti sullo sviluppo cognitivo (immaginazione, percezione, comunicazione, attenzione), affettivo (impulsività e aggressività/ inibizione e coartazione emotiva), motorio (ipoattività/iperattività) e sociale (ritiro e inibizione sociale/ apparente percezione di insoddisfazione relazionale) [22]. Ricerche dimostrano che l'aspettativa nell'elaborazione di stimoli positivi e negativi influenzerebbe il riconoscimento facciale [23]. Un utilizzo sconsiderato del Tablet (tempi eccessivi; contenuti inappropriati, violenti o diseducativi) può generare disturbi dell'apprendimento [24], disturbi dell'attenzione [25], cefalea [26], disturbi muscoloscheletrici [27]. L'esposizione eccessiva e precoce a televisione e strumenti multimediali può costituire un'interferenza allo sviluppo e, nello specifico, può essere associata all'insorgenza di disturbi in merito alla capacità immaginativa [28] del bambino, a disturbi dell'attenzione [29], a disturbi del sonno [30], a disturbi alimentari (come l'obesità [31]) o a un ritardo dello sviluppo linguistico [32]. Nel caso specifico della televisione, un tempo eccessivo di fruizione frontale passiva, potrebbe essere associato a disturbi di lettura [33] o dell'attenzione [34] ed avere, quindi, effetti negativi sullo sviluppo cognitivo del bambino [35], principalmente per l'assenza dell'interazione. Anche nel caso in cui sono i genitori i fruitori diretti del mezzo televisivo in presenza del bambino, l'esposizione passiva ha l'effetto di limitare l'interazione genitore-figlio (sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo) e distrarre il bambino dall'attività che sta svolgendo [36]. Sull'effetto "disturbante" del televisore, le ricerche [37] hanno evidenziato come gli scambi sociali in famiglia, laddove il televisore è costantemente acceso, siano «disturbati» dal rumore di fondo che interferisce con la qualità degli scambi comunicativi e con l'attenzione focalizzata sullo scambio interattivo col figlio. Anche lo smartphone è sempre più spesso "la strategia" utilizzata per impegnare l'attenzione del bambino, sostituendola a quella prestata dal genitore stesso e penalizzando, così, l'interazione genitore-bambino necessaria per lo sviluppo co-

gnitivo ed emotivo in età precoce. Quando il cellulare si sostituisce all'interazione madre-bambino poi, a lungo andare, può compromettere l'esperienza emotiva del bambino, la sua capacità di identificare stati significativi e rispecchiarsi attraverso la funzione del partner sociale, cioè la madre, penalizzando il rapporto di reciprocità [38]. Lo smartphone può essere quindi un elemento "disturbante" nella relazione tra il bambino e il genitore. Tutte queste informazioni ci hanno spinto a creare un questionario per monitorare l'uso dei digital media nelle famiglie in cui ci sono bambini considerando anche lo sviluppo prenatale e includendo nelle domande del questionario i 9 mesi di gravidanza. Il questionario vuole essere uno strumento predittivo del Rischio di \*Comunicazione Relazionale ed è in corso di validazione. Viene qui presentato in prima edizione poiché il campione di utenti è, al momento, solo sperimentale (famiglie con bambini che praticano riabilitazione psicologica per Disturbo dello Spettro Autistico, per Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività, per Disturbo della Condotta e della Comunicazione). Il Questionario avrà stesura definitiva nelle prossime pubblicazioni.

Le fasi che precedono e caratterizzano la costruzione del test sono due:

1. Osservazioni libere, nella sala di attesa del Centro di Riabilitazione, dei comportamenti spontanei di pazienti bambini e dei loro genitori.
2. Raccolta anamnestica della storia di vita del paziente bambino attraverso il racconto dei genitori, particolarmente, della madre.

Le osservazioni riguardavano il comportamento spontaneo di bambini che utilizzavano smartphone o tablet o guardavano la TV (costantemente accesa nella reception) ed erano riportate integralmente utilizzando un approccio descrittivo in cui venivano specificati i tempi di dedizione allo smartphone o al tablet o alla TV e le varie interruzioni dovute prevalentemente ai richiami genitoriali in coincidenza con l'inizio della terapia da effettuare. Allo stesso modo veniva descritto il comportamento comunicativo, verbale e non verbale introdotto dai genitori, dal bambino stesso e/o da altre persone presenti. Dalle osservazioni emergeva, in generale, una diminuzione delle interazioni e, soprattutto, della comunicazione sociale reciproca quando il bambino e/o il genitore erano impegnati con smartphone, TV o Tablet.

La raccolta anamnestica avveniva con un'intervista/colloquio seguendo una sequenza standard che rispettava le fasi evolutive del bambino per le quali veniva approfondito, prima in maniera generica, poi in maniera particolareggiata, l'uso dei digital media specificando, quando possibile, i tempi e i modi. Le due fasi erano indipendenti tra loro e bambini e genitori potevano essere sottoposti anche ad un'unica fase.

I dati raccolti dal 2011 al 2018 hanno evidenziato una correlazione positiva tra disturbi in età evolutiva ed esposizione precoce e continua alla Televisione e ai Digital Media. Questo risultato ha spinto me ed altri ricercatori ad un intenso e continuo aggiornamento bibliografico al riguardo e alla costruzione di uno strumento di facile

utilizzo: il questionario R.C.R. (Rischio Comunicazione Relazionale). Rimane, tuttavia, di fondamentale importanza il confronto con un gruppo di controllo, composto da bambini e genitori “normotipici”: lavoro di ricerca in corso.

### 5. Questionario R.C.R. (P. Marone Et Al; 2018)

Monitoraggio attraverso un questionario di facile compilazione che chiarisce la quantità di tempo dedicata ai Digital Media individualmente e/o insieme al genitore, attraverso un punteggio quantitativo che evidenzia il rischio \*comunicazione relazionale.

QUESTIONARIO SU USO DI TV, SMART-PHONE E TABLET per MAMME per il calcolo del Rischio \*Comunicazione Relazionale (R.C.R.)

ETÀ (Fare X sul trattino accanto all'età)

A CHE ETÀ IL TUO BAMBINO HA INIZIATO A VEDERE LA TV?

- 0-12 MESI
- 12-24 MESI
- 3 ANNI
- 4 ANNI
- 5 ANNI

A CHE ETÀ IL TUO BAMBINO HA INIZIATO AD USARE LO SMARTPHONE?

- 0-12 MESI
- 12-24 MESI
- 3 ANNI
- 4 ANNI
- 5 ANNI

A CHE ETÀ IL TUO BAMBINO HA INIZIATO A USARE IL TABLET?

- 0-12 MESI
- 12-24 MESI
- 3 ANNI
- 4 ANNI
- 5 ANNI

TEMPO (Scrivere i tempi sui puntini)

Per quanto tempo vedevi la televisione durante la gravidanza?

.....

Per quanto tempo usavi lo smartphone durante la gravidanza?

.....

Per quanto tempo usavi il tablet durante la gravidanza?

.....

Eri in contatto con la tua pancia (SPIEGARE COSA SIGNIFICA... es. toccavi la tua pancia, la accarezzavi, etc...) durante la gravidanza?

.....  
"Parlavi" al tuo bambino durante la gravidanza? .....

.....  
Quali media e strumenti digitali utilizzi tra quelli di seguito elencati? (Barrare con una X il n.):

- 1. TV
- 2. Smartphone
- 3. Computer
- 4. Tablet

TELEVISORE

Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 0 anni?

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 1 anno? .....

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 2 anni?

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 3 anni?

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 4 anni?

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vedeva la TV a 5 anni?

.....  
Per quanto tempo (minuti/ore) il tuo bambino vede la TV oggi?

.....

\* per "anno" si intende, oltre che l'anno preciso, anche l'arco di tempo dei 12 mesi per raggiungere l'anno.

SMARTPHONE

Per quanto tempo usavi lo smartphone insieme al tuo bambino da 0 a 12 mesi? .....

.....

E da solo/a?.....

Per quanto tempo usavi lo smartphone insieme al tuo bambino a 2 anni?

.....

E da solo/a?.....

Per quanto tempo usavi lo smartphone insieme al tuo bambino a 3 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo usavi lo smartphone insieme al tuo bambino a 4 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo usavi lo smartphone insieme al tuo bambino a 5 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo usi lo smartphone insieme al tuo bambino oggi?  
 .....  
 E da solo/a?.....

#### TABLET

Per quanto tempo hai usato il tablet insieme al tuo bambino dai suoi 0-12 mesi?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo hai usato il tablet insieme al tuo bambino a 2 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo hai usato il tablet insieme al tuo bambino a 3 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo hai usato il tablet insieme al tuo bambino a 4 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo hai usato il tablet insieme al tuo bambino a 5 anni?  
 .....  
 E da solo/a?.....  
 Per quanto tempo usi il tablet insieme al tuo bambino oggi?  
 .....  
 E da solo/a?.....

\* per Comunicazione Relazionale si intende la comunicazione verbale e non verbale compreso il dialogo tonico presente sin dai primi giorni di vita nell'interazione madre-bambino e la presenza /assenza di contatto visivo, attenzione condivisa e altri segnali di comunicazione sociale reciproca.

#### **6. Riferimenti epistemologici del modello e metodologia**

La base epistemologica dell'argomento trattato origina, in particolare, dal modello psicobiologico integrato che ci guida nella lettura dei processi di disadattamento con-

causa di patologia. Il meta modello psicofisiologico-integrato [39] spiega come la costruzione dell'immagine corporea derivi da processi di riconoscimento relazionale interattivo e come l'alterazione dei processi di comunicazione tra SNC e periferia corporea e tra stimoli esterni e periferia corporea sia alla base di pattern di identità frantumati a causa di un eccesso o una carenza di stimoli. In particolare, la patologia potrebbe insorgere per stimoli che provocano ipereccitazione (uso di film aggressivi e/o violenti), o in rapporto a meccanismi di inibizione. In quest'ultimo caso, ad esempio, le immagini proiettate sullo schermo rappresenterebbero lo stimolo percettivo verso cui il bambino, soprattutto in età precoce (prima dei due anni), dopo aver interagito cercando il contatto in ogni modo (allungando le braccia, indicando, vocalizzando, gridando), sentendo vani i suoi tentativi che vengono disattesi da uno schermo (TV; Tablet; Smartphone) che non interagisce, perde l'aspettativa dell'interazione e diminuisce la soglia di sensibilità alla percezione esterna. Poiché il cervello di un bambino è più plastico di quello di un adulto e si relaziona al mondo esterno attraverso operazioni senso-motorie che ancora lo privano dell'abilità a distinguere la realtà dalla finzione, aumenta la circolarità auto rappresentativa in cui il bambino perde lo stimolo esterno come stimolo sociale. Se tale esperienza comportamentale di evitamento e di inibizione perdura nel tempo crea patologia. Anche durante l'interazione genitore-bambino (momento privilegiato per l'acquisizione di capacità di autoregolazione del bambino), il telefonino può distogliere l'attenzione del genitore generando il rischio di compromettere la relazione con un genitore presente fisicamente ma assente in termini di espressioni facciali e di scambio di attenzione (perché impegnato a utilizzare il cellulare) che, quindi, non risulterà congruente rispetto allo scambio che era in corso con il bambino (Still-face) [40]. La metodologia, in questa prima fase di consapevolezza e riconoscimento della necessità di modelli integrati, sia di intervento che di eziopatogenesi, oltre ad evidenziare empiricamente dalle osservazioni pre-test descritte, analizza la letteratura, i fenomeni sociali e l'aumento delle patologie del neuro-sviluppo ritrovando supporti nel paradigma della Still-face. Le ricerche svolte con il paradigma della Still-face evidenziano infatti come un atteggiamento di "presenza-assenza" dell'adulto, nel tempo, possa provocare nel bambino stress, ansia, comportamenti di auto consolazione, di ritiro emotivo, di perdita del controllo posturale e di emozioni negative [41]. Allo stesso modo noi ipotizziamo che lo schermo dei media (TV; smartphone; tablet) rappresenti per il bambino il soddisfacimento illusorio di una facile gestione del piacere mentre rappresenta il surrogato manichino di un corpo materno che non interagisce. Per avere un'idea dei vissuti di bambini molto piccoli esposti a situazioni simili, è utile far riferimento ai risultati delle ricerche che hanno utilizzato il paradigma della still-face [42], una condizione di laboratorio che ha messo in luce le risposte tipiche dei bambini esposti a un volto «immobile» e «inespressivo». Il paradigma tradizionale della still-face prevede tre episodi di interazione faccia a faccia in successione:

1. situazione di giocotipico
2. adulto in «still-face» (non risponde, non tocca, non parla al bambino, non interagisce)

### 3. «riunione» (ritorno alla modalità tipica di interazione).

La procedura è suddivisa in tre fasi di breve durata (circa 3 minuti a fase). Nella prima fase la madre interagisce liberamente col figlio mediante un'interazione faccia a faccia, giocando e parlando con lui. Nella seconda fase si richiede alla madre di mantenere il volto inespressivo e di non reagire a nessuna sollecitazione da parte del figlio. Nell'ultima fase la madre ritorna a giocare col bimbo, riprendendo la normale interazione col figlio. I risultati che derivano dal paradigma dello still-face mostrano che il bambino aumenta i propri livelli di arousal e di stress quando la madre smette di interagire con lui; mette inizialmente in atto delle strategie tese a recuperare il rapporto con la madre: aumenta le vocalizzazioni, indica, muove le braccia per catturare l'attenzione. Quando, col passare dei minuti, si rende conto che i suoi tentativi vanno a vuoto, va in uno stato di estrema frustrazione, urlando e piangendo. Il bambino spesso mette in atto dei meccanismi per evitare lo stato di frustrazione, mettendosi il dito in bocca o distogliendo lo sguardo dalla madre. Di fronte a tale comportamento «insolito» dell'adulto, il bambino reagisce smettendo di giocare e aumentando le espressioni emotive negative e di avversione nei confronti del genitore. Inizialmente il bambino cerca attivamente di riagganciare lo sguardo del genitore, alternando tali tentativi con l'evitamento dello sguardo. Se la situazione di still-face perdura e l'adulto continua ad essere non responsivo, il bambino manifesta in maniera evidente comportamenti di ritiro emotivo, emozioni negative, comportamenti di autoconsolazione; può anche manifestare indicatori di stress e perdita del controllo posturale [43]. Anche durante l'allattamento, un bambino che sta fissando il viso della madre e, all'improvviso, perde il contatto visivo con essa essendo questa impegnata a leggere un sms o un messaggio su whatsapp, può sperimentare uno stato emotivo simile a quello evidenziato dalle situazioni di still-face. Laddove la focalizzazione sullo smartphone o la sua offerta al bambino diventino la modalità elettiva del caregiver per interagire con il bambino, privandolo sistematicamente delle opportunità di interazione sociale, crea il rischio di abituare il piccolo a sopprimere il disagio e a distrarsi sul piano comportamentale e cognitivo, anziché progredire nella sua capacità di condividere, esplorare e gestire pienamente il proprio vissuto emotivo [44].

## 7. Risultati attesi

La qualità dell'interazione, insieme alla quantità di input linguistici dei caregivers, durante i primi anni di vita, è positivamente associata ai risultati linguistici e al successo scolastico complessivo del bambino [45]. Ad esempio, la reattività materna e il numero di conversazioni tra adulto e bambino influenzano positivamente lo sviluppo del linguaggio [46]; di contro, è stato riscontrato che l'esposizione eccessiva al televisore sia associata a una diminuzione della quantità e della qualità dell'interazione linguistica genitoriale e l'osservazione dei media da parte di bambini, di età inferiore ai 2 anni, ha influito negativamente sullo sviluppo del linguaggio [47]. Strumenti predittivi che consentono di calcolare il rischio di alterazioni nella comunicazione relazionale possono essere di aiuto alla costruzione di modelli alternativi di integrazione. A tale scopo, ci proponiamo, attraverso l'introduzione in questo lavoro

di un questionario di facile applicabilità, di suggerire una proposta che orienta i contributi in tal senso.

## 8. Conclusioni

La relazione diadica - in particolar modo l'interazione faccia a faccia - tra il bambino e il caregiver, modula l'attivazione emotiva [48]. In questa rudimentale comunicazione, i due partner co-regolano le loro interazioni rispondendo, momento per momento, ciascuno alle espressioni affettive e comportamentali dell'altro passando da scambi sincronici, in cui entrambi condividono le stesse espressioni e gli stessi comportamenti, a stati asincronici, in cui l'uno o l'altro distoglie l'attenzione sull'altro, che vengono subito riparati elicitando stress positivo [49]. Quando la diade riesce subito a riparare questa dis-regolazione, i bambini sviluppano l'aspettativa secondo cui esperienze emotive anche molto intense non sono disorganizzanti e possono essere efficacemente fronteggiate con il supporto del caregiver. La sensibilità di quest'ultimo, dunque, è fondamentale perché favorisca il contenimento e la modulazione dello stress, attraverso il canale facciale, il contatto fisico [50] e la fiducia in lui da parte del bambino. Il caregiver, così facendo, mostra al bambino strategie efficaci per reagire alle situazioni emotigene e gli permette di sviluppare una rappresentazione chiara e comprensibile degli eventi, anche quando essi sono molto dolorosi [51]. Qualora lo smartphone venga utilizzato in modo eccessivo - sia dal genitore, sia dal bambino - compromette l'interazione faccia a faccia e, dunque, l'acquisizione dell'autoregolazione emotiva. Pur dotato di efficacia distraente, questo strumento priva il bambino di elementi essenziali dell'interazione faccia a faccia che contribuiscono al suo sviluppo emotivo e socio-cognitivo. Il ricorso al telefonino per distrarlo, priva il bambino del volto materno con il quale confrontarsi per dare significato alla realtà. Lo stesso vale anche quando a distrarsi per il beep del cellulare è il genitore; egli, così facendo, seppur fisicamente presente, ha un'espressione facciale non congrua ai contenuti dello scambio comunicativo che stava intrattenendo con il figlio. Alla luce dei possibili rischi correlati ad un uso smodato delle tecnologie multimediali, riecheggia, allora, ancora una volta, l'urgenza di condividere e proporre strumenti predittivi del rischio di alterazione e patologia nella comunicazione relazionale.

## BIBLIOGRAFIA

1. F. Fabbro, (2006). Sviluppo e Plasticità cerebrale nell'apprendimento delle lingue Multiverso, *Flessibilità*, n.2, pp.30-32
2. Wang, D., Park, S., & Fesenmaier, D. R. (2012). The role of smartphones in mediating the touristic experience. *Journal of Travel Research*, 51(4), 371-387.
3. Turkle, S., (2012). *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre di più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*. Torino: CodiceEdizioni.
4. Wang, Xiao, et al. "Community Preserving Network Embedding." *AAAI*. (2017).
5. Cui F., Jiao C., Peng X., Wang T., (2017). Impaired Empathy Processing in Individuals with Internet Addiction Disorder: An Event-Related Potential Study. *Frontiers in Human Neuroscience*.
6. Singer, D. G. (2014). *Television, imagination, and aggression: A study of preschoolers*. Routledge.
7. Prensky, M. (2004). The emerging online life of the digital native. *Retrieved August, 7, 2008*.

8. Loh, K.K., & Kanai, R. (2016). In che modo Internet ha rimodellato la cognizione umana? *The Neuroscientist*, 22 (5), 506-520.
9. McManis, L. D., & Gunnewig, S. B. (2012). Finding the education in educational technology with early learners. *Young Children*, 67(3), 14-24. INTEGRATE, E. T., & MCVICKER, C. USING IPADS FOR TEACHING FUTURE.
10. Carroll, A. E., Rivara, F. P., Ebel, B., Zimmerman, F. J., & Christakis, D. A. (2005). Household computer and Internet access: The digital divide in a pediatric clinic population. In *AMIA annual symposium proceedings* (Vol. 2005, p. 111). American Medical Informatics Association.
11. Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., Di Giuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *PEDIATRICS-SPRINGFIELD-*, 113(4), 708-713.
12. Cui F., Jiao C., Peng X., Wang T., (2017). Unconscious Processing of Facial Expressions in Individuals with Internet Gaming Disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*.
13. Cubelli R. e S. Vicari su *Psicologia clinica dello sviluppo*/ n. 2, 2016
14. Schmidt, M. E., Rich, M., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., & Taveras, E. M. (2009). Television viewing in infancy and child cognition at 3 years of age in a US cohort. *Pediatrics*, 123(3), e370.
15. Cristia, A., & Seidl, A. (2015). Parental reports on touch screen use in early childhood. *PLoS One*, 10(6), e0128338.
16. Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81(1), 357-367.
17. Reid Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A., & Cross, C. (2016). Children and adolescents and digital media. AAP Council on Communications and Media. *Pediatrics*, 138, e20162593.
18. Rinaldi, M., Surian, N., Comiti, F., & Bussetini, M. (2012). Guidebook for the evaluation of stream morphological conditions by the Morphological Quality Index (MQI). Version 1.1. 85 pp Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale, Roma. ISBN: 978-88-448-0487-9.
19. Manyika, J., Chui, M., Brown, B., Bughin, J., Dobbs, R., Roxburgh, C., & Byers, A. H. (2011). Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity.
20. V. Balbinot, G. Toffol e G. Tamburlini rivista "Medico e Bambino" n.10/2016
21. Dozio, E., & Bontà, G. (2003). Gli allievi detti "superdotati" e la scuola
22. Ruggieri, V. (1988). *Mente, corpo, malattia: analisi e discussione psicofisiologica*. Il pensiero scientifico.
23. Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Internet use, social skills, and adjustment. *Cyberpsychology & behavior*, 7(1), 41-47.
24. Liu, Q., Wei, L., Yuan, S., Ren, X., Zhao, Y., Wang, Z., ... & Li, A. (2015). Influence of interface properties on charge density, band edge shifts and kinetics of the photoelectrochemical process in p-type NiO photocathodes. *Rsc Advances*, 5(88), 71778-71784.
25. Montagni, I., Guichard, E., Carpenet, C., Tzourio, C., & Kurth, T. (2016). Screen time exposure and reporting of headaches in young adults: A cross-sectional study. *Cephalalgia*, 36(11), 1020-1027.
26. Montagni, I., Guichard, E., Carpenet, C., Tzourio, C., & Kurth, T. (2016). Screen time exposure and reporting of headaches in young adults: A cross-sectional study. *Cephalalgia*, 36(11), 1020-1027.
27. Chiang, H. Y. A., & Liu, C. H. (2016). Exploration of the associations of touch-screen tablet computer usage and musculoskeletal discomfort. *Work*, 53(4), 917-925.
28. Carroll, A. E., Rivara, F. P., Ebel, B., Zimmerman, F. J., & Christakis, D. A. (2005). Household computer and Internet access: The digital divide in a pediatric clinic population. In *AMIA annual symposium proceedings* (Vol. 2005, p. 111). American Medical Informatics Association. Moreno, M. A., Parks, M. R., Zimmerman, F. J., Brito, T. E., & Christakis, D. A. (2009). Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(1), 27-34.
29. Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., Di Giuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *PEDIATRICS-SPRINGFIELD-*, 113(4), 708-713.

30. Thompson, D. A., & Christakis, D. A. (2005). The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics*, *116*(4), 851-856.
31. Mullane, C. N. (2011). Distress Tolerance, Experiential Avoidance, and Negative Affect: Implications for Understanding Eating Behavior and BMI.
32. Brierley, J., Carcillo, J. A., Choong, K., Cornell, T., DeCaen, A., Deymann, A., ... & Duncan, A. (2009). Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*, *37*(2), 666.; Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica*, *97*(7), 977-982.
33. Moreno, M. A., Parks, M. R., Zimmerman, F. J., Brito, T. E., & Christakis, D. A. (2009). Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *163*(1), 27-34.
34. Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *PEDIATRICS-SPRINGFIELD-*, *113*(4), 708-713.;
35. Foster, E. M., & Watkins, S. (2010). The value of reanalysis: TV viewing and attention problems. *Child Development*, *81*(1), 368-375.
36. Okuma, K., & Tanimura, M. (2009). A preliminary study on the relationship between characteristics of TV content and delayed speech development in young children. *Infant Behavior and Development*, *32*(3), 312-321.; Kirkorian, H. L., Pempek, T. A., Murphy, L. A., Schmidt, M. E., & Anderson, D. R. (2009). The impact of background television on parent-child interaction. *Child development*, *80*(5), 1350-1359.
37. Tanimura, M., Okuma, K., & Kyoshima, K. (2007). Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *161*(6), 618-619.; Kirkorian, H. L., Pempek, T. A., Murphy, L. A., Schmidt, M. E., & Anderson, D. R. (2009). The impact of background television on parent-child interaction. *Child development*, *80*(5), 1350-1359.
38. Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività: origini e primi sviluppi*. R. Cortina.; Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., ... & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, *79*, 903-921.
39. Ruggieri, V. (1988). *Mente, corpo, malattia: analisi e discussione psicofisiologica*. Il pensiero scientifico.
40. Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, *17*(1), 1-13. Adamson, L. B., & Frick, J. E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, *4*(4), 451-473.
41. Tronick, E., & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *American Psychologist*, *66*(2), 107.
42. Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, *17*(1), 1-13.
43. Tronick, E., & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *American Psychologist*, *66*(2), 107.
44. Cassibba, R., Van IJzendoorn, M. H., & Coppola, G. (2012). Emotional availability and attachment across generations: Variations in patterns associated with infant health risk status. *Child: care, health and development*, *38*(4), 538-544.
45. Rindermann, H., & Baumeister, A. E. (2015). Parents' SES vs. parental educational behavior and children's development: A reanalysis of the Hart and Risley study. *Learning and Individual Differences*, *37*, 133-138.; Patel, J. P., Gönen, M., Figueroa, M. E., Fernandez, H., Sun, Z., Racevskis, J., ... & Huberman, K. (2012). Prognostic relevance of integrated genetic profiling in acute myeloid leukemia. *New England Journal of Medicine*, *366*(12), 1079-1089.

46. Johnson, K., Caskey, M., Rand, K., Tucker, R., & Vohr, B. (2014). Gender differences in adult-infant communication in the first months of life. *Pediatrics*, *134*(6), e1603-e1610.; Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child development*, *72*(3), 748-767.
47. Tanimura, M., Okuma, K., & Kyoshima, K. (2007). Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *161*(6), 618-619.; Ferguson, C. J., & Donnellan, M. B. (2014). Is the association between children's baby video viewing and poor language development robust? A reanalysis of Zimmerman, Christakis, and Meltzoff (2007). *Developmental Psychology*, *50*(1), 129.
48. Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 229-248.
49. Tronick, E., & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *American Psychologist*, *66*(2), 107.
50. Aureli, T., Coppola, G., Picconi, L., Grazia, A., & Ponzetti, S. (2015). Relationships between regulatory temperament dimensions and self-regulatory behaviors at 4 and 6 months of age. *Infant Behavior and Development*, *38*, 162-166.
51. Coppola, G., Ponzetti, S., & Vaughn, B. E. (2014). Reminiscing style during conversations about emotion-laden events and effects of attachment security among Italian mother-child dyads. *Social Development*, *23*(4), 702-718.

ARTICOLO

# L'utilità dello Zulliger Test nella valutazione del funzionamento psichico

Concetta Vergati<sup>1</sup>, Simona Annunziata<sup>1</sup>, Gesualda Baldo<sup>1</sup>, Teresa Longobardi<sup>1</sup>,  
Olimpia Ricciardi<sup>2</sup>, Simona Verniti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SiPGI-Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata (Naples), Italy

<sup>2</sup> Università Telematica Internazionale Uninettuno, Rome, Italy

zulligertest2018@gmail.com



## Citation

Vergati C., Annunziata S., Baldo G.,  
Longobardi T., Ricciardi O., Verniti S.  
(2019).  
L'utilità dello Zulliger Test  
nella valutazione del funzionamento  
psichico  
Phenomena Journal, 1, 68-73  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.52>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Concetta Vergati  
concetta.vergati@gmail.com

**Ricevuto:** 22 maggio 2019  
**Accettato:** 04 giugno 2019  
**Pubblicato:** 15 giugno 2019

## ABSTRACT

The Zulliger Test is a projective technique elaborated by Hans Zulliger, both in the individual form and in the collective form. It is a psychodiagnostic instrument that, as the most famous Rorschach Test, is based on the ink spots method, and that invites the subject to interpret symmetrical and little structured spots. Initially, it was created in the slides version for the selection of soldiers of Swiss army and successively proposed as planks for the individual administration.

The following article proposes to evidence the usefulness of individual form of Zulliger Test in the appraisal of psychical operation, both normal and pathological.

A review of the literature is lead carrying out searches of articles and witnesses through the main search engines by the keywords: "Zulliger test", "Hans Zulliger", "projective test".

Found the usefulness of Zulliger Test in individual form for the appraisal of psychical operation, the necessity of a study is evidenced for the definition of the normative champion of the Italian adult normal population.

## KEYWORDS

Zulliger, proiettivi, Rorschach, psicodiagnosi, test, Z-test.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Lo Zulliger Test è una tecnica proiettiva elaborata da Hans Zulliger, nella forma sia individuale che collettiva. Si tratta di uno strumento psicodiagnostico che, come il più noto Test di Rorschach, si fonda sul metodo delle macchie d'inchiostro, che invita il soggetto ad interpretare macchie simmetriche e poco strutturate. Fu inizialmente creato nella versione in diapositive per la selezione dei militari dell'esercito svizzero e successivamente proposto sotto forma di tavole per la somministrazione individuale.

Il seguente articolo si propone la finalità di evidenziare l'utilità dello Zulliger Test individuale nella valutazione del funzionamento psichico, sia normale che patologico. È stata condotta una revisione della letteratura effettuando ricerche di articoli e testi attraverso i principali motori di ricerca inserendo le seguenti parole-chiave: "Zulliger test", "Hans Zulliger", "test proiettivi".

Rilevata l'utilità dello Zulliger Test in forma individuale per la valutazione del funzionamento psichico, si evidenzia la necessità di uno studio per la definizione del campione normativo della popolazione italiana adulta normale.

## PAROLE CHIAVE

Zulliger, proiettivi, Rorschach, psicodiagnosi, test, Z-test.

## 1. Introduzione

Lo Zulliger Test (o Z-Test) è una tecnica proiettiva elaborata da Hans Zulliger, psicoanalista svizzero collaboratore di H. Rorschach, noto inventore del test proiettivo che da lui prende il nome [1, 2]. Tale reattivo fu appositamente creato per la somministrazione collettiva, nella forma in diapositive detta Z-Diapositive-Test, allo scopo di selezionare in tempi rapidi i militari dell'esercito svizzero [3]. Nel 1954 venne pubblicato anche nella versione in Tavole per la somministrazione individuale [4]. Lo Z-Test è uno strumento particolarmente duttile e versatile per la brevità dei tempi richiesti nella raccolta e nell'elaborazione del protocollo [5]. Come altre tecniche proiettive, esso è utile nell'indagine psicodiagnostica [6, 7], in quanto consente di “andare oltre le difese del soggetto e giungere ad una valutazione della dinamica della personalità sufficientemente profonda e, pertanto, sufficientemente affidabile” [8]. Tuttavia, dall'analisi della letteratura emerge che, allo stato attuale, manca un campione normativo della popolazione italiana a cui riferirsi per il suo utilizzo nella versione in tavole finalizzata alla somministrazione individuale [5, 9]. Alla luce di tali considerazioni, si propone di realizzare uno studio per ottenere un campione normativo della popolazione italiana adulta, in modo da poter impiegare in maniera metodologicamente corretta questo utile strumento in ambito psicodiagnostico.

## 2. Struttura dello Z-Test

Lo Z-Test, come il test di Rorschach, è basato sul metodo delle macchie d'inchiostro (o “ink-blot”), che invita il soggetto ad interpretare macchie d'inchiostro ambigue e scarsamente strutturate, ottenute versando dell'inchiostro (nero o colorato) su un foglio di carta e ripiegando quest'ultimo lungo la linea mediana [2, 10, 11]. Zulliger ha validato il reattivo da lui ideato confrontandone i risultati con quelli ottenuti con altri strumenti psicodiagnostici, quali: Test di Rorschach - Tavole originali, Test di Rorschach - Tavole parallele (serie Bero), analisi grafologiche, test intellettivi, osservazione diretta del comportamento [2].

Pur non potendo considerarsi una versione parallela del Rorschach, lo Z-Test presenta caratteristiche fondamentali simili, ma a differenza del Test di Rorschach, che è composto da dieci tavole, esso è costituito soltanto da tre tavole [12]. In principio Zulliger produsse 600 macchie casuali, dalle quali ne estrasse quattro. Questa prima serie di tavole non diede tuttavia risultati soddisfacenti, per cui vennero prodotte altre 400 macchie, dalle quali ne furono estratte due. La nuova serie composta dalle sei macchie selezionate fu efficace al punto che la prova rimase valida anche eliminando tre delle sei macchie di inchiostro. Le tre tavole che compongono lo Z-Test riproducono le stesse caratteristiche strutturali che appartengono alle macchie del Rorschach [9]. Esse, cioè, sono tali da evocare interpretazioni Globali, che interessano la macchia nella sua totalità. Sono, altresì, tali da elicitare interpretazioni di Forma, Colore e Movimento, che sono i tre parametri fondamentali su cui si fonda il profilo di personalità che si ottiene dal Test di Rorschach [10, 13, 14]. La Forma è un aspetto legato al funzionamento intellettuale; il Colore e il Movimento sono elementi legati alle di-

namiche affettive, rispettivamente alla capacità del soggetto di entrare in relazione con il mondo esterno e con il proprio mondo interiore [15]. Nello specifico, le risposte di Movimento assumono una grande importanza nell'interpretazione del protocollo Rorschach, offrendo informazioni non soltanto sulle dinamiche affettive ma anche sui processi intellettivi del soggetto [10, 15].

Le tre tavole dello Z-Test possiedono caratteristiche specifiche: la prima è nera, la seconda è policromatica, la terza è nera e rossa. Lo psicoanalista francese Didier Anzieu [16] sottolinea come la prima tavola suggerisca soprattutto interpretazioni di Forma, la seconda di Colore e la terza di Movimento [9].

Lo Z-Test si fonda sugli stessi principi teorici e metodologici del Test di Rorschach, per cui prevede un'analogia procedura per la raccolta, siglatura e interpretazione del protocollo. Nell'ambito di tale procedura, le risposte prodotte vengono tradotte in un articolato sistema di sigle. Gli elementi di siglatura confluiscono nel calcolo di valori numerici, gli indici dello "psicogramma", che costituiscono la base psicometrica su cui si fonda la lettura quantitativa del protocollo, la quale può essere poi arricchita da ulteriori considerazioni di carattere qualitativo (legate, ad esempio, agli aspetti simbolici del contenuto delle risposte) [2].

### 3. Utilità e storia dello Z-Test

Lo Z-Test, se correttamente somministrato e interpretato secondo una procedura metodologica rigorosa, costituisce un utile mezzo per contribuire a definire le principali caratteristiche della personalità, negli aspetti cognitivi, affettivi e relazionali [8, 9, 12]. Esso possiede il vantaggio di essere uno strumento più rapido e versatile rispetto al Test di Rorschach, in quanto, essendo costituito da tre tavole, richiede un tempo minore per la somministrazione e l'elaborazione del protocollo. Come sottolineano Lis A. e Zennaro A. [5], grazie alla sua brevità lo Z-Test può essere facilmente somministrato a soggetti che presentano affaticabilità, difficoltà di concentrazione, bassa tolleranza alla frustrazione. Rispetto al test di Rorschach, tale reattivo fornisce una minore ricchezza di informazioni, ma alcuni indici fondamentali che si ricavano dall'elaborazione delle risposte sono gli stessi, per cui lo Z-Test può offrire un orientamento su alcune caratteristiche importanti della personalità individuale, che possono poi essere oggetto di ulteriore approfondimento.

Nonostante, però, i vantaggi come strumento rapido e versatile, lo Z-test non ha goduto di buona fortuna nel tempo ed è stato poco utilizzato nei decenni successivi alla sua nascita, al punto che "è per noi difficile capire le ragioni per cui la sua diffusione è piuttosto limitata" [12]. Come evidenziano Parisi S. e Pes S. [2], diversi tipi di motivazioni hanno ostacolato nel tempo il riconoscimento della portata e dell'utilità dello strumento. Lo Z-Test è nato in un periodo storico in cui la valutazione clinica è stata dominata dal Test di Rorschach. In Italia, Meschieri L. negli anni '50 [17] ne ha introdotto l'utilizzo presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). I vari articoli elaborati in quel periodo ne hanno dimostrato l'ampio utilizzo, tuttavia non si possiedono resoconti completi dei lavori effettuati dagli psicologi del CNR,

in quanto essi hanno consegnato alle strutture committenti l'intero materiale elaborato [2, 18, 19]. Ciò ha disperso le conoscenze sullo Z-Test, originando in seguito molti lavori parziali e incompleti sull'argomento. Nei paesi anglosassoni lo Z-Test è stato invece introdotto negli anni '60, durante un periodo in cui le tecniche proiettive vivevano una fase di declino [2].

In tempi recenti, però, si è assistito alla nascita di un rinnovato interesse verso questo reattivo. Dalla metà degli anni '90 sono stati effettuati studi e ricerche, che, però, hanno riguardato essenzialmente lo Z-Test per la somministrazione collettiva, nella versione in diapositive legata soprattutto all'ambito della selezione del personale. Allo stato attuale non esiste ancora una taratura nazionale per l'utilizzo dello Z-Test nella versione in tavole finalizzata alla somministrazione individuale [5, 12, 9, 20, 21, 22].

#### 4. Ipotesi di studio

Sulla base delle considerazioni sopra esposte, si propone un progetto di ricerca con l'obiettivo di realizzare la standardizzazione italiana dello Z-Test individuale, finalizzata a definire gli indici normativi della popolazione italiana, rispetto ai quali sia possibile confrontare i risultati della singola prestazione individuale al test. In letteratura la più recente standardizzazione disponibile sullo Z-Test è quella effettuata nel 2008 da Paola Carruba e Andrea Castiello d'Antonio, in relazione allo Z-Test collettivo [9]. Il lavoro compiuto da questi due ricercatori può essere assunto come punto di riferimento per un analogo studio finalizzato alla standardizzazione dello Z-Test individuale. In particolare, gli autori hanno considerato un campione di 360 soggetti normali, rappresentativi della popolazione italiana adulta. Il campione studiato è omogeneo per provenienza geografica, caratterizzato da un'adeguata distribuzione tra soggetti che vivono in città e in piccoli centri, ulteriormente suddivisi in base al sesso, all'età, al grado di istruzione. All'interno di quest'ultima variabile è stato effettuato un ulteriore bilanciamento tra studi scientifici ed umanistici. I due studiosi hanno elaborato analisi statistiche su indici fondamentali, quali: il numero totale di risposte prodotte al test, relativo alla quantità della produzione ideativa dei soggetti (R); la percentuale di risposte di buona forma, relativa all'efficacia dei processi cognitivi (F+); la percentuale di risposte globali (G%), legata ai processi sintetico- astrattivi; la percentuale di risposte di dettaglio (D%), relativa alle strategie di pensiero analitico-concrete; il numero di risposte volgari (V), legato alla capacità di adattamento al mondo esterno e alla condivisione del pensiero comune; il Tipo di Vita Interiore (TVI), un importante indice affettivo che fornisce informazioni sull'atteggiamento extratensivo o introvertivo dell'individuo, ossia sulla sua capacità di contatto con il mondo esterno e con il proprio mondo interiore [9, 14, 15].

Gli stessi Carruba P. e Castiello d'Antonio A. [9] hanno sottolineato la necessità di procedere alla standardizzazione dello Z-Test individuale, poiché le due versioni (individuale e collettiva) del reattivo non possono considerarsi equivalenti. La differente modalità di somministrazione delle immagini del test, sotto forma di tavole (nella

versione individuale) e mediante diapositive proiettate su uno schermo (nella versione collettiva), infatti, influenza la prestazione del soggetto. In particolare, nella somministrazione di gruppo il soggetto può produrre un numero complessivo minore di interpretazioni perché non può ruotare le immagini ma interpretarle soltanto in posizione dritta. Nel setting collettivo, inoltre, il soggetto tende a produrre più risposte a tavola dritta rispetto al setting individuale, perché tende a sperimentare la pressione a produrre di più, legata a sentimenti di rivalità nei confronti degli altri membri del gruppo.

Assumendo, pertanto, come punto di riferimento lo studio effettuato da P. Carruba e A. Castiello D'Antonio [9], si propone di procedere in maniera analoga per la standardizzazione dello Z-Test individuale. In particolare, si ipotizza di somministrare le tre Tavole dello Z-Test ad un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta normale, che sia costituito da un numero sufficientemente ampio di soggetti, considerati privi di patologia psichica, bilanciati per caratteristiche fondamentali quali età, sesso, provenienza geografica, livello di istruzione. I protocolli saranno raccolti da psicologi esperti, che abbiano seguito un percorso formativo specifico nella somministrazione di test proiettivi, che adottino un metodo condiviso e uniforme di somministrazione, di siglatura e di interpretazione del test. In particolare, le risposte saranno siglate secondo il metodo elaborato da C. Rizzo [13, 14, 15]. I dati relativi ai singoli protocolli saranno ulteriormente elaborati con opportune analisi statistiche, così da ottenere le medie e i valori del campione, rispetto ai quali sarà possibile valutare la singola prestazione individuale.

Uno degli obiettivi principali della standardizzazione sarà quello di individuare le risposte del campione che presentano una più elevata frequenza statistica, ossia le immagini che vengono maggiormente percepite dalla popolazione e che pertanto possiedono una qualità formale buona. Si tratterà cioè di individuare le cosiddette risposte Volgari (dette anche Popolari o Banali) e le R+ statistiche, fondamentali al fine di ottenere parametri oggettivi per la siglatura di molte risposte che compongono un protocollo individuale [9, 15].

## 5. Conclusioni

Per poter utilizzare lo Z-Test nella valutazione del funzionamento psichico individuale si ritiene necessario effettuare uno studio di standardizzazione dello strumento su adulti italiani normali. La definizione di un campione normativo potrà, infatti, consentire di utilizzare il reattivo facendo riferimento a criteri obiettivi, rispetto ai quali sia possibile confrontare la singola prestazione individuale, secondo le regole di correttezza e rigore metodologico.

Tale lavoro di ricerca implicherà la raccolta, la siglatura e l'elaborazione di numerosi protocolli, avvalendosi della collaborazione tra professionisti esperti del settore che condividano l'interesse per il progetto proposto. Le informazioni ricavate dalla somministrazione dello Z-Test potranno avere una effettiva utilità nell'indagine psicodiagnostica se verranno integrate con altre fonti di dati sul soggetto (ad es. in-

forma-zioni tratte dall'anamnesi, dal colloquio clinico, dall'osservazione del comportamento, da altri risultati testistici): se, cioè, saranno impiegate per costruire una visione complessiva dell'essere umano, che tenda a dare senso al funzionamento soggettivo del singolo individuo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Zulliger H. (1969). *The Zulliger Individual and Group Test*. In F. Salomon (Ed.). New York: International Universities Press.
2. Parisi, S. & Pes, S. (2003). Origini dello Z-diapositive test. In *Rortutor: Manuale di Psicodiagnostica Rorschach* [Online software]. Roma: Centro H. Rorschach srl.
3. Zulliger, H. (1948). *Der Diapositiv-Z-Test: drei Diapositive*. Bern: Hans Huber.
4. Zulliger, H. (1954). *Der Zulliger- Tafeln- Test*. Bern: Hans Huber.
5. Lis A. & Zennaro A. (1997). *Nuovi contributi allo studio del test di Rorschach e dello Zulliger test*. Upsel: Domeneghini.
6. Castiello d'Antonio A. (2009). Il Rorschach e le tecniche proiettive. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 959-977.
7. Castiello d'Antonio A. (2009). La forma delle macchie. *Mente & Cervello*, 54, 42-49.
8. Castiello d'Antonio A. (2012). I test proiettivi nel mondo del lavoro. *Psicologia Contemporanea*, 234, 76-80.
9. Carruba P. & Castiello d'Antonio A. (2008). *Zulliger Test: La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella diagnosi della personalità. Caratteristiche, dati normativi e applicazioni*. Milano: Franco Angeli.
10. Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik: Methodik und ergebnisse eines wahrnehmungs-diagnostischen Experiments (deutenlassen von zufallsformen)* (Vol. 2). Bern: Ernst Bircher. (trad. it. Psicodiagnostica, Kappa, Roma, 1981).
11. Bohm, E. (1969). *Manuale di psicodiagnostica Rorschach* (3rd ed.). Firenze: Giunti Barbera.
12. Ungaro U. & Borrelli F. (2006). *Z-Test. Attualità ed importanza di un test proiettivo di facile uso*. Giovanazzo: Marianna.
13. Rizzo, C., Parisi S. & Pes P. (1980). *Manuale per la raccolta, localizzazione e siglatura delle interpretazioni Rorschach*. Roma: Kappa.
14. Parisi, S. & Pes, S. (2003). *Rortutor: Manuale di Psicodiagnostica Rorschach*. [Online software]. Roma: Centro H. Rorschach srl.
15. Cicioni, R. (Ed.). (2016). *Il test di Rorschach: Manuale di Raccolta, Siglatura e Diagnosi: Metodo Italiano Scuola Romana Rorschach*. Roma: Edizioni Kappa.
16. Anzieu, D. (1960). *Les méthodes projectives*. Paris: PUF.
17. Meschieri, L. (1950). Humer et interprétation des mouvements d'extension et de flexion sur le test de Rorschach. *Contributi CNR* 9-13.
18. Bacci, V. (1949). Prime considerazioni sull'applicazione in Italia del reattivo di Zulliger. *Rivista di Psicologia normale e patologica*, 45.
19. Bacci, V. (1955). Lo Z-test merita un più vasto impiego. In V. Lazzeroni (Ed.), *Atti del X Convegno degli Psicologi Italiani: Chianciano Terme – Siena: 10-12 ottobre 1954*. Firenze: Edizioni Universitarie.
20. Boncori, L., Lucchetti, L., Borrelli, F., & Ungaro, U. (2002). *Contribution to Italian Norms for the Z-Test*. Lavoro presentato al XVII Congresso Internazionale Rorschach ed altre Tecniche Proiettive, Roma.
21. Carruba, P. & Barborini, M. (2002). *Taratura nazionale dello Z-Test di H. Zulliger. Critiche emerse dall'analisi della varianza*. Lavoro presentato al XVII Congresso Internazionale Rorschach ed altre tecniche proiettive, Roma.
22. Castiello d'Antonio A. (2006). *La selezione psicologica delle risorse umane: Metodi di gruppo, test e questionari*. Milano: Franco Angeli.

ARTICOLO

# DPA - Dimensional Personality Assessment An Integrated Approach according DSM-5 Test innovativo di valutazione processuale della personalità

Laura Rapanà<sup>1</sup>, Claudio Barbaranelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità); ASPICARSA (Associazione di Ricerca Scientifica Applicata)

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Roma - La Sapienza

Entrambi coautori del Test DPA - Dimensional Personality Assessment con Marco Pacifico, Veronica Rosa, Leonarda Giannini, Edoardo Giusti.



## Citation

Rapanà L., Barbaranelli C. (2019).  
DPA - Dimensional Personality  
Assessment  
An Integrated Approach according  
DSM-5  
Test innovativo di valutazione  
processuale della personalità  
Phenomena Journal, 1, 74-86  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.18>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Laura Rapanà  
[laura.rapana@tin.it](mailto:laura.rapana@tin.it)

**Ricevuto:** 22 marzo 2019

**Accettato:** 10 giugno 2019

**Publicato:** 15 giugno 2019

## ABSTRACT

The present paper examines the theoretical bases, the psychometric properties and the applicative uses of the Dimensional Personality Assessment, a process evaluation tool of personality inspired by Criterion A for the personality disorder described in the alternative model introduced in the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. The Dimensional Personality Assessment is a questionnaire that allows the self-evaluation of the person's functioning with regard to the following four dimensions and their respective three sub-dimensions: Identity (Self-esteem, Emotional Experience, Sense of Self), Self-direction (Self-reflective Ability, Pursuit of Goals, Standards and Inner Values), Empathy (Understanding the Effects of One's own Behavior on Others, Comprehension and Appreciation of the Experience, Tolerance of Others' Point of View) and Intimacy (Behavior of Mutual Respect, Desire and Capacity of Closeness, Depth and Duration of the Relationship). The questionnaire is completed by a control scale for the measurement of Social Desirability (Lie Scale). The Dimensional Personality Assessment consists of a total of 92 items measured on a 5-points Likert Scale. The Dimensional Personality Assessment has undergone a rigorous examination of its psychometric characteristics, such as its factor structure, its reliability, and the correlation with scales from several instruments used in clinical practice and in applied research (such as the Big Five Questionnaire-2 and the Symptom Checklist-90 Revised, among others). The Dimensional Personality Assessment was validated on a sample of over 500 non-clinical adults, and on a group of over 200 patients on psychotherapeutic treatment. The present paper describes the Dimensional Personality Assessment research project and its use during a psychotherapeutic treatment as an evidence-based instrument for the results.

## KEYWORDS

**Dimensional assessment, Test, monitoring, therapeutic assessment, integration, personality, evidence-based instrument.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente articolo esamina le basi teoriche, le proprietà psicometriche e gli usi applicativi del *Dimensional Personality Assessment*, uno strumento di valutazione processuale della personalità ispirato al Criterio A per il disturbo di personalità descritto nel modello alternativo, introdotto nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Il *Dimensional Personality Assessment* è un questionario che consente l'autovalutazione del funzionamento della persona rispetto alle seguenti quattro dimensioni e le rispettive tre sottodimensioni: Identità (Autostima, Esperienza emotiva, Senso di sé), Autodirezionalità (Capacità autoriflessiva, Perseguimento degli obiettivi, Standard e valori interni), Empatia (Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri, Comprensione e apprezzamento dell'esperienza, Tolleranza del punto di vista degli altri) e Intimità (Comportamento del rispetto reciproco, Desiderio e capacità di vicinanza, Profondità e durata della relazione). Il questionario è completato da una scala di controllo per la misurazione della Desiderabilità Sociale (*Scala Lie*). Il *Dimensional Personality Assessment* comprende un totale di 92 item misurati su una scala Likert a 5 livelli. Il *Dimensional Personality Assessment* ha effettuato un esame rigoroso delle sue caratteristiche psicometriche, come la sua struttura fattoriale, la sua affidabilità e la correlazione con le scale di diversi strumenti utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca applicata (*Big Five Questionnaire-2* e *Symptom Checklist-90 Revised*, tra gli altri). Il *Dimensional Personality Assessment* è stato convalidato su un campione di oltre 500 adulti non clinici e su un gruppo di oltre 200 pazienti sottoposti a trattamento psicoterapeutico. Il presente lavoro descrive il progetto di ricerca del *Dimensional Personality Assessment* e il suo utilizzo durante un trattamento psicoterapeutico come strumento basato sull'evidenza dei risultati.

## PAROLE CHIAVE

**Assessment dimensionale, Test, monitoraggio, assessment terapeutico, integrazione, personalità, strumento evidence-based.**

## 1. Introduzione

Il Test DPA - Dimensional Personality Assessment è un questionario di valutazione processuale della personalità realizzato da un gruppo di lavoro che integra competenze cliniche con quelle psicometriche [1]. L'idea nasce con l'ultima pubblicazione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th Ed. DSM-5 [2]). La nuova stesura del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali [2] ha introdotto, nella Sezione III, un modello alternativo di diagnosi (*Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*) che ha il compito d'integrare il punto di vista dimensionale prendendo in considerazione anche il vissuto del soggetto nei confronti dei sintomi. Quest'apertura alla dimensionalità ha attivato l'interesse a costruire un questionario che potesse misurare dimensionalmente il funzionamento della personalità. L'ispirazione è partita da uno dei sette criteri generali per il disturbo di personalità, il Criterio A, dove è proposta la Scala del livello di Funzionamento della Personalità (*Level of Personality Functioning Scale*, LPFS) che serve a definire e a valutare la gravità della patologia della personalità. Con questa Scala si affrontano per la prima volta gli aspetti di funzionamento della personalità suddivisi in due aree: un'area di funzionamento del Sé che comprende gli elementi dell'identità e dell'autodirezionalità, e un'area di funzionamento Interpersonale che comprende gli elementi dell'empatia e dell'intimità. Secondo tale modello, la gravità della compromissione del funzionamento della personalità è predittiva della presenza o meno di uno o più disturbi di personalità [3, 4, 5, 6]. A supporto di questa Scala di Funzionamento della Personalità descritta nel DSM-5, ci sono dati che mostrano come la metacognizione [7] e le rappresentazioni delle relazioni interpersonali [8, 9] siano compromesse in diretta proporzionalità alla quantità di criteri soddisfatti nella sfera del disturbo di personalità.

### *Riferimento epistemologico del modello*

L'inquadramento teorico di base è l'approccio pluralistico integrato che presuppone una visione globale, complessiva della realtà, non riducibile a un unico principio, ma a principi molteplici di più linguaggi coesistenti e conflittuali [10, 11]. La sua applicazione prevede un approccio flessibile, dinamico, aperto, in continuo divenire, attento alle esigenze personali del singolo individuo volto al cambiamento [12]. Una visione unitaria dei vari approcci teorici permette di vedere la persona bisognosa di aiuto nella sua complessità, offrendole la possibilità di un intervento mirato ogni volta a uno specifico bisogno, in una determinata circostanza e in un momento particolare del percorso terapeutico [13, 14]. In conformità a questa visione, si è voluto costruire uno strumento versatile ed efficace, utilizzabile sensibilmente nelle diverse situazioni e che accompagni la terapia con dei riferimenti empirici. Siamo d'accordo con Norcross quando scrive che «la relazione terapeutica debba procedere da uno stadio all'altro seguendo il percorso dei clienti» [15, p. 33]; anche per questo, avere a disposizione uno strumento che aiuti a verificare se ciò stia accadendo, e in quale modo, potrebbe confermare e rafforzare una buona pratica.

## Obiettivi

L'utilizzo di un approccio pluralistico integrato nella strutturazione degli item per la costruzione del Test ha raggiunto, quindi, lo scopo di realizzare uno strumento innovativo, snello e allo stesso tempo dettagliato, utile al clinico sia per un primo momento valutativo del funzionamento della personalità, per la formulazione di piani di trattamento che possano colmare aree critiche nel funzionamento della personalità, e per migliorare o ampliare i punti di forza delle aree non compromesse, sia durante il processo terapeutico come strumento di monitoraggio, sia come *evidence based* dei risultati dell'efficacia della terapia stessa.

## Il presente studio

Il DPA- Dimensional Personality Assessment, sviluppato originariamente nel contesto italiano, nasce dalla collaborazione tra professionisti della pratica clinica e della ricerca di base; è stato costruito per scoprire il funzionamento della personalità attraverso la valutazione degli aspetti adattivi e disadattivi, può essere utilizzato sia in ambito clinico sia in ambito non clinico, proprio perché ha proprietà psicometriche che sono state tarate su ampi campioni di popolazione clinica e non clinica. Il DPA è un questionario che consente l'autovalutazione del funzionamento della persona rispetto a quattro dimensioni: l'Identità, l'Autodirezionalità, l'Empatia e l'Intimità. Per ogni dimensione sono state individuate tre sottodimensioni (Tabella 1).

Le quattro dimensioni, poste su un *continuum* che va da un livello di compromissione a un livello di adeguato funzionamento, possono essere successivamente lette, riprendendo la descrizione del DSM-5, all'interno delle due aree di funzionamento della personalità: l'area del Sé e l'area Interpersonale. L'Area del Sé include le dimensioni dell'Identità e dell'Autodirezionalità, e corrisponde a un funzionamento interno della persona, all'immagine che essa ha di se stessa, all'autostima, alle capacità di auto-riflessività e di perseguire obiettivi esistenziali coerenti e significativi nel breve e nel lungo tempo e agli standard e valori presenti. L'Area Interpersonale

AREE DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ	DIMENSIONI DEL TEST	SOTTODIMENSIONI DEL TEST
Area del Sé	Identità	1. AE-Autostima.
		2. EE-Esperienza Emotiva.
		3. SS-Senso di Sé.
	Autodirezionalità	1. AU-Capacità Autoriflessiva.
		2. DIR-Perseguimento degli obiettivi.
		3. ST-Standard e valori interni.
Area Interpersonale	Empatia	1. CEC-Comprensione effetti proprio comportamento su altri.
		2. CV-Comprensione e valorizzazione dell'esperienza.
		3. TPV-Tolleranza dei punti di vista altrui.
	Intimità	1. CRR-Comportamento di rispetto reciproco.
		2. DV-Desiderio e capacità di vicinanza.
		3. PD-Profondità e durata della relazione.

Tab. 1. Struttura sintetica del DPA [Modificata da:1, Figura 3-1, p. 18].

include le dimensioni dell'Empatia e dell'Intimità, e corrisponde a un funzionamento della persona con l'alterità, alla sua capacità di tollerare punti di vista diversi dai propri, di avere consapevolezza dell'effetto del proprio comportamento sugli altri, di avere desiderio di vicinanza e la capacità di far durare le relazioni.

## Metodo

### Strumenti

Si è partiti da una versione “allargata” del Test che ha permesso, grazie a una serie di Analisi Fattoriali Confermative (AFC) ed esplorative, di individuare gli item che presentavano le caratteristiche di dimensionalità (e.g., *factor loadings* elevati su un'unica dimensione) e di coerenza interna (e.g., coefficiente item totale corretto e coefficiente alfa se l'item è eliminato) e che potessero essere quindi combinati in modo attendibile per misurare le dimensioni e le sottodimensioni indagate; per un approfondimento si può consultare il Manuale DPA [1].

Da un pool iniziale di oltre 200 item quindi, dopo varie somministrazioni, tramite i risultati delle analisi multivariate e in coerenza con la riflessione teorica sui costrutti, è stata raggiunta una versione definitiva del DPA che consta di 92 item, 8 dei quali utilizzati per rilevare la tendenza a fornire un'immagine socialmente desiderabile (*Scala Lie*). Tutti gli item sono valutati dal soggetto su una Scala di risposta Likert a 5 punti (per niente d'accordo= 1, poco d'accordo= 2, né d'accordo, né in disaccordo= 3, molto d'accordo= 4, completamente d'accordo= 5). La scala a 5 punti potrebbe introdurre un “errore di tendenza centrale”; nel nostro caso ciò può essere escluso se si considerano le distribuzioni delle variabili osservate “nucleari” (cioè non scomponibili ulteriormente in sotto-item), ovvero degli item. Nel campione utilizzato per la validazione del DPA, infatti, le medie variano da un minimo di 1.3 a un massimo di 3.4. Inoltre, anche se gli item si conformano tendenzialmente alla distribuzione normale, il valore della asimmetria (*skewness*) degli item varia da -1.7 a 0.7, ovvero le curve degli item presentano una sostanziale variabilità nell'addensarsi sulla latitudine dei punteggi alti (asimmetria negativa) piuttosto che bassi (asimmetria positiva). Tutto questo evidenzia l'assenza di una presupposta “tendenza centrale” che si verificherebbe se le distribuzioni fossero addensate sulla media teorica (= 2) e se le asimmetrie fossero tendenzialmente tutte uguali a 0.

La presenza di item formulati in senso positivo e di item formulati in senso negativo rispetto ai costrutti (nello *scoring* e nella valutazione dei punteggi, i punteggi degli item negativi sono stati “invertiti” o “riflessi”: 5 diventa 1, 4 diventa 2, 2 diventa 4, 1 diventa 5), quindi, sembra aver avuto successo nell'evitare l'addensamento delle risposte sia su valori sempre estremi, sia su valori centrali, riducendo l'acquiescenza e favorendo un processo di risposta più “meditato”. Infine, per ragioni psicometriche, usare una scala di misura senza un punto intermedio (quindi con un numero di ancore pari e non dispari), rende discutibile considerare la variabile risultante come formata da “intervalli equivalenti”, indipendentemente dal numero di ancore scelte. La definizione di un numero di ancore dispari, con un punto intermedio e con una formula-

zione equilibrata delle ancore stesse (come nel caso del presente Test), favorisce la possibilità di considerare la variabile risultante come formulata a livello intervallare [16].

Al fine di esaminare la validità di costruito del DPA, i punteggi nel Test sono stati correlati con quelli di due strumenti che rappresentano *standard* di riferimento per la misura della personalità “normale” e dei disturbi psicologici, il *Big Five Questionnaire-2* (BFQ [17], BFQ-2 [18]) e il *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R [19]). Poiché si tratta di due strumenti ampiamente noti e usati in letteratura, si rimanda alle voci riportate in bibliografia per una loro descrizione.

#### *Partecipanti*

Il DPA [1] è stato standardizzato su un campione di comodo di 710 soggetti residenti in Italia, 204 dei quali erano pazienti con diagnosi clinica, in trattamento psicoterapeutico presso diversi centri clinici. Il 51% dei soggetti è di sesso femminile. L'età media è di 42,8 anni (con DS che indica meramente e descrittivamente la dispersione dell'età nel campione = 16.6) e varia dai 18 agli 87 anni. Il 55% ha un diploma di scuola superiore, il 25% ha una laurea (triennale, specialistica o di vecchio ordinamento), il 7% un diploma di scuola media inferiore e il 2% di scuola elementare. Il 44% è celibe/nubile, il 44% coniugato/convivente, il 5% separato e il 7% vedovo. Per quanto riguarda l'attività professionale, le tipologie più frequenti sono rappresentate da liberi professionisti (12%), dipendenti pubblici (12%), dipendenti presso enti privati (11%) e casalinghe (8%).

Il questionario è stato quindi analizzato e validato su due differenti campioni: uno clinico e uno non clinico, dando così la possibilità di un'analisi del Test su entrambe queste popolazioni, suddivise anche al loro interno per maschi e femmine.

#### *Risultati*

L'attendibilità delle scale principali, calcolata tramite l'indice di coerenza interna Alfa di Cronbach, è risultata molto adeguata, riportando le scale valori superiori alla “soglia” di riferimento (pari a .70), come si evince di seguito [1, Tabella 4-3, p. 31]:

- Auto-direzionalità: .80
- Intimità: .87
- Empatia: .87
- Identità: .91
- Desiderabilità Sociale: .70

La validità interna (o dimensionalità) del questionario è stata esaminata tramite un'AFC [20]. La scelta dell'approccio confermativo è motivata dalla presenza d'ipotesi forti da parte degli autori in merito: a) al numero di fattori presenti nella soluzione; b) allo schema fattoriale ipotizzato, ovvero l'influenza di ogni dimensione latente sugli indicatori/variabili osservate. Utilizzando una pratica ampiamente diffusa, soprattutto in presenza di numerosi indicatori come nel presente Test [21], gli indicatori dei fattori nell'AFC sono stati costruiti con il metodo dei *parcel-item*. Tale approccio risulta particolarmente utile [22, 23, 21, 24] poiché:

- riduce l'errore di misurazione (in quanto i *parcels* sono più attendibili dei singoli item);

- consente di ottenere stime più stabili riducendo il numero di parametri da stimare;
- migliora l'approssimazione alla distribuzione normale rispetto ai singoli item;
- aumenta il livello di misurazione delle variabili osservate, rendendole più compatibili con il livello degli intervalli equivalenti.

Considerando il livello di misurazione delle variabili, e poiché non erano presenti problemi di normalità, le analisi fattoriali sono state effettuate considerando il metodo di stima della massima verosimiglianza (ML, Maximum Likelihood) tramite il programma statistico Mplus 8 [25]. La Tabella 2 mostra il risultato dell'analisi che evidenzia chiaramente che i 4 fattori ipotizzati trovano riscontro empirico nella soluzione fattoriale.

Gli indici di bontà dell'adattamento della soluzione sono i seguenti: RMSEA = .066; CFI = .973; TLI = .959; SRMR = .024[1].

Parcel scale	Auto-direzionalità	Intimità	Empatia	Identità
<i>Autodirezionalità_parcel_1</i>	.50		.35	
<i>Autodirezionalità_parcel_2</i>	.78			
<i>Autodirezionalità_parcel_3</i>	.83			
<i>Intimità_parcel_1</i>		.76		
<i>Intimità_parcel_2</i>		.89		
<i>Intimità_parcel_3</i>		.84		
<i>Empatia_parcel_1</i>			.82	
<i>Empatia_parcel_2</i>			.92	
<i>Empatia_parcel_3</i>			.84	
<i>Identità_parcel_1</i>				.84
<i>Identità_parcel_2</i>				.88
<i>Identità_parcel_3</i>				.89

Tab. 2. Risultati dell'Analisi Fattoriale Confermativa [1, Tabella 4-1, p. 30].

Le correlazioni tra i fattori (Tabella 3) variano tra .28 e .75.

	Autodirezionalità	Intimità	Empatia
Intimità	.69***		
Empatia	.61***	.61***	
Identità	.75***	.63***	.28***

Nota. \*\*\* $p < .001$

Tab. 3. Correlazioni tra i fattori [1, Tabella 4-2, p. 31].

La validità di costrutto ha trovato risultati coerenti nelle correlazioni con le dimensioni di altri strumenti relativi a dimensioni "psicopatologiche" (SCL-90-R) o "non-psicopatologiche", come ad esempio quelle comprese nel modello del Big Five [17, 18]. Nel caso della SCL-90-R [19], riportata in Tabella 4, «sono soprattutto le dimensioni dell'Identità e dell'Intimità a essere (negativamente) correlate con le dimensioni specifiche e il punteggio totale della SCL-90-R. Le dimensioni della SCL-90-R quindi sono presenti sia nell'Area del Sé (rappresentata dalla dimensione

dell'Identità) sia nell'Area Interpersonale (rappresentata dalla dimensione dell'Intimità). Anche la dimensione Autodirezionalità presenta correlazione inverse e significative con quasi tutte le dimensioni specifiche della SCL-90-R (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Depressione, Ansia, Ansia fobica, Psicoticismo), mentre la dimensione dell'Empatia presenta correlazione inverse e significative con la dimensione specifica Ostilità» [1, pp. 32-33].

Scale SCL-90-R	Auto-direzionalità	Empatia	Identità	Intimità	Desiderabilità sociale
<i>Somatizzazione</i>	-.25**	-.06	-.41***	-.29***	-.03
<i>Ossessività-Compulsività</i>	-.23**	-.02	-.46***	-.35***	.05
<i>Ipersensibilità interpersonale</i>	-.18*	-.03	-.55***	-.38***	-.05
<i>Depressione</i>	-.24**	-.01	-.64***	-.39***	-.02
<i>Ansia</i>	-.30***	-.07	-.55***	-.34***	-.05
<i>Ostilità</i>	-.10	-.33***	-.23**	-.34***	-.03
<i>Ansia fobica</i>	-.25**	-.10	-.35***	-.36***	-.13
<i>Ideazione paranoide</i>	-.17*	-.16	-.38***	-.45***	.01
<i>Psicoticismo</i>	-.23**	-.01	-.49***	-.35***	-.04
<i>Global Severity Index</i>	-.23**	-.08	-.61***	-.42***	-.01

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Tab.4. Correlazioni tra le scale principali del DPA e le scale della SCL-90-R [1, Tabella 4-5, p. 33].

Essendo stato considerato un campione clinico, si possono considerare le differenze tra clinici e non-clinici come un'ulteriore evidenza empirica della validità rispetto al criterio, intendendo in questo modo la capacità del Test di differenziare tra soggetti clinici e non clinici.

Le differenze tra i campioni, clinico e non clinico, sono statisticamente significative [1] per le scale AU della Autodirezionalità ( $p < .01$ ), CEC dell'Empatia ( $p < .05$ ), AE ( $p < .05$ ), EE ( $p < .01$ ) e SS ( $p < .05$ ) della Identità, e CRR ( $p < .05$ ) e PD ( $p < .001$ ) della Intimità, dove le persone nel campione "non clinico" ottengono punteggi più alti delle persone del campione "clinico".

Le differenze tra maschi e femmine risultano statisticamente significative per le scale CEC dell'Empatia ( $p < .001$ ), AE ( $p < .001$ ), EE ( $p < .001$ ) dell'Identità, dove le femmine presentano punteggi più elevati dei maschi, e SS ( $p < .001$ ) dell'Identità, dove avviene il contrario [1].

## Discussione

### *Utilizzo del Test DPA ed esempi di applicazione*

La procedura di validazione e standardizzazione del DPA ha dato luogo a uno stru-

mento versatile, di facile utilizzo e spendibile in vari ambiti: da quello clinico, a quello organizzativo, alla valutazione di aspetti personologici primari, a quello della ricerca di base.

La somministrazione cartacea può essere autogestita dal soggetto, richiede circa quindici minuti di tempo e può essere effettuata individualmente o in contesti di gruppo. L'attribuzione dei punteggi, la codifica e l'analisi del Test, richiede circa venti minuti di tempo. È prevista la costruzione di una versione computerizzata per un uso specifico dello strumento, anche in contesti organizzativi e di gruppo [1].

In particolare, l'utilizzo del DPA in ambito clinico, può avere diverse sfaccettature:

- si accompagna bene ad altri Test (o può esserne complementare) per una valutazione iniziale del paziente e per impostare un piano di trattamento;
- è utilizzabile come tecnica per un lavoro di consapevolezza della persona sul proprio funzionamento. Il Foglio Profilo dei risultati del questionario (Prototipo della versione cartacea riportato nelle Figure 1 e 2), offre all'individuo la possibilità di *visualizzare* il proprio funzionamento della personalità, permettendo una riflessività nel *qui e ora* (*assessment terapeutico*);
- può essere, inoltre, un buono strumento di monitoraggio del percorso psicoterapeutico, potendo soddisfare criteri di trattamenti *evidence based* [26, 15].

In quest'anno il DPA è stato utilizzato anche per il monitoraggio dei risultati nel percorso psicoterapeutico da parte di alcuni Autori del Test. Lo strumento ha permesso di registrare con accuratezza i cambiamenti del soggetto in più fasi (misurazione del cambiamento *in progress*), dando l'opportunità di prestare attenzione, di volta in volta e in modo specifico, agli aspetti che si andavano rinforzando e a quelli che rimanevano carenti e disfunzionali all'interno dell'economia psichica e relazionale della persona. Ha permesso, in più, di condividere tali risultati in modo oggettivo attraverso il Foglio Profilo, direttamente con il paziente, permettendogli una responsabilizzazione e un'attivazione emotiva nel vedere riportati i propri cambiamenti. In questo caso lo strumento, da oggetto freddo, diventa un mezzo di comunicazione emotiva e di stimolazione di processi mentali nel *qui e ora* all'interno di una relazione terapeutica. In accordo con il modello *Therapeutic Assessment* [27], il DPA è un Test che si presta a essere utilizzato come amplificatore dell'empatia nella relazione con il paziente, favorendo così anche l'alleanza terapeutica [28]. Esso suggerisce, inoltre, qual è il problema e come affrontarlo direttamente con la persona in modo efficace, quali passi seguire affinché possa capirlo in profondità e in tempi brevi [29]. I risultati del modello *Therapeutic Assessment* rivelano due benefici principali che si sono avuti anche con l'utilizzo del Test DPA:

- in primo luogo, alcuni individui mostrano un miglioramento sintomatico e un aumento dell'autostima;
- in secondo luogo l'*assessment* sembra funzionare come un trampolino che aiuta il paziente in vista del successivo trattamento, aiutandolo a fare un buon uso di quel trattamento [30]. Il DPA è uno strumento che si integra in modo efficace anche con altri modelli terapeutici alternativi e innovativi, come il Modello OMeSA - One Mental Shot Assessment Therapy [31]. Al fine di mostrare lo strumento rispetto all'*asses-*



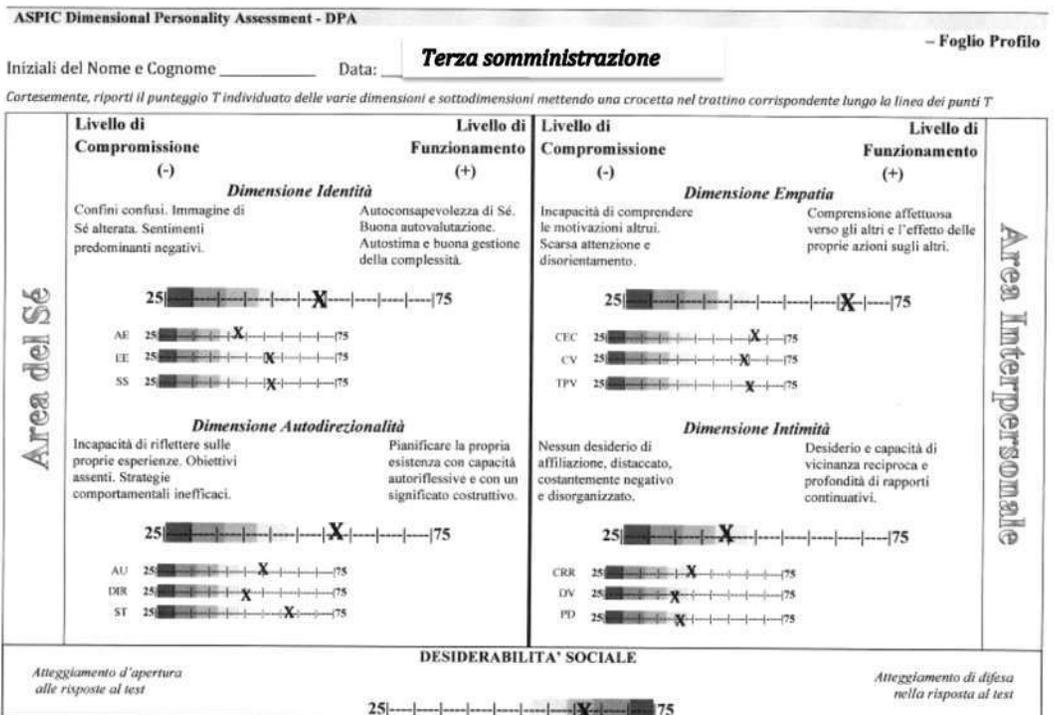
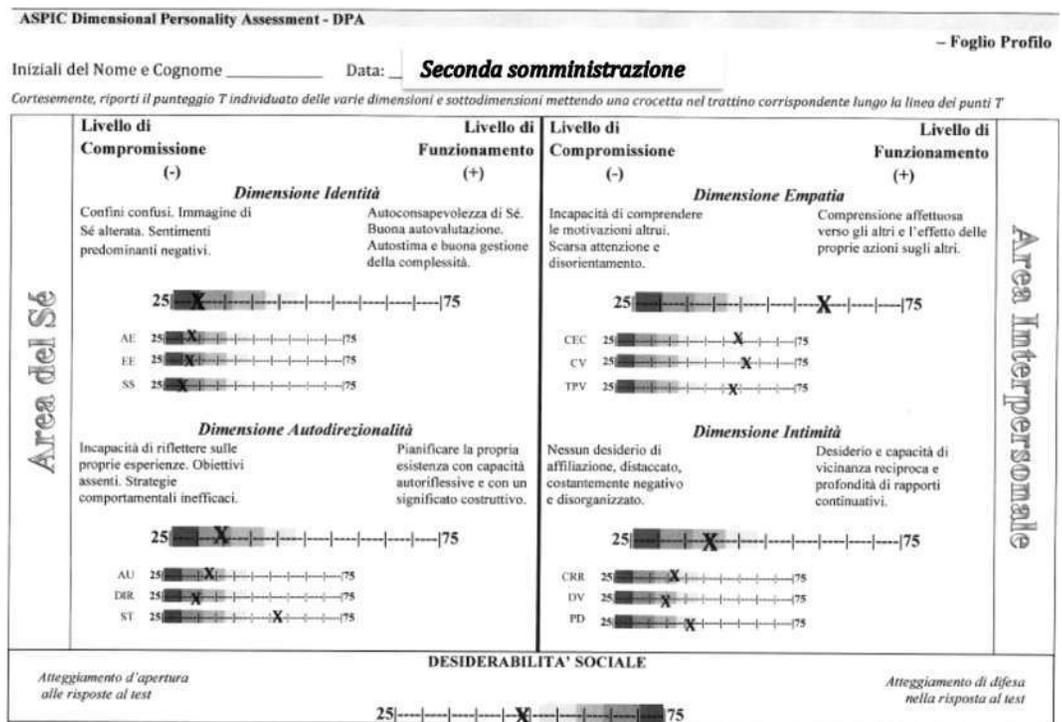


Fig.2. Prototipo del Foglio Profilo DPA: Seconda e Terza somministrazione

Possiamo osservare dal Foglio Profilo (Figura 2, *Terza somministrazione*) l'evidenza di vari aspetti migliorati nel funzionamento di personalità del soggetto in esame, dando conferma positiva alle osservazioni cliniche effettuate nel corso dei mesi (forte diminuzione della sintomatologia, cambiamenti comportamentali costruttivi e chiusura della terapia farmacologica), riconoscendo, in particolare, il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico iniziale: il miglioramento della Sottodimensione Autostima (AE= punto T 48) e del funzionamento complessivo del Sé (Dimensione Identità= punto T 54 e Dimensione Autodirezionalità= punto T 57). Un punteggio lievemente alto nella Scala DS (punto T 62) identifica un atteggiamento di difesa e la volontà di fare bella figura; in questa situazione, è stato interpretato come un movimento ancora energeticamente attivo della paziente verso un rafforzamento della propria autostima.

### Conclusioni e limiti dello studio

Con il Dimensional Personality Assessment, abbiamo voluto realizzare uno strumento innovativo, utile ed efficace, di effettiva validità e attendibilità, in particolare nel lavoro clinico, diagnostico e psicoterapeutico. In linea con l'*evidence-based practice* [33, 34], esso potrebbe rappresentare anche uno strumento da utilizzare in modo ottimale nella ricerca, superando la dicotomia pratica-ricerca e permettendo una loro integrazione, migliorando la conoscenza della ricchezza e della complessità del processo psicoterapeutico [35]. Essendo, inoltre, un questionario di valutazione generale del funzionamento della personalità, il suo utilizzo si può espandere oltre il mondo clinico ad ambiti d'intervento focalizzati su un maggior *benessere* della persona e ad ambiti organizzativi.

Il presente studio rappresenta un primo elemento di verifica delle proprietà del DPA e in quanto tale non è esente da limiti. In particolare, i campioni utilizzati non sono rappresentativi della popolazione italiana, anche se piuttosto ampi. Inoltre, andrebbe considerata la possibilità di esplorare in modo sistematico la relazione tra DPA e altri strumenti per la misurazione di dimensioni psicopatologiche e non, in un'ottica di validità predittiva. A tale fine il gruppo di ricerca che ha lavorato alla messa a punto del DPA ha intrapreso un programma di studi per colmare queste limitazioni.

### BIBLIOGRAFIA

1. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., & Giusti, E. (2019). *DPA - Dimensional Personality Assessment*. Firenze: Giunti Psychometrics.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. (5th ed.). DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Trad. it. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. 5. ed.* Milano: Raffaello Cortina, 2014.
3. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-346.
4. Morey, L. C., Bender, D., & Skodol, A. E. (2013). Validating the Proposed DSM-5 Severity Indicator for Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 729-735.
5. Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician Judgments of Clinical Utility: A

- Comparison of DSM-IV-TR Personality Disorders and the Alternative Model for DSM-5 Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 398-405.
6. Hopwood, C. J., Good, E. W., & Morey, L. C., (2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *Journal of Personality Assessment*, 9, 1-10.
7. Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., et al. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations with Disorder Severity and Personality Styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(137), 1-16.
8. Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P. H., d'Angerio, S., Conti, M. L., et al. (2013). Differences between Axes Depend on where you Set the Bar. Associations among Symptoms, Interpersonal Relationship and Alexithymia with Number of Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 27, 371-382.
9. Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2016). *Integrated Treatment for Personality Disorder: A modular Approach*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
10. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.
11. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate: Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
12. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: L'aderenza veloce al trattamento*. Roma: Sovera.
13. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2006). *Psicodiagnosi integrata: Valutazione transittiva e progressiva del processo qualitativo e degli esiti nella psicoterapia pluralistica fondata sull'evidenza obiettiva*. Roma: Sovera Strumenti.
14. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *System of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis. (9th ed.)*. New York: Oxford University Press.
15. Norcross, J. C. (2011a). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. Roma: Sovera, 2012, vol. 2.
16. Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis(2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
17. Caprara, G.V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2000). *BFQ. Big Five Questionnaire (2nd ed.)*. Firenze: Giunti Psychometrics.
18. Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Vecchione, M. (2008). *Big Five Questionnaire-2: Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
19. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). *The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care*. In M. E. Maruish, *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
20. Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
21. Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I., & Rents, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. *Journal of Academy of Marketing Science*, 24(1), 3-16.
22. Bagozzi, R. P., & Heatherton, T. F. (1994). A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to state self-esteem. *Structural Equation Modeling*, 1(1), 35-67.
23. Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13, 139-161.
24. Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.
25. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus (Version 8.0)* [computer software]. Los Angeles: Author.
26. Norcross, J. C. (2011). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Ricerche scientifiche a prova di evidenza*. Roma: Sovera, 2012, vol. 1.
27. Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278-287.
28. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2014). *Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: Sovera Strumenti.

29. Finn, S.E., Fischer, C.T., & Handler, L. (Eds.). (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide*. USA: Wiley & Sons.
30. Krishnamurthy, R., Finn, S. E., & Aschieri, F. (2016). Therapeutic Assessment in Clinical and Counseling Psychology Practice. In U. Kumar (Ed.), *The Wiley Handbook of Personality Assessment* (pp. 228-239). USA: Wiley & Sons.
31. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). One Mental Shot Assessment Therapy-OMeSA. Un nuovo modello d'intervento integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 147-158.
32. First, M.B., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S., & Spitzer, R.L. (2016). *User's Guide to Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Trad. it. SCID-5-PD. Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5®. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
33. Goodheart, C.D., Kazdin, A.E., & Sternberg, R.J. (2006). *Psicoterapia a prova di evidenza. Dove la pratica e la ricerca si incontrano*. Roma: Sovera.
34. Rapanà, L. (2013). La SPP. Scheda di sintesi del percorso psicoterapeutico. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 3, 272-279.
35. Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2017). *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica*. Roma: Sovera Strumenti.

IPOSTESI METODOLOGICA DI STUDIO

## IL SUONO DELLA RABBIA

### Una proposta di studio attraverso l'utilizzo della realtà virtuale per la rilevazione dei parametri vocali nell'esperienza della rabbia

Teresa Longobardi<sup>1</sup>, Martina Messina<sup>1</sup>, Yari Mirko Alfano<sup>1</sup>, Alfonso Davide Di Sarno<sup>1</sup>, Carmen Giannetti<sup>1</sup>, Maria Guastaferrò<sup>1</sup>, Daniela Iennaco<sup>1</sup>, Enrico Moretto<sup>1</sup>, Nicole Nascivera<sup>1</sup>, Tilde Annunziato<sup>1</sup>

<sup>1</sup> "SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata, Torre Annunziata (Napoli), Italia.



#### Citation

Longobardi T., Messina M., Alfano Y.M., Di Sarno A.D., Giannetti C., Guastaferrò M., Iennaco D., Moretto E., Nascivera N., Annunziato T. (2019). Il suono della rabbia. Una proposta di studio attraverso l'utilizzo della realtà virtuale per la rilevazione dei parametri vocali nell'esperienza della rabbia. Phenomena Journal, 1, 87-100. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.53>

#### Direttore scientifico

Raffaello Sperandio

#### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

#### Journal manager

Enrico Moretto

#### Contatta l'autore

Teresa Longobardi  
[teresalongobardi@yahoo.com](mailto:teresalongobardi@yahoo.com)

**Ricevuto:** 30 maggio 2019

**Accettato:** 12 giugno 2019

**Pubblicato:** 19 giugno 2019

#### ABSTRACT

Traditional neuroscience has neglected the way in which the primary nature of emotions is generated by brain activity, due to the difficulty in measuring emotional phenomena by external observation.

A set of new sciences, grouped under the name of "affective neuroscience", is working to clarify the ways in which the mammalian brain generates affective evaluations of the events that occur in the form of non-verbal emotional states, and how the affects primitive emotions emerge from neuronal circuits located under the neocortex.

In the past, emotions were considered by neuroscience studies as transient and reactive states, which interrupted the mental flow between a stimulus and a response. Contemporary neurosciences, on the contrary, believe that they refer to involving active, perceptive, monitoring processes and in continuous adaptive and emotional development is considered by a set of organized components.

This article discusses the scientific basis of emotions, the relationship between cognitive neuroscience and affective neuroscience, the effects of neuroscientific studies of emotions on psychopathology and the psychotherapeutic treatment of emotional dysfunction in psychiatric syndromes.

A study hypothesis will be introduced in order to recognize the vocal parameters characteristic of the experience of anger with the help of Virtual Reality.

#### KEYWORDS

**Affective Neuroscience, Virtual Reality, Anger.**

#### ABSTRACT IN ITALIANO

Le neuroscienze tradizionali hanno trascurato la modalità con cui la natura primaria delle emozioni si genera dalle attività cerebrali, a causa della difficoltà nel misurare i fenomeni emotivi mediante osservazione esterna.

Un insieme di nuove scienze, raggruppate sotto il nome di "neuroscienze affettive", si sta occupando di chiarire le modalità attraverso le quali il cervello dei mammiferi genera valutazioni affettive degli eventi che accadono nella forma di stati emotivi non verbali, e di come gli affetti emotivi primitivi emergano da circuiti neuronali situati sotto la neocorteccia.

In passato, le emozioni erano considerate dagli studi delle neuroscienze come stati transitori e reattivi, che interrompevano il flusso dell'attività mentale tra uno stimolo e una risposta. Le neuroscienze contemporanee, al contrario, ritengono che esse si riferiscano a costrutti che coinvolgono processi attivi, percettivi, di monitoraggio e in continuo sviluppo adattivo e che il funzionamento emotivo sia costituito da un insieme di componenti organizzate.

In questo articolo verranno discusse le basi scientifiche delle emozioni, la relazione tra neuroscienze cognitive e neuroscienze affettive, gli effetti degli studi neuroscientifici delle emozioni sulla psicopatologia e il trattamento psicoterapico delle disfunzioni emotive nelle sindromi psichiatriche.

Verrà introdotta un'ipotesi di studio al fine di rilevare i parametri vocali caratteristici dell'esperienza della rabbia attraverso l'ausilio della Realtà Virtuale.

#### PAROLE CHIAVE

**Neuroscienze affettive, Realtà virtuale, Rabbia.**

## 1. Introduzione

Questo articolo si colloca nell'ambito delle neuroscienze affettive e si propone, nella sua prima parte, di discutere lo sfondo teorico nel quale si inserisce.

Partendo dalle teorie sulle basi neuroscientifiche delle emozioni, nello specifico dagli studi di Panksepp sui sistemi emotivi di base, saranno esplorati gli effetti delle alterazioni dei sistemi emotivi sulla psicopatologia e sul trattamento psicoterapico delle disfunzioni emotive nelle sindromi psichiatriche. Verrà, di seguito, introdotto uno strumento utile per lo studio scientifico delle emozioni, la Realtà Virtuale (RV), che, oltre a consentire la presentazione di stimoli complessi emotivamente rilevanti in un modo ecologicamente valido e controllato, è stata utilizzata per il trattamento di numerosi disturbi psichici.

Si è scelto di porre particolare attenzione all'emozione rabbia e al suo ruolo nelle diverse psicopatologie, per proporre un'ipotesi di ricerca che integri l'utilizzo della Realtà Virtuale (RV) per la rilevazione dei parametri vocali nell'esperienza della rabbia in un campione clinico.

Utilizzando una modalità integrata di studio delle emozioni, sarà possibile approfondire la conoscenza della modalità espressiva tipica della rabbia nelle diverse patologie di personalità e orientare in maniera maggiormente efficace i piani di trattamento in ambito psicoterapeutico.

## 2. Background teorico

Sin dai tempi degli antichi filosofi greci, quali Platone e Aristotele, l'essere umano si è interrogato sulla Natura e sulle Emozioni. Numerosi studiosi concordano nel sostenere che queste ultime, ampiamente studiate in ambito scientifico, siano funzionali agli esseri umani, consentendo loro di adattarsi ai continui cambiamenti ambientali e contribuendo alla regolazione delle interazioni sociali. La funzionalità delle emozioni si manifesta, nello specifico, sia a livello individuale che a livello interpersonale, in quanto esse consentono di “*tirare fuori*” uno stato interno osservabile agli occhi dell'altro [1].

Nell'ultimo decennio, vi è stata una crescita esponenziale di ricerche scientifiche sulla regolazione delle emozioni come processo transdiagnostico che attraversa molteplici forme di psicopatologia [2]. Tuttavia, una delle difficoltà maggiormente riscontrate è stata quella relativa alla necessità di studiare le emozioni attraverso osservazione esterna [1].

Studi di neuroimaging recenti [3], hanno posto attenzione sull'esistenza di basi neurali uniche, specifiche e caratteristiche per ogni emozione di base. Nello specifico, le “*neuroscienze affettive*” si interessano alla comprensione delle modalità attraverso le quali il cervello dei mammiferi genera valutazioni affettive degli stati emotivi non verbali e di come gli affetti emotivi primitivi emergano da circuiti neurali situati sotto la neocorteccia [4]. Difatti, alcuni circuiti cerebrali ancestrali che gli esseri umani condividono con gli altri mammiferi, sono alla base dei nostri vissuti emotivi. Tali circuiti contengono almeno sette sistemi emotivi o affettivi: “*Ricerca*”, legato alla dopamina; “*Paura*”, legato al cortisolo; “*Collera*”, legato al testosterone e alla

serotonina; “*Desiderio*” sessuale, legato agli ormoni sessuali; “*Cura*”, legato all’ositocina; “*Panico*”/sofferenza, legati all’assenza di cura; e “*Gioco*” che, secondo Burghardt, “*è un comportamento ripetuto e funzionalmente incompleto che si differenzia dal punto di vista strutturale, contestuale o ontogenetico dai comportamenti più seri e che inizia in maniera volontaria quando l’animale si trova in un ambiente rilassato o con un basso livello di stress*” [5].

Ognuno di questi sistemi elicitava e controlla comportamenti specifici, associabili a molti cambiamenti psicologici sovrapponibili. Nel cervello dei mammiferi, difatti, esistono dei reali circuiti fisici, distinti per le varie emozioni. I sistemi emotivi primari sono composti da neuroanatomie e sostanze neurochimiche, simili tra tutte le specie di mammiferi. Ciò suggerisce che tanto gli esseri umani quanto gli altri mammiferi sperimentano sentimenti simili quando questi sistemi sono attivati. Tuttavia, gli esseri umani possiedono espansioni cerebrali di livello superiore che permettono di pensare in modo approfondito alla loro natura [4].

Le regioni cerebrali che generano emozioni vanno dal mesencefalo all’ipotalamo e al talamo mediale e sono connesse al sistema tradizionalmente noto come “*il sistema limbico*” (amigdala, gangli della base, corteccia cingolata, corteccia insulare, l’ippocampo e le regioni settali) [6]. I circuiti correlati ai sette sistemi emotivi individuati da Panksepp, nello specifico, sono concentrati nelle antiche regioni sottocorticali e vengono regolati dai centri superiori neocorticali; studi di stimolazione cerebrale elettrica [7] hanno consentito la localizzazione all’interno delle strutture della linea mediana subcorticale (SCMS) di diversi sistemi operativi cerebrali la cui attivazione è responsabile dell’emergere delle sette disposizioni emotive di base (tab.1 in appendice). Secondo la prospettiva neuro-archetipica sui fondamenti della soggettività umana e animale, adottata da Panksepp e collaboratori [4], le dinamiche affettive svolgono un ruolo fondamentale nella strutturazione della personalità degli esseri umani e nell’evoluzione di tutte le altre funzioni psicologiche [8]. Pertanto, vi è alla base di questa prospettiva una corrispondenza tra la ricerca scientifica contemporanea e alcune delle intuizioni psicologiche di Jung [9].

Tradizionalmente gli studi sulla cognizione hanno escluso le emozioni, concentrandosi su processi non emotivi quali la memoria, l’attenzione, la percezione, l’azione, la risoluzione dei problemi e l’immaginazione. Di conseguenza, lo studio delle basi neurali dei processi non emotivi ed emotivi sono considerati due campi di ricerca separati: si distingue, infatti, tra neuroscienze cognitive e neuroscienze affettive. Tale distinzione è considerata in gran parte artificiale, poiché i due tipi di processi spesso implicano meccanismi neuronali e mentali sovrapposti. Quindi, quando la cognizione è presa nella sua definizione più ampia, le neuroscienze affettive potrebbero anche essere chiamate neuroscienze cognitive delle emozioni [9], [10].

LeDoux sostiene che il contenuto specifico dell’esperienza emotiva non può essere considerato direttamente come il semplice prodotto dell’attivazione degli schemi di base della risposta. Inoltre, il vero significato di sopravvivenza delle emozioni di base è molto ridotto in un ambiente in cui le minacce esterne sono diminuite e l’adattamento dipende sempre più dalle interazioni di gruppo e da operazioni cognitive al-

tamente sofisticate. L'esperienza emotiva umana è pervasiva e non limitata a momenti di cambiamenti esterni, ma più spesso ha origine da contenuti interiori come fantasie, immaginazione, ricordi [11].

Studi condotti nell'ambito delle neuroscienze affettive [4] si sono concentrati sull'analisi delle funzioni cerebrali connesse a pattern di comportamento (istintivi e naturali), mettendo a confronto i meccanismi umani e quelli animali coinvolti nella manifestazione delle emozioni. I ricercatori hanno studiato il collegamento tra la mente affettiva e il cervello animale, utilizzando un modello triangolare in grado di mettere in relazione gli stati mentali soggettivi (studiati principalmente negli esseri umani), le funzioni cerebrali (studiate negli animali) e i comportamenti naturali e istintivi volti alla sopravvivenza e comuni a tutti i mammiferi. Tali studi forniscono delle linee guida fondamentali per comprendere su quali funzioni cerebrali spostare il focus dell'attenzione, al fine di raggiungere una comprensione profonda delle disfunzioni emotive e delle diverse sindromi psichiatriche. Tuttavia, però, essi non sono in grado di spiegare nella sua interezza la complessità dell'esperienza emotiva che occorre nei casi sopra citati.

Solide prove scientifiche [12], [13], indicano che, in tutti i mammiferi, le risposte emotivo-istintive generano sentimenti affettivi chiamati "*esperienze psicologiche di processo primario*" (affetti emotivi, omeostatici, sensoriali). Sopra questo fondamento "*istintivo*", si ha una varietà di meccanismi di apprendimento e memoria concepiti come "*processi secondari*" (condizionamento classico, strumentale e operante, abitudini comportamentali ed evolutive). Al vertice del cervello, troviamo diversi processi mentali di livello superiore, cognizioni e pensieri, chiamati "*processi terziari*" (funzioni cognitive esecutive, rimarginazioni e regolazioni emotive, libero arbitrio), che ci permettono di riflettere su ciò che abbiamo appreso dalle nostre esperienze.

Gli affetti sono definiti e derivati da riflessioni cognitive sulle reazioni del corpo, piuttosto che essere intrinseci al cervello stesso; è quest'ultimo a provocare l'*arousal* corporeo che accompagna le emozioni. Le osservazioni cliniche suggeriscono che né l'abilità cognitiva, né la capacità di pensare in termini verbali siano condizioni necessarie per la coscienza affettiva.

Siamo cauti nell'accettare l'ipotesi che gli affetti siano parte integrante dell'espressione emotiva in tutti i mammiferi, riteniamo piuttosto che essi siano correlati a ripensamenti cognitivi presenti solo in poche specie; difatti, la neocorteccia varia sensibilmente per forma e complessità da una specie di mammiferi all'altra, esibendo livelli e tipi di abilità cognitive e intelligenze diverse. Per alcuni teorici le emozioni sono reazioni apprese, tuttavia, per quanto ne sappiamo, veniamo al mondo con capacità neuronali innate per completare appieno le sette emozioni di base che sono cablate nei circuiti neuronali sottocorticali di tutti i cervelli dei mammiferi. Gli affetti grezzi forniscono dunque le infrastrutture essenziali per la maggior parte dei nostri pattern di comportamento istintivo di base - avvicinamento e allontanamento - senza i quali non potremmo sopravvivere [14].

## 2.1. Effetti dello studio dei circuiti emotivi sulla psicopatologia e sulla psicoterapia

Lo studio dei circuiti emotivi ha notevoli ripercussioni sulla psicologia, sulla psichiatria e sulla psicoterapia. Da qualche anno le neuroscienze, a fronte di innumerevoli ricerche sperimentali e di accurati studi psicologici, clinici, sociali, etologici ed epidemiologici, ci permettono di comprendere i principi e gli effetti delle alterazioni dei sistemi emotivi. Molte scuole di psicoterapia di differenti orientamenti si sono interessate alle ricerche sui neurocircuiti emozionali; dal cognitivismo, alla psicologia dinamica, alla neuropsicoanalisi, alle scuole Reichiane, alla Gestalt e alle scuole di “*Body oriented psychotherapy*”.

In un'ottica olistica, l'essere umano può essere considerato e studiato come un sistema unitario profondamente complesso e integrato, in cui i vari circuiti emotivi sono interconnessi tra loro e in cui gli aspetti non cognitivi delle emozioni, degli istinti e della personalità, trovano una loro precisa collocazione neurofisiologica [15]. Ognuno dei sette “*sistemi emotivi*” di Panksepp è costituito dai circuiti neuronali del cervello e dai neurotrasmettitori, i neuropeptidi e gli ormoni che li attivano e li modulano [12]. Essi sono noti anche come “*sistemi psicosomatici*”, che insieme costituiscono a loro volta un sistema PNEI; tale sistema coinvolge simultaneamente il sistema Psicico (emotivo-cognitivo), il sistema Nervoso (neuro circuiti cerebrali), il sistema Endocrino (neurotrasmettitori e ormoni) e il sistema Immunitario. Quando tali sistemi si regolano in maniera funzionale, stimolano il sistema immunitario in modo attivo; diversamente, si attiva l'asse dello stress, con una conseguente produzione di cortisolo e inibizione del sistema immunitario stesso.

L'espressione comportamentale globale dell'attività dei sette sistemi emotivi e dei loro neurotrasmettitori genera le infinite qualità e sfumature della personalità umana che possono essere definite “*neuropersonalità*”. Esse rappresentano l'insieme dei tratti fisici, posturali, comportamentali, emotivi, affettivi e psicologici che distinguono una persona. Le basi delle neuropersonalità tengono conto anche delle ipotesi e dei modelli di personalità proposti da psicologi e ricercatori quali Reich [16], Eysenck [17], Cloninger [18], Siever e Davis [19].

Montecucco [20], sulla base di tali teorie, elabora una “*Mappa Psicosomatica PNEI*”, all'interno della quale individua tre condizioni esistenziali: una prima condizione, in cui le neuropersonalità si trovano in equilibrio funzionale e vengono considerate espressioni spontanee e integrate del Sé psicosomatico. Una seconda condizione, caratteristica dei più comuni disagi psicologici derivante da un'iperattivazione dei sistemi emotivi, o da una loro inibizione, considerate espressione di un Falso Sé. La terza condizione, legata a disturbi gravi, ai disturbi dell'umore e di personalità si verifica in quanto i sistemi emotivi sono stati alterati nel loro normale funzionamento (si pensi a traumi affettivi), per cui le emozioni risultano fortemente sconnesse dal Sé. La neuropersonalità risulta fortemente disfunzionale e la persona vive e si muove in un modalità “*inconsapevole di Sé*”.

Quindi, l'inibizione o l'iperattivazione dei circuiti emotivi individuati da Panksepp genera un'istantanea parallela inibizione o disarmonia della naturale funzionalità cor-

porea, emotiva e psicologica che è alla base dei blocchi psicosomatici, della “*corazza muscolare*” e della struttura del “*carattere*” espresse da Reich e dalle scuole di psicoterapia ad orientamento corporeo. Tali alterazioni generano un “*falso sé*”, ossia un’identità strutturata, emotivamente rigida, creata per adattarsi a specifiche aspettative familiari o sociali, ma che si rivela poi disfunzionale di fronte agli eventi mutevoli della vita reale, che necessitano di risposte flessibili [21].

I concetti finora espressi sono fondamentali in psicoterapia, in quanto ogni struttura di neuropersonalità è caratterizzata da una duplice componente hardware e software; la prima costituita dai circuiti neuronali cerebrali e la seconda costituita dai neurotrasmettitori, neuropeptidi e dagli ormoni che li attivano e li modulano. La componente software può subire modificazioni epigenetiche derivate da condizionamenti bio-psico-sociali, modulando e regolando gli aspetti della personalità. La psicoterapia, intervenendo simultaneamente sugli aspetti comportamentali, emotivi, psicologici, può bilanciare e regolare tali aspetti della personalità.

## ***2.2 Emozioni e Realtà Virtuale***

Nello studio scientifico delle emozioni, la Realtà Virtuale (RV) fornisce un nuovo strumento per la presentazione di stimoli complessi emotivamente rilevanti in un modo ecologicamente valido e allo stesso tempo altamente controllato. Negli anni passati sono stati sviluppati sistemi di realtà virtuale per varie applicazioni in psicologia clinica e per migliorare il processo di cambiamento terapeutico, attirando l’attenzione di psicoterapeuti e ricercatori [22]. Tuttavia, in letteratura sono disponibili poche prove sull’efficacia del trattamento e della valutazione di disturbi mediante l’esposizione, in una situazione controllata, in Realtà Virtuali (RV). L’esposizione in RV risulta essere molto efficace nel trattamento di disturbi d’ansia e, in particolare, riducendo i livelli di ansia in pazienti con fobia specifica mediante l’esposizione in situazioni con stimoli specifici (*Virtual reality exposure therapy*) [23]. Inoltre, alcuni studi hanno riportato risultati efficaci anche nel trattamento dell’acrofobia [24] e aracnofobia [25].

Ulteriori studi, hanno evidenziato nei partecipanti miglioramenti dello stato di consapevolezza e riduzione significativa degli stati emotivi negativi tra cui tristezza, rabbia e ansia, nonché aumento dello stato di rilassamento [26]. Inoltre alcuni studi ipotizzano che la combinazione di realtà virtuale e biofeedback possa migliorare e velocizzare l’apprendimento del rilassamento nell’ambito della gestione e del trattamento dei disturbi d’ansia e che tale combinazione possa essere applicata e testata anche in altre patologie ad essa correlate [27].

Ancora nell’ambito delle fobie specifiche, oltre ai tradizionali mondi VR, sono stati ideati dei veri e propri spazi virtuali online condivisi che consentono al terapeuta di accompagnare il paziente in una esperienza minacciante semplicemente accedendo a un sito web specifico e scegliendo un avatar, modificando, sulla base delle esigenze terapeutiche, tanto le modalità di interazione quanto le tipologie di ambientazione [28].

Questi sono solo alcuni esempi che descrivono il potenziale promettente e la futura espansione che potrebbero avere le VR e i mondi virtuali online nella pratica di routine in contesti clinici e psicoterapeutici. Tuttavia, a causa dei pochi studi presenti in letteratura, risulta necessario approfondire il campo delle ricerche circa l'utilizzo di questi strumenti nell'ambito dei disturbi d'ansia e di altri disturbi che risultino essere idonei a questo tipo di trattamento.

In letteratura, inoltre, vi sono studi che si sono occupati di studiare le emozioni attraverso l'analisi delle espressioni vocali, in cinque nazioni [29]. I risultati suggeriscono, in accordo con altri studi [30] che diversi aspetti delle situazioni che provocano emozione possono essere dedotti in modo affidabile dalle espressioni vocali, le quali forniscono informazioni e rappresentazioni cognitive degli eventi.

### ***2.3. Rabbia e psicopatologia***

La rabbia è un'emozione di base determinata dall'istinto di difendersi, che presenta un andamento sinusoidale, ossia caratterizzato da picchi eccessivi o manifestazioni di intensità minore [31].

Si tratta di uno stato emotivo intenso e transitorio, riconoscibile attraverso l'osservazione delle espressioni facciali e la rilevazione di parametri fisiologici e vocali [32], [33], [34], che svolge un ruolo funzionale per l'individuo, in quanto consente il suo adattamento nell'interazione col proprio ambiente di vita. La rabbia, infatti, può consentire di fissare degli scopi, superare gli ostacoli, prepararsi all'attacco [35]. Tuttavia, può trasformarsi in un'emozione destabilizzante e/o distruttiva, comportando vissuti anche altamente disadattivi e disfunzionali nei casi in cui venga eccessivamente internalizzata o esternalizzata dall'essere umano. Ne consegue che i processi decisionali, razionali e di problem-solving potrebbero essere inficiati e influenzati negativamente, determinando a loro volta la manifestazione di comportamenti disadattivi. Difatti, in alcuni casi la rabbia fa sì che gli individui perdano la consapevolezza della propria responsabilità e, dunque, la percezione del controllo nelle situazioni [36].

La rabbia è un'emozione che si riscontra spesso in associazione a svariati disturbi psichici, oltre che a eventi stressanti della vita. Numerosi studi hanno evidenziato la centralità del suo ruolo nei disturbi dell'umore, nei disturbi d'ansia, nel disturbo post-traumatico da stress, in disturbi di personalità quali borderline, narcisistico, paranoide e antisociale, e nelle demenze.

La caratteristica centrale della rabbia nel contesto generale dei disturbi clinici è la disregolazione, che non consente un'appropriata comprensione, attivazione, espressione e gestione della rabbia a livello comportamentale da parte dell'individuo [37]. La disregolazione delle emozioni è una difficoltà o un'incapacità di intensificare o disattivare un'emozione [38], mentre la regolazione delle emozioni può essere concettualizzata come un processo omeostatico che modera l'intensità delle emozioni, per mantenerle ad un livello gestibile [39].

Facendo riferimento nello specifico al disturbo di personalità Borderline, l'instabilità

emotiva da cui conseguono rabbia e irritabilità si presenta come una caratteristica fondamentale. Tale disturbo è caratterizzato dalla presenza di un'instabilità pervasiva dell'umore, dell'identità e delle relazioni interpersonali, e da esplosioni di rabbia che si manifestano attraverso comportamenti aggressivi e impulsivi sia autodiretti sia eterodiretti [40].

### 3. Ipotesi di ricerca

Alcuni studi [41], [42] hanno evidenziato che attraverso la voce l'individuo comunica emozioni, nello specifico attraverso la modulazione dell'emissione del suono, la vocalità, le pause e l'intensità dell'eloquio. Il rilevamento dell'emozione dal tono della voce, con conseguente decodifica del messaggio emotivo, avviene attraverso il focus su diversi parametri della fisica acustica, quali il tono, la durata, l'intensità e la qualità della fonazione (voce calda o fredda).

Studi che si sono concentrati sulle dimensioni psicologiche connesse all'espressione delle emozioni attraverso la voce, hanno dimostrato che alcune emozioni condividono delle caratteristiche acustiche, ma si distinguono per diversi valori di intensità o durata. I risultati mostrano che la condivisione di indici acustici indica anche una condivisione delle dimensioni psicologiche costitutive delle emozioni [43]. Tali presupposti teorici costituiscono il punto di partenza di questa ipotesi di studio.

Obiettivo generale dello studio che ci proponiamo di realizzare è approfondire la comprensione dei sistemi psicosomatici legati all'emozione della rabbia, al fine di mettere le basi per l'elaborazione di uno strumento valido per la decodifica dell'espressione emotiva veicolata attraverso la voce parlata e altresì utile a orientare in modo più efficace i piani di trattamento in ambito psicoterapeutico.

Nello specifico, lo studio si pone tre principali obiettivi:

1. indagare la conoscenza delle modalità espressive tipiche della rabbia nelle diverse patologie di personalità;
2. individuare i caratteristici pattern di espressione vocale (altezza, intensità e timbro) associati all'espressione della rabbia in specifiche patologie di personalità;
3. rilevare la corrispondenza o la discrepanza tra indici fisiologici e parametri vocali registrati.

Sulla base degli obiettivi fissati, si ipotizza che esistano parametri per la rilevazione della rabbia registrati con alti livelli di frequenza, indipendentemente dal funzionamento di personalità registrato e una correlazione tra indici fisiologici e parametri vocali registrati. Inoltre, ipotizziamo che specifici livelli di altezza, intensità e timbro della voce rilevati possano essere predittori di alti o bassi livelli di rabbia rilevati nei pazienti.

Il campione dello studio pilota sarà composto da 300 soggetti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, estratti dalla popolazione dei pazienti che afferiscono a un centro di salute mentale privato del territorio campano. Si prevedono i seguenti criteri di esclusione: età compresa tra i 25 e i 45 anni; diagnosi certificata di Disturbo Borderline di Personalità; assenza di problemi o patologie comprovate

che coinvolgano l'apparato fonatorio. In questa prima fase dello studio non sono previsti criteri di esclusione legati al genere, al livello d'istruzione, o al livello di gravità della patologia.

I soggetti saranno informati circa gli obiettivi della ricerca. La procedura prevederà la divisione dello studio in due fasi:

*Fase 1* – rilevazione dei pattern di espressione vocale e indici fisiologici dei soggetti in una condizione di non attivazione emotiva;

*Fase 2* – rilevazione dei pattern di espressione vocale e degli indici fisiologici dei soggetti in una condizione di attivazione emotiva.

In particolare, nella Fase 2 si prevede la rilevazione di indici quali il battito cardiaco e l'attività elettrodermica [44], [45], [46], [47]. Inoltre, attraverso l'utilizzo di un Visore VR sarà proposta ai soggetti la visione di scene video di contenuto emotivo rilevante. Nel dettaglio: due di contenuto neutro, non specificatamente volte a elicitare uno stato emotivo distinto, una di contenuto ambiguo e due espressamente designate per esplorare il contenuto emotivo dell'esperienza della rabbia. Durante la visione di tali scene, sarà chiesto ai soggetti di commentare e descrivere quanto stanno osservando, allo scopo di rilevare sia le modificazioni fisiologiche attraverso l'utilizzo del biofeedback sia i parametri vocali. Le valutazioni qualitative e quantitative successive saranno modulate sulla base dei risultati ottenuti.

#### 4. Risultati attesi e conclusioni

Nel parlare di emozioni, la distinzione tra neuroscienze cognitive, neuroscienze affettive e dinamiche interpersonali/sociali è del tutto artificiale. Infatti, non esiste cervello “*affettivo*”, cervello “*sociale*” o cervello “*cognitivo*”. Vi è dunque necessità di adottare un approccio di studio che tenti di costruire una comprensione generale di come il cervello crea la mente, per migliorare la descrizione e il trattamento della psicopatologia [48].

Il concetto di emozioni di base può ancora essere campo di studio fertile, se aggiornato con l'attuale conoscenza neurobiologica che supera la tradizionale localizzazione one-to-one di funzioni nel cervello. In particolare, la relazione struttura-funzione tra cervello ed emozioni sembra essere meglio descritta in termini di pluripotenzialità, in quanto una struttura neurale può svolgere più funzioni, a seconda della rete funzionale e schema di co-attivazioni visualizzate in un dato momento [1].

Come precedentemente illustrato, i sistemi emotivi possono essere rispettati, incrementati e portati a maturità, oppure inibiti, bloccati o iperattivati, creando neuropersonalità rigide, disarmoniche e disfunzionali. Un'educazione armonica e rispettosa dell'identità e della personalità emotiva dell'individuo può generare grande evoluzione e potenzialità, mentre un condizionamento familiare o sociale che inibisca uno o più sistemi emotivi può generare traumi affettivi, comportamentali e psicologici fino alla destabilizzazione del sé. La comprensione dei processi e dei meccanismi psicosomatici dei sette sistemi emotivi può portare grandi miglioramenti nell'educazione, nella psicoterapia e nella crescita personale. È su tali basi neuroscientifiche

che dovrebbe svilupparsi una nuova modalità integrata di studio delle funzioni psicologiche umane.

È stato dimostrato che le emozioni prevedono schemi specifici di esperienza fenomenologica [39], reazioni fisiologiche [33] ed espressioni facciali [34], e che si accompagnano ad una tendenza ad agire [49], preparando il corpo e la mente a risposte comportamentali il cui scopo è quello di affrontare le circostanze che hanno causato l'emozione stessa [1].

Le teorie che tentano di spiegare la causa e la variazione delle emozioni sono denominate teorie dell' "*appraisal*" (valutazione). La valutazione si riferisce a meccanismi cognitivi che stimano l'impatto personale dell'evocazione emotiva generata da oggetti, eventi o situazioni. Diversi criteri di valutazione operano per valutare l'impatto di un evento sull'individuo. La combinazione originale dei risultati per i diversi criteri di valutazione definisce il tipo e l'intensità delle emozioni provocate. Questo risultato a sua volta coordinerà una serie di risposte nelle cosiddette componenti emotive come la motivazione (ad es. avvicinamento o evitamento), risposte corporee (ad es. cambiamenti cardiovascolari), espressione (facciali, vocali e gestuali) e sentimenti soggettivi (l'esperienza cosciente di un'emozione). Tutti i principali approcci teorici allo studio delle emozioni hanno incluso il ruolo dei processi di valutazione nella differenziazione degli episodi emotivi [50]. Attraverso il nostro studio ci proponiamo di fornire uno strumento valido alla decodifica dell'espressione emotiva veicolata attraverso la voce parlata, per approfondire la conoscenza della modalità espressiva tipica della rabbia nelle diverse patologie di personalità e altresì utile ad orientare in maniera maggiormente efficace i piani di trattamento in ambito psicoterapeutico.

Nell'ambito dell' "*affective computing*", in letteratura sono stati riportati molti tipi di classificatori di apprendimento automatico per il riconoscimento delle emozioni attraverso le parole, come quelli basati su reti neurali artificiali (ANN) e alberi decisionali [51], [52], [53], [54].

Queste soluzioni indicano la possibilità di gestire le emozioni in psicoterapia utilizzando un approccio integrato. Nello specifico, l'utilizzo di questo tipo di tecnologie potrebbe consentire il miglioramento della valutazione dell'evento che ha generato rabbia (valutazione), l'emergere della consapevolezza emotiva e, di conseguenza, favorire la modificazione delle reazioni comportamentali. Ciò comporterebbe un'ottimizzazione dell'adattabilità, della qualità delle relazioni interpersonali, e, più in generale, migliorerebbe il benessere psicologico dell'individuo [50].

## APPENDICE

Tab.1-Aree cerebrali implicate nelle sette disposizioni emotive di base [55].

Sistema delle emozioni di base	Aree cerebrali implicate
RICERCA/desiderio ed euforia	Nucleus accumbens - VTA Mesolimbic and mesocortical outputs lateral hypothalamus - PAG
RABBIA/dominanza	Medial amygdala to bed nucleus of striaterminalis (BNST) Medial and perifornical hypothalamic to PAG
PAURA/ansia	Central and lateral amygdala to medial hypothalamus and dorsal PAG
SESSUALITÀ/brama	Cortico-medial amygdala Bed nucleus of striaterminalis (BNST) Preoptichypothalamus, VMH, PAG
CURA/amorevolezza	Anterior cingulate, BNST Preoptic area, VTA, PAG
TRISTEZZA/panico e solitudine affettiva	Anterior cingulate BNST e Preoptic area DorsomedialThalamus, PAG
GIOCO/fantasia e gioia	Dorso-medialdiencephalon Parafascicular Area, PAG

## BIBLIOGRAFIA

1. Van KleefGerben A. (2017). *Le dinamiche interpersonali delle emozioni. Verso una teoria integrativa delle emozioni come informazioni sociali*. Giovanni Fioriti Editore.
2. Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 927-946.
3. Celeghin, A., Diano, M., Bagnis, A., Viola, M., & Tamietto, M. (2017). Basic Emotions in Human Neuroscience: Neuroimaging and Beyond. *Frontiers in Psychology*, 8, 1432.
4. Panksepp, J. (2015). The neuroevolutionary sources of mind. In Miller, S. M. (Eds.), *The Constitution of Phenomenal Consciousness: Toward a science and theory* (226-259). Amsterdam. John Benjamins Publishing Company.
5. Burghardt, G. M. (2005). *The genesis of animal play: Testing the limits*. Mit Press.
6. Rolls, E. T. (2015). *Limbic systems for emotion and for memory, but no single limbic system*. *Cortex*, 62, 119-157.
7. Panksepp J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in ClinicalNeuroscience*, 12 (4), pp. 533-545.
8. Alcaro, A., Carta, S., & Panksepp, J. (2017). The Affective Core of the Self: A Neuro-Archetypical Perspective on the Foundations of Human (and Animal) Subjectivity. *Frontiers in Psychology*, 8, 1424.
9. Jung, C. G. (ed.) (1958). "The psychogenesis of mental disease," in *The Collected Works*, Vol. 3, (Princeton, NJ: Princeton University Press).
10. Jung, C. G. (2014). *The psychogenesis of mental disease* (Vol. 3). Routledge.
11. LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American journal of psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
12. Panksepp J., Fuchs T., Iacubucci P. The basic neuroscience of emotional experiences in mammals: the case of subcortical FEAR circuitry and implications for clinical anxiety. *AppliedAnimalBehav Sci*. 2010.
13. Numan M., Insel TR. *The Neurobiology of Maternal Behavior*. New York: Springer. 2003.
14. Panksepp J. The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affectivelives? *Neurosci. Biobehav. Rev.* 35(9), 15. 1791–1804 (2011). 43.
15. Panksepp, J., Biven, L., Alcaro, A., & Clarici, A. (2015). *Archeologia della mente: origini neuroevolutive delle emozioni umane*. R. Cortina.
16. Reich W., (1933), *Character Analysis*, trad It. *Analisi del carattere*, Sugarco, Milano.
17. Eysenck H., J., (1953), *The Structure of Human Personality*, Methuen.
18. Cloninger, C.R., (1999), *Personality and Psychopathology*, American Psychiatric Pub.
19. Siever L.J., Davis, K.L., (1991), A psychobiological perspective on the personality disorders, *The American Journal of Psychiatry*, Vol 148(12), Dec 1991, 1647-1658.
20. Montecucco, N. F. (2005). *Psicosomatica olistica*. Mediterranee, Roma.
21. Panksepp, J. (2016). The cross-mammalian neurophenomenology of primal emotional affects: From animal feelings to human therapeutics. *Journal of Comparative Neurology*, 524(8), 1624-1635.
22. Liebert, M. A., & Riva, G. (2015). *Virtual reality in psychotherapy*.
23. Costa, R. T. D., Carvalho, M. R. D., Ribeiro, P., & Nardi, A. E. (2018). Virtual reality exposure therapy for fear of driving: analysis of clinical characteristics, physiological response, and sense of presence. *Revista brasileira de psiquiatria*, (AHEAD), 0-0.
24. Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Kooper, R., & Opdyke, D. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 626.
25. Miloff, A., Lindner, P., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Single-session gamified virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. traditional exposure

- therapy: study protocol for a randomized controlled non-inferiority trial. *Trials*, 17(1), 60.
26. Navarro-Haro, M. V., López-del-Hoyo, Y., Campos, D., Linehan, M. M., Hoffman, H. G., García-Palacios, A., ... & García-Campayo, J. (2017). Meditation experts try Virtual Reality Mindfulness: A pilot study evaluation of the feasibility and acceptability of Virtual Reality to facilitate mindfulness practice in people attending a Mindfulness conference. *PloSone*, 12(11), e0187777.
27. Repetto, C., Gorini, A., Vigna, C., Algeri, D., Pallavicini, F., & Riva, G. (2009). The use of biofeedback in clinical virtual reality: the INTREPID project. *Journal of visualized experiments: JoVE*, (33).
28. Repetto, C., & Riva, G. (2011). From virtual reality to interreality in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatry*, 1(1), 31-43.
29. Laukka, P., Elflein, H. A., Thingujam, N. S., Rockstuhl, T., Iraki, F. K., Chui, W., & Althoff, J. (2016). The expression and recognition of emotions in the voice across five nations: A lens model analysis based on acoustic features. *Journal of personality and social psychology*, 111(5), 686.
30. Laukka, P., & Elflein, H. A. (2012). Emotion appraisal dimensions can be inferred from vocal expressions. *Social Psychological and Personality Science*, 3(5), 529-536.
31. Ekman, P., & Cordaro, D., What is meant by calling emotions basic. *Emotion review*, 3(4), 364-370, 2011.
32. Scherer, K. R., & Tannenbaum, P. H. (1986). Emotional experiences in everyday life: A survey approach. *Motivation and Emotion*, 10(4), 295-314.
33. Levenson, R. W., Ekman, P., & Friesen, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27(4), 363-384.
34. Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American psychologist*, 48(4), 384.
35. Greenberg Leslie S., Pavio Sandra C., *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*, 2000. Sovera Editore
36. Clore, G. L., & Centerbar, D. B. (2004). Analyzing anger: how to make people mad.
37. Novaco, R. W., *Anger and psychopathology*. In *International handbook of anger*, Springer, New York, NY, pp. 465-497, 2010.
38. Matarazzo, O., *Il reappraisal nella regolazione delle emozioni*, Il Mulino, pp. 59-89, 2009.
39. Leahy, R. L., Tirsch, D. E. N. N. I. S., & Napolitano, L. A., *La regolazione delle emozioni in psicoterapia. Guida pratica per il professionista*, 2013.
40. Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 419.
41. Pell, M. D., Paulmann, S., Dara, C., Allasseri, A., & Kotz, S. A. (2009). Factors in the recognition of vocally expressed emotions: A comparison of four languages. *Journal of Phonetics*, 37(4), 417-435.
42. Scherer, K. R. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Speech communication*, 40(1-2), 227-256.
43. Scherer, K. R., Johnstone, T., & Klasmeyer, G. (2003). Vocal expression of emotion. *Handbook of affective sciences*, 433-456.
44. Balters, S., & Steinert, M. (2017). Capturing emotion reactivity through physiology measurement as a foundation for affective engineering in engineering design science and engineering practices. *Journal of Intelligent Manufacturing*, 28(7), 1585-1607.
45. Kassam, K. S., & Mendes, W. B. (2013). The Effects of Measuring Emotion: Physiological Reactions to Emotional Situations Depend on whether Someone Is Asking. *PLoS ONE*, 8(6), e64959.
46. Gray, M. A., Minati, L., Harrison, N. A., Gianaros, P. J., Napadow, V., & Critchley, H. D. (2009). Physiological recordings: Basic concepts and implementation during functional magnetic resonance imaging. *Neuroimage*, 47(3-8), 1105-1115.
47. Mauss, I. B., & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition & Emotion*, 23(2), 209-237.
48. Barrett, L. F., & Satpute, A. B. (2013). Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: towards an integrative functional architecture of the brain. *Current opinion in neurobiology*,

23(3), 361-372.

49. Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

50. Coutinho, E., Gentsch, K., van Peer, J., Scherer, K. R., & Schuller, B. W. (2018). Evidence of emotion-antecedent appraisal checks in electroencephalography and facial electromyography. *PLoS One*, 13(1), e0189367.

51. ALU, D., ZOLTAN, E., & STOICA, I. C., Voice Based Emotion Recognition with Convolutional Neural Networks for Companion Robots. *SCIENCE AND TECHNOLOGY*, 20(3), pp. 222-240, 2017.

52. Anagnostopoulos, C. N., Iliou, T., & Giannoukos, I., Features and classifiers for emotion recognition from speech: a survey from 2000 to 2011. *Artificial Intelligence Review*, 43(2), pp. 155-177, 2015.

53. F. Noroozi, T. Sapiński, D. Kamińska and G. Anbarjafari, "Vocal-based emotion recognition using random forests and decision tree", *International Journal of Speech Technology*, vol. 20, no. 2, pp. 239-246, 2017.

54. Partila, P., Voznak, M., & Tovarek, J., Pattern recognition methods and features selection for speech emotion recognition system. *The Scientific World Journal*, 2015.

55. Fotopoulou A., Pfaff D. & Conway M. A. (2012). *From the Couch to the Lab: Trends in Psychodynamic Neuroscience*. OUP Oxford.

ARTICOLO

## Anatomia di una scelta irrazionale: verso una nuova ipotesi di studio sul *decision-making* e il *disjunction effect*

Martina Messina<sup>1</sup>, Silvia dell'Orco<sup>2</sup>, Tilde Annunziato<sup>1</sup>, Carmen Giannetti<sup>1</sup>, Yari Mirko Alfano<sup>1</sup>,  
Maria Guastafarro<sup>1</sup>, Teresa Longobardi<sup>1</sup>, Vania Costa<sup>1</sup>, Davide Di Sarno<sup>1</sup>, Enrico Moretto<sup>1</sup>,  
Margherita Rosato<sup>1</sup>, Giuseppina Di Ronza<sup>1</sup>, Barbara Vitulano<sup>1</sup>, Daniela Iennaco<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SiPGI – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata.

<sup>2</sup> Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II (Unina).



### Citation

Messina M., dell'Orco S., Annunziato T.,  
Giannetti C., Alfano Y.M.,  
Guastafarro M., Longobardi T., Costa V.,  
Di Sarno D., Moretto E., Rosato M.,  
Di Ronza G., Vitulano B., Iennaco D.  
(2019).

Anatomia di una scelta irrazionale:  
verso una nuova ipotesi di studio sul  
*decision-making* e il *disjunction effect*  
Phenomena Journal, 1, 101-109  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.32>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Martina Messina  
[dr.martinamessina@gmail.com](mailto:dr.martinamessina@gmail.com)

**Ricevuto:** 17 aprile 2019

**Accettato:** 14 giugno 2019

**Pubblicato:** 19 giugno 2019

### ABSTRACT

**Background.** The most relevant decisions in terms of consequences often are taken in situations of uncertainty and risk, as well as in conditions of great temporal stress. In such situations, some decisions are more considered, while others appear more irrational. In the last twenty years, studies about decision-making have focused on problem solving skills and cognitive processes, mainly in the field of rational choices. Only in the second half of the twentieth century, different research paradigms have tried to investigate the mechanisms responsible for choices out of the classical model of rational choices. Among these mechanisms, the disjunction effect stands out. **Method.** In order to analyse literature and studies of the last ten years, we have looked for the following search keys on several online science servers (PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, ResearchGate): irrational choices, rational choices, decision-making, decision style, intuitive decisions, deliberate decisions, self-awareness, self-regulation, disjunction effect. Starting from the theoretical assumptions above, we have formulated a methodological hypothesis, in order to study decision-making processes by unconventional methods, which move away from classic tests and decision tasks expressed in a verbal form. **Aim.** The aim of this work is to highlight the most relevant studies on irrational choices. The final aim is to develop an empirical method to investigate irrational decisions and the disjunction effect, by using new tools, such as the Implicit Association Test (IAT) and the Virtual Reality (VR). **Expected results.** By using technological tools applied to psychology, it would be possible to allow experimental subjects to act their choices through VR applications, producing an immersive experience. We expect to reduce the disturbance variable and to find more precise measurements, overcoming the problems related to the verbal formulation of decision task.

### KEYWORDS

**Decision-making, disjunction effect, virtual reality, implicit association test, irrational choices.**

### ABSTRACT IN ITALIANO

**Introduzione.** Accade spesso che le decisioni più rilevanti in termini di conseguenze siano prese in situazioni d'incertezza e rischio, oltre che in condizioni di forte stress temporale. In tali situazioni, alcune decisioni risultano più ponderate, altre, invece, appaiono più irrazionali. Negli ultimi venti anni, gli studi sul *decision making* si sono concentrati principalmente sulle capacità di *problem solving* e sui processi cognitivi alla base delle scelte razionali. Solo a partire dagli anni cinquanta del XX secolo, diversi paradigmi di ricerca hanno cercato di far luce sui meccanismi responsabili di scelte non conformi al modello classico di scelta razionale. Tra questi meccanismi spicca l'effetto di disgiunzione che, sebbene scarsamente indagato, potrebbe rivelarsi una variabile fondamentale. **Metodo.** Al fine di analizzare la letteratura di riferimento e gli studi degli ultimi dieci anni, si è svolta una ricerca su diversi science server online (PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, ResearchGate), utilizzando le seguenti chiavi di ricerca: *irrational choices*, *rational choices*, *decision making*, *decision style*, *intuitive decisions*, *deliberate decisions*, *self-awareness*, *self-regulation*, *disjunction effect*. A partire dai presupposti teorici indicati in precedenza, è stata formulata un'ipotesi metodologica per lo studio dei processi decisionali, basata su metodi non convenzionali, che si allontanano dalla somministrazione dei classici test e *decision task* espressi in forma verbale. **Obiettivi.** Scopo di questo lavoro è evidenziare gli studi più rilevanti sulle scelte irrazionali, al fine di delinearne l'anatomia. L'obiettivo finale è porre le basi per lo sviluppo di una ricerca empirica che indaghi a fondo le scelte irrazionali e l'effetto di disgiunzione tramite strumenti quali l'*Implicit Association Test* (IAT) e la *Virtual Reality* (VR). **Risultati attesi.** Utilizzando strumenti tecnologicamente all'avanguardia applicati alla ricerca in psicologia, sarebbe possibile consentire ai soggetti in fase sperimentale di agire la scelta tramite applicazioni VR, producendo un'esperienza immersiva. Ci si aspetta di ridurre le variabili di disturbo e riuscire a ottenere misurazioni più precise, superando i problemi legati alla formulazione verbale dei *decision task*, sempre più spesso posta come critica fondamentale allo studio del *decision making*.

### PAROLE CHIAVE

**Decision-making, effetto di disgiunzione, realtà virtuale, implicit association test, scelte irrazionali.**

## 1. Dall' homo oeconomicus all' homo heuristicus

Decidere è forse l'aspetto più misterioso e familiare della mente umana [1]. Sappiamo molto di questioni rilevanti del comportamento umano, ancora poco sulla natura di una decisione e quasi niente sulle sue conseguenze inintenzionali. Neumann e Morgenstern [2] fornirono alla teoria economica il fondamento "normativo" di una scienza rigorosa, assiomatica, dotata di eleganza formale e indipendente dai vincoli del decisore. È davvero il perseguimento della massima utilità a farci prendere una decisione o siamo anche influenzati dall'esperienza, dalle emozioni, dalla storia personale, dal modo in cui i problemi ci vengono posti? Cosa ne è della soggettività, del libero arbitrio, del desiderio, della cultura? Sono questi punti critici a rendere problematica la teoria della scelta razionale, non solo i requisiti formali delle sue funzioni di utilità. Un tale perfezionismo trascura i contesti entro i quali il decisore è chiamato a scegliere e, soprattutto, che in un lungo processo adattativo e in un mondo fortemente complesso e imprevedibile, i nostri progenitori si siano serviti, per la propria sopravvivenza, di tutt'altro che di assiomi normativi, sintassi artificiali e logiche formali [3]. Heiner [4] sostiene che le alternative di scelta e le relative conseguenze non sono quasi mai definite e già questo è sufficiente a indebolire la struttura logica della teoria dell'ottimizzazione. Egli definisce *competence difficulty gap*, la dicotomia inconciliabile tra la competenza degli agenti (cioè l'insieme delle capacità che essi utilizzano per risolvere problemi) e la difficoltà di selezionare e scegliere il comportamento ottimale.

Il paradigma di ricerca noto come *Naturalistic Decision Making* (NDM) nasce nel 1989 con l'obiettivo di studiare il modo in cui le persone prendono decisioni ed eseguono funzioni cognitive complesse nei problemi *real world* [5], cioè in situazioni caratterizzate da pressioni temporali, conoscenza incompleta delle alternative, tensione emotiva, incertezza, obiettivi mal definiti, alta posta in gioco e diversi gradi di esperienza del decisore [6]. Il problema della decisione non riguarda la mera scelta tra le alternative disponibili in base alla loro UA [7], ma lo studio delle procedure naturali seguite dai decisori prima di compiere un'azione. Tali procedure constano di tre principi di base:

1. le decisioni vengono prese a partire da una valutazione olistica delle azioni potenziali effettuata in base alle opzioni disponibili, anziché al confronto tra le loro caratteristiche specifiche;
2. il decisore sceglie un corso d'azione non sulla base della ricerca ed elaborazione dettagliata delle alternative, ma attraverso un processo di riconoscimento della situazione (*recognition-based*) che avviene confrontando tra loro le alternative e i potenziali corsi d'azione (*pattern-matching*) in base ad alcuni criteri di accettabilità;
3. i decisori non cercano una soluzione ottimale, ma adottano un criterio di scelta *satisficing*.

## 2. Evidenze della letteratura precedente

Negli ultimi dieci anni, un'ampia mole di studi e ricerche ha spostato il focus dell'attenzione sulla possibilità di riuscire a prevedere il comportamento decisionale,

che si tratti delle piccole scelte della vita quotidiana, o di grandi decisioni che comportano importanti cambiamenti. Alla base di tali studi, vi è il concetto di razionalità, che Kahneman [8] definisce come un criterio decisionale caratterizzato da due requisiti fondamentali: la coerenza, intesa come una connessione costante tra le informazioni in possesso del decisore e la scelta operata, e la consistenza, ossia la fondatezza e la solidità della scelta. Le ricerche che hanno indagato le scelte razionali hanno evidenziato come rispetto alla risoluzione di alcuni problemi decisionali, le persone tendano a violare i requisiti di coerenza e fondatezza. Tenuto conto che un problema decisionale può essere definito come l'insieme delle opzioni di scelta, degli atti che comportano la scelta e delle probabili conseguenze di tali atti [8; 9; 10], gli autori hanno ipotizzato che tali violazioni possano dipendere da fattori psicologici e situazionali in grado di influenzare, negativamente o positivamente, l'elaborazione della scelta.

Tra le teorie più accreditate degli ultimi dieci anni, spicca la teoria del doppio sistema [11; 8], che propone una prospettiva dualistica delle modalità di funzionamento cognitivo rispetto alla scelta. L'idea di base è che una delle due modalità sia basata sui giudizi intuitivi, fondati sulla percezione e sulle inferenze da esse derivanti, indipendentemente dalla conoscenza e dalle informazioni a disposizione del soggetto. L'altra modalità, invece, indurrebbe una decisione più lenta e ragionata, fondata sul raggiungimento di una decisione consapevole in seguito all'elaborazione attenta e logica dei dati in possesso del soggetto decisore. Questa seconda modalità risulta sicuramente più controllata della prima e non limitata ai dati ottenuti dal processo percettivo. La prima modalità, infatti, si è dimostrata soggetta a errori automatici, dovuti a errori associativi, di categorizzazione, o alla velocità del processo di decisione. Nel primo caso, dunque, è possibile affermare che le decisioni intuitive si basano principalmente sulle impressioni, mentre nel secondo caso siamo di fronte a decisioni basate su giudizi intenzionali, frutto di un lungo ragionamento [12].

Kahneman e Tversky [13; 14] hanno ritenuto necessario studiare in particolare i meccanismi decisionali che si attivano in condizioni di rischio, in cui si può stimare la probabilità associata ai possibili esiti delle alternative a disposizione. Partendo da questo presupposto, hanno elaborato la *teoria del prospetto*, che si discosta dalla teoria tradizionale. Mentre la teoria tradizionale ha lo scopo di individuare le condizioni "normative" ideali in cui può essere adottata una scelta razionale, la teoria del prospetto descrive *come* gli individui si comportano effettivamente quando devono prendere una decisione. L'aspetto innovativo di questa formulazione è che essa è basata su evidenze empiriche, con cui gli autori hanno dimostrato che gli individui, quando scelgono, violano sistematicamente i principi della razionalità economica.

Gli autori evidenziano quattro importanti effetti psicologici collegati tra loro nell'attivazione dei processi decisionali in condizioni di rischio:

- *Effetto contesto*: il *frame* (contesto) influisce sul modo in cui la persona percepisce il punto di partenza rispetto a cui valutare gli esiti delle proprie decisioni.
- *Avversione alla perdita*: per la maggior parte degli individui la motivazione a evitare una perdita è superiore alla motivazione a realizzare un guadagno. Gli autori ipotiz-

ziano che tale principio psicologico possa essere collegato a un arcaico istinto di sopravvivenza, che fa sì che il soggetto presti più attenzione alla possibilità della perdita piuttosto che all'eventuale guadagno derivante dalle conseguenze di una decisione.

- *Effetto di isolamento*: gli individui hanno la propensione a isolare le probabilità piuttosto che a cumularle, valutandole singolarmente. Tale modus operandi porta a scegliere l'alternativa cui è collegata la maggiore utilità, ma che corrisponde, in una visione d'insieme del problema, ad una preferenza incoerente.

- *Effetto di riflessione*: gli individui riflettono sulle probabilità e assegnano un valore differente alle conseguenze derivanti da possibilità differenti.

Le previsioni della teoria del prospetto si sono rivelate efficaci nell'analisi del comportamento degli investitori e nel fornire convincenti spiegazioni riguardo le più frequenti violazioni dei principi stabiliti dalle teorie classiche.

### 3. Anatomia di una scelta irrazionale

Gli studi condotti da Kahneman e Tversky [13; 14] hanno evidenziato la necessità di indagare in modo più approfondito i processi coinvolti nelle scelte irrazionali. Solo una piccola parte della letteratura già esistente prende in esame i fattori e i processi in grado di influenzare a tal punto il *decision maker* da portarlo a compiere una scelta che si collochi al di fuori dei criteri di coerenza e fondatezza della razionalità indicati da Kahneman [8]. Pomeroy e Adam [15] sottolineano che è impossibile per un individuo riuscire a tener conto di tutte le possibilità come suggerirebbe il principio della razionalità. Ciò dipende in larga misura anche dall'accessibilità e dalla qualità delle informazioni in possesso del *decision maker*. Altri autori [16; 17] evidenziano come molte decisioni si basino sulle preferenze determinate dal pregiudizio, da una soddisfazione anticipata dell'esperienza e, di conseguenza, dall'atteggiamento implicito ed esplicito. Tali elementi sono spesso presenti a un livello inconsapevole per il decisore e ne influenzano la razionalità.

A tal proposito, è necessario ricordare che esistono ancora meccanismi a cui si è prestata solo un'attenzione marginale. Ne è un esempio il meccanismo dell'effetto di disgiunzione (DE) [18]. Il *disjunction effect* si verifica quando le possibili conseguenze di una decisione risultano estremamente incerte e imprevedibili, influenzando la decisione in direzione dell'opzione di scelta che assicura al *decision maker* la perdita inferiore. Secondo i ricercatori, il DE violerebbe la teoria della scelta sicura di Savage, secondo cui quando una decisione si basa su due possibilità di scelta  $x$  e  $y$ , sapendo che se un evento  $A$  si verifica,  $x$  è da preferire a  $y$ , e se l'evento  $A$  non si verifica,  $x$  è da preferire a  $y$ , allora appare chiaro che la scelta  $x$  è preferibile rispetto a  $y$  anche nel caso in cui la possibilità che l'evento  $A$  si verifichi o meno sia incerta. Al contrario, per effetto del DE, anche quando non è chiaro se l'evento  $A$  si verificherà o meno, la scelta  $y$  sarà preferita alla scelta  $x$ .

Studi successivi [19; 20] hanno dimostrato che il DE può essere associato all'inadeguatezza e all'insufficienza di informazioni sulla situazione che richiede al decisore di operare una scelta. Secondo l'analisi condotta da Croson [21], il DE può essere

considerato un *bias* dei processi decisionali che riduce le capacità di ragionamento del decisore, provocando un'anomalia dei meccanismi coinvolti nella decisione e inducendo decisioni meno razionali. Questo risultato ci obbliga a riflettere sulla tendenza dei *decision maker* a ricercare informazioni sempre nuove e più chiare in merito alle situazioni in cui sono coinvolti, al fine di giustificare le proprie decisioni, anche in setting differenti [22; 19]. Studi successivi [21] hanno dimostrato che esiste una differenza tra le scelte operate da partecipanti che ricevono una diversa quantità di informazioni. In particolare, i risultati mostrano che maggiore è la quantità delle informazioni in possesso del decisore, minore è la probabilità di registrare un DE, poiché l'individuo ha la possibilità di calcolare una stima ipotetica più precisa delle conseguenze della decisione. Shafir [23] sottolinea che il DE si registra soprattutto nelle situazioni in cui il soggetto è riluttante a prendere una decisione. Ricerche più recenti hanno dimostrato che anche variabili culturali, contestuali e di genere sono in grado di modificare la probabilità che il DE intercorra nei processi decisionali [24; 25].

#### **4. Limiti metodologici della ricerca sul *disjunction effect***

Nonostante i presupposti teorici fin qui analizzati mostrino risultati significativi, molte critiche sono state poste alla teoria del DE proposta da Shafir e Tversky [18], al fine di evidenziare i limiti degli strumenti utilizzati nella ricerca sperimentale. I ricercatori si sono serviti di una serie di compiti decisionali somministrati tramite questionari del tipo carta/matita. I compiti decisionali prevedevano un task verbale a risposta multipla e agli studenti era chiesto di indicare la loro preferenza rispetto a due opzioni decisionali nella prima fase e rispetto a tre opzioni nella seconda fase a cui veniva aggiunta un'opzione disgiuntiva. In una prima serie di studi, il task proponeva la possibilità di acquistare o meno un pacchetto vacanze prima di conoscere l'esito di un esame importante. Gli studi successivi proponevano task relativi al gioco d'azzardo, condotti con l'ausilio dei medesimi strumenti, i cui risultati hanno consentito agli autori di estendere l'azione del DE anche al dominio delle decisioni strategiche.

Il limite del metodo utilizzato negli studi sul DE sta nell'utilizzo del linguaggio verbale per l'espressione dei compiti decisionali. Come evidenziato, infatti, da studi più recenti [26; 27; 28; 29] il modo in cui i *task* sono formulati esercita un'influenza significativa sul rilevamento del DE. Tali studi hanno sottoposto a gruppi di studenti lo stesso *task* decisionale in due versioni riformulate in modo differente, dimostrando che eliminando gli elementi verbalmente irrilevanti dal testo non si registrava un DE nella scelta.

#### **5. Nuove ipotesi per la ricerca sul *decision-making***

Le critiche metodologiche mosse agli studi di Shafir e Tversky [27] mettono in evidenza i limiti degli strumenti classici per l'indagine sul *decision-making*, in un periodo storico in cui la ricerca e l'innovazione tecnologica mettono a disposizione dei

ricercatori strumenti con cui si potrebbe ipotizzare un nuovo iter metodologico per la ricerca sulle decisioni irrazionali, che consenta di cogliere elementi rilevanti e impliciti dei processi decisionali.

Nella prima parte di questo lavoro si è messo in evidenza come studi recenti [16; 17; 30] abbiano sottolineato il ruolo svolto da fattori quali l'atteggiamento implicito e il pregiudizio nei processi che conducono a una decisione. Partendo da tali evidenze della letteratura precedente, sarebbe interessante valutare quanto, in realtà, l'atteggiamento implicito sia in grado di influenzare la decisione nel caso specifico di task che presentano opzioni decisionali disgiuntive. A questo proposito, si ipotizza che l'utilizzo dell'*Implicit Association Test* (IAT) [31; 32; 33; 34] potrebbe rivelarsi fondamentale.

Lo IAT si basa sulla somministrazione di una serie di compiti al computer, al fine di misurare la forza dei legami associativi tra i concetti. Si tratta di cinque compiti di categorizzazione, di cui tre compiti di apprendimento e due compiti deputati alla rilevazione vera e propria dei dati. I due compiti di rilevazione si basano su un doppio compito di categorizzazione di stimoli. La misurazione è effettuata al computer, in un ambiente che consente la piena concentrazione del soggetto, il quale non deve essere disturbato da stimoli esterni. L'adeguatezza dell'ambiente in cui viene somministrato il test è fondamentale, in quanto lo IAT misura, come già accennato, i tempi di risposta del soggetto e necessita, pertanto della sua piena attenzione perché la misurazione possa risultare efficace. Una volta iniziata la misurazione, sul monitor del computer compaiono i set di stimoli scelti per la sperimentazione, in base all'oggetto di ricerca. È compito del partecipante categorizzare gli stimoli nel più breve tempo possibile, tramite l'ausilio di una *response box*, di una tastiera, o di un joystick [35]. Tra i vantaggi dello IAT vi è, senz'altro, la flessibilità, in quanto questo metodo consente l'utilizzo di diversi tipi di stimoli, quali immagini, parole, suoni e nomi propri. Inoltre, questo strumento di misurazione sembra risultare estremamente sensibile alle manipolazioni sperimentali e, di conseguenza, offre la possibilità di osservare l'effetto delle manipolazioni e il modo in cui queste esercitano un'influenza più o meno forte sui risultati. Un altro vantaggio importante è senza dubbio la possibilità di evitare che il soggetto fornisca risposte che non corrispondono a verità, in quanto è estremamente difficile che un soggetto che non ne conosce il funzionamento possa riuscire a falsificare il test. Lo IAT è risultato molto efficace nello studio di molti fenomeni di psicologia sociale, quali gli atteggiamenti e i pregiudizi. Lo IAT, in conclusione, misura la conoscenza associativa che si ipotizza sia coinvolta nel controllo dell'azione a bassi livelli di autocoscienza o autoregolazione [36].

Sulla scia dell'innovazione tecnologica, inoltre, si ritiene fondamentale adottare strumenti di ricerca che consentano di concepire studi sperimentali all'avanguardia. In particolare, nel caso del *decision-making*, sarebbe interessante indagare le scelte agite in un contesto esperienziale []. In questa prospettiva, la Virtual Reality (VR) offre un'opportunità unica. Slovic [37], in una serie di studi sui fumatori, evidenzia come il sistema esperienziale utilizzi connessioni associative che operano in modo meno

consapevole, ipotizzando che il sistema esperienziale possa dominare le scelte e indurre a decisioni irrazionali [38]. La moderna tecnologia offre la possibilità di costruire applicazioni progettate in modo tale da offrire, tramite l'utilizzo di un visore VR, esperienze immersive che potrebbero ridurre l'effetto delle variabili intervenienti solitamente presenti in laboratorio.

## 6. Conclusioni e possibili sviluppi futuri

Questo lavoro si è concentrato sulla revisione delle teorie classiche e delle teorie più recenti, allo scopo di analizzare la possibilità di proporre metodi più efficaci per lo studio dei processi decisionali. Appare evidente la necessità di valutare nuovi strumenti per la raccolta dei dati in un momento storico in cui il focus dell'attenzione è sempre più orientato allo studio dell'esperienza. L'uso potenziale di misure implicite, per la comprensione dei nessi associativi tra scelte irrazionali e valutazione della condizione di rischio, e di strumenti per l'esperienza immersiva, come la realtà virtuale sembrerebbe essere un passaggio fondamentale per l'evoluzione del metodo di ricerca nell'ambito del *decision-making*. Del resto, molti studi in altri ambiti si sono già serviti e si servono di applicazioni VR per migliorare la qualità della scelta, basti pensare alle sperimentazioni condotte nel campo del *construction management* [39; 40; 41], del training per la medicina d'urgenza [42] e del training per i professionisti dell'emergenza [43]. La ricerca stessa è innovazione. Aprire le porte della ricerca sul *decision-making* all'innovazione tecnologica potrebbe rivoluzionare il modo in cui abbiamo studiato le scelte razionali e irrazionali fino a oggi, conducendoci verso nuovi e più chiari orizzonti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Maldonato, N. M., Dell'Orco, S. (2011). How to make decisions in an uncertain world: Heuristics, biases, and risk perception. *World Futures*, 67(8), 569-577.
2. Neumann J. von e Morgenstern O. (1947). *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press, Princeton.
3. Maldonato, M., & Dell'Orco, S. (2016). Adaptive and evolutive algorithms: a natural logic for artificial mind. In *Toward Robotic Socially Believable Behaving Systems-Volume II*, Springer, Cham, 13-21.
4. Heiner, R. A. (1983). The origin of predictable behavior. *The American economic review*, 73(4), 560-595.
5. Klein G.A. e Crandall B.W. (1995). The role of mental simulation in naturalistic decision making, in Hancock P., Flach J., Caird J. & Vicente K. (a c. di), *Local Applications of the Ecological Approach to Human-Machine Systems*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale.
6. Connor, P. E., & Becker, B. W. (2003). Personal value systems and decision-making styles of public managers. *Public Personnel Management*, 32(1), 155-180.
7. Brand, M., Labudda, K., & Markowitsch, H. J. (2006). Neuropsychological correlates of decision-making in ambiguous and risky situations. *Neural Networks*, 19(8), 1266-1276.
8. Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American psychologist*, 58(9), 697.
9. Maldonato, M., & Dell'Orco, S. (2015). Making Decisions under Uncertainty Emotions, Risk and

- Biases. In *Advances in Neural Networks: Computational and Theoretical Issues*, Springer, Cham, 293-302.
10. Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
11. Evans, J. & Frankish, K. eds. (2009). In *Two Minds: Dual Processes and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
12. Brewer, M. B. (2003). Implicit and explicit process in social judgment: Deep and high. *Social judgments: Implicit and explicit processes*, 387-396.
13. Tversky, A., & Kahneman, D. (1992). Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. *Journal of Risk and uncertainty*, 5(4), 297-323.
14. Kahneman, D., & Tversky, A. (1986). Rational choice and the framing of decisions. *Journal of business*, 59(4), 251-278.
15. Pomerol, J., & Adams, F. (2004). Practical decision-making – From the legacy of Herbert Simon to decision support systems. *Proceedings of the 2004 IFIP TC8/WG8.3 International Conference: Decision support in an uncertain and complex world*, 151, 647-657.
16. Owie E., Ademola E.O., Adams D. (2017). Reality of Human Decision-Making: An Analysis. *Humanities, Management, Arts, Education & the Social Sciences Journal*, 5(2), 1-4.
17. Hastie, R., & Dawes, R. M. (2010). *Rational choice in an uncertain world: The psychology of judgment and decision making*. Sage.
18. Tversky, A., & Shafir, E. (1992). The disjunction effect in choice under uncertainty. *Psychological science*, 3(5), 305-310.
19. Shafir, E., & Tversky, A. (1992). Thinking through uncertainty: Nonconsequential reasoning and choice. *Cognitive psychology*, 24(4), 449-474.
20. Hristova, E., & Grinberg, M. (2008). Disjunction effect in prisoner's dilemma: Evidences from an eye-tracking study. In *Proceedings of the 30th Annual conference of the cognitive science society*, 1225-1230.
21. Croson, R. T. (1999). The disjunction effect and reason-based choice in games. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 80(2), 118-133.
22. Bastardi, A., & Shafir, E. (1998). On the pursuit and misuse of useless information. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 19.
23. Shafir, E. (1994). Uncertainty and the difficulty of thinking through disjunctions. *Cognition*, 50(1-3), 403-430.
24. Kak, S. (2017). Probability Reversal and the Disjunction Effect in Reasoning Systems. *arXiv preprint arXiv:1709.04029*.
25. Mukhopadhyay, I., Nagaraj, N., & Roy, S. (2017). New Empirical Evidence on Disjunction Effect and Cultural Dependence. *arXiv preprint arXiv:1703.00223*.
26. Sun, Y., Li, S., & Li, Y. M. (2008). Reexamining the role of the description of problem texts in the disjunction effect. *The Journal of psychology*, 142(3), 261-266.
27. Bagassi, M., & Macchi, L. (2006). Pragmatic approach to decision making under uncertainty: The case of the disjunction effect. *Thinking & reasoning*, 12(3), 329-350.
28. Bagassi, M., & Macchi, L. (2007). The “vanishing” of the disjunction effect by sensible procrastination. *Mind & Society*, 6(1), 41-52.
29. Lambdin, C., & Burdsal, C. (2007). The disjunction effect reexamined: Relevant methodological issues and the fallacy of unspecified percentage comparisons. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 103(2), 268-276.
30. Dijksterhuis, A. (2004). Think different: the merits of unconscious thought in preference development and decision making. *Journal of personality and social psychology*, 87(5), 586.
31. Horcajo J., Rubio V.J., Aguado D., Hernández J.M., Márquez M.O. (2014). Using the Implicit Association Test to Assess Risk Propensity Self-concept: Analysis of its Predictive Validity on a Risk-taking Behaviour in a Natural Setting. *European Journal of Personality*, 28, 459 –471.
32. De Houwer, J. (2001). A structural and process analysis of the Implicit Association Test. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(6), 443-451.

33. Perugini, M. (2005). Predictive models of implicit and explicit attitudes. *British Journal of Social Psychology*, 44(1), 29-45.
34. Zogmaister, C., & Castelli, L. (2006). La misurazione di costrutti impliciti attraverso l'Implicit Association Test. *Psicologia Sociale*, 1, 65-94.
35. Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1464.
36. Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 197.
37. Slovic, P. (2000). Rational actors and rational fools: The influence of affect on judgment and decision-making. *Roger Williams UL Rev.*, 6, 163.
38. Greenwald, A. (2003). Use Of The Implicit Association Test In Risk Assessment. In *Workshop On Conceptualizing (And Measuring) Perceived Risk*. National Cancer Institute, US National Institutes of Health. Retrieved from <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/presentations/greenwald.pdf>.
39. Berg, L. P., & Vance, J. M. (2017). An industry case study: investigating early design decision making in virtual reality. *Journal of Computing and Information Science in Engineering*, 17(1), 011001.
40. Bellos, J. (2012, November). Virtual Reality as a Decision Making Tool in Construction Management. In *Proceedings of the 8th European Conference on Management Leadership and Governance*, 30-38.
41. Eftekharsadat, B., Babaei-Ghazani, A., Mohammadzadeh, M., Talebi, M., Eslamian, F., & Azari, E. (2015). Effect of virtual reality-based balance training in multiple sclerosis. *Neurological research*, 37(6), 539-544.
42. Harrington, C. M., Kavanagh, D. O., Quinlan, J. F., Ryan, D., Dicker, P., O'Keeffe, D., ... & Tierney, S. (2018). Development and evaluation of a trauma decision-making simulator in Oculus virtual reality. *The American Journal of Surgery*, 215(1), 42-47.
43. Sharma, S., Devreaux, P., Scribner, D., Grynovicki, J., & Grazaitis, P. (2017). Megacity: A Collaborative Virtual Reality Environment for Emergency Response, Training, and Decision Making. *Electronic Imaging*, 2017(1), 70-77.

ARTICOLO DI OPINIONE

# La rêverie in Psicoanalisi e la Teoria del Sé in Gestalt: una comparazione tra modelli attraverso lo studio delle esperienze immaginative in psicoterapia

Marco Architravo<sup>1</sup>, Daniela Cantone<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SiPGI scuola di specializzazione in psicoterapia gestaltica integrata.

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia – Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli.



## Citation

Architravo M., Cantone D. (2019).  
La rêverie in Psicoanalisi e la Teoria  
del Sé in Gestalt: una comparazione  
tra modelli attraverso lo studio  
delle esperienze immaginative  
in psicoterapia  
Phenomena Journal, 1, 110-117  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.26>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Marco Architravo  
[marco.architravo@gmail.com](mailto:marco.architravo@gmail.com)

**Ricevuto:** 28 marzo 2019

**Accettato:** 21 giugno 2019

**Publicato:** 26 giugno 2019

## ABSTRACT

The imaginative world, as emerges from the relational dynamic, appears to be the connecting element between thoughts and emotions, and constitutes a factor of great communicative efficacy for therapist and patient. Bion's work on the concept of rêverie, on the alpha function analysis and on the role of beta elements, shows common standpoints with the Theory of the Self developed by Perls. This work intends to bring into sharper focus the role of the Imagination as unconscious communication instrument, by trying to classify the imaginative experiences with which the therapist is confronted throughout the course of the relationship with the patient. Type 1 images are identified that originate from the memory register of the therapist and Type 2 images originated instead from a new construction, or more similar to the dreamlike imaginative product. Two different ways will be described, through which the therapist's mind satisfies its own needs of imagining what comes from the experience told by the patient. These two different representations will be treated from three different points of view: Bion's psychoanalytic work, Gestalt's psychotherapy and Pearl's work. By putting together different models of the countertransference function, this work makes an attempt to describe how both approaches address this specific function of the mind, even if through different languages. The work emphasizes nevertheless show the Imagination can be used in the clinical practice as a connecting instrument between the two actors of the therapeutical relationship.

## KEYWORDS

**Imaginative experiences, integration, rêverie, therapeutic relationship, Theory of the Self.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il mondo immaginativo che emerge dalla dinamica relazionale sembra l'elemento di collegamento tra pensieri ed emozioni, costituendo un fattore di grande potenzialità comunicativa tra terapeuta e paziente. Il lavoro di Bion sul concetto di rêverie e sull'analisi della funzione alfa ed il ruolo degli elementi beta, mostra punti di convergenza sul piano fenomenologico con la Teoria del Sé di Perls. Questo lavoro, attraverso il tentativo di classificare le esperienze immaginative sperimentate dal terapeuta nel corso della relazione con il paziente, intende focalizzare l'attenzione sul ruolo che l'immaginazione assume come strumento di comunicazione inconscia. Vengono individuate immagini di Tipo 1, ovvero originate dal registro di memoria del terapeuta, e immagini di Tipo 2 scaturite invece da una costruzione inedita, ovvero più somigliante alla produzione immaginativa onirica. Saranno descritti quindi due modi attraverso cui la mente soddisfa la propria esigenza di figurarsi ciò che proviene dalla esperienza narrata dal paziente. Queste diverse modalità di rappresentazione vengono osservate dalla prospettiva del lavoro psicoanalitico di Bion e da quella della psicoterapia della Gestalt e del lavoro di Perls. Mediante un lavoro di integrazione tra modelli sulla funzione del controtransfert, si è cercato di descrivere come entrambi gli approcci affrontano, seppur con linguaggi diversi, questa funzione della mente sottolineando come l'immaginazione viene usata nella pratica clinica come strumento di connessione tra i due attori della relazione terapeutica.

## PAROLE CHIAVE

**Esperienze immaginative, integrazione, rêverie, relazione terapeutica, Teoria del Sé.**

## Introduzione

Numerosi studi hanno individuato nella relazione terapeutica e nell'alleanza di lavoro alcuni dei fattori principali che contribuiscono all'efficacia della psicoterapia, comuni ad ogni approccio clinico [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8]. Lo spazio di intersoggettività che si crea all'interno della relazione è il contenitore dentro il quale avvengono processi di comunicazione inconscia tra terapeuta e paziente; essi sono stati individuati dalla psicoanalisi nella funzione assunta dai meccanismi transferali e controtransferali considerati prevalenti nel processo analitico. In Gestalt, di contro, la funzione rappresentazionale di esperienze emotive e corporee si articola prevalentemente nella necessità di costruire intorno all'esperienza un corpo che la descriva al fine di oggettivizzare la materia intrapsichica e lavorarla all'interno della relazione. Questo lavoro si pone due obiettivi: da un lato sottolineare come il lavoro di Bion e quello di Perls, seppur in modo diverso, attribuiscono al mondo immaginativo un ruolo di comunicazione di grande importanza all'interno del processo terapeutico; dall'altro intende descrivere due modalità con cui il terapeuta organizza, sul piano immaginativo formale e rappresentazionale, le informazioni che provengono dal paziente.

Melanie Klein [9] teorizza la genesi del pensiero simbolico come esperienza proto-rappresentazionale sottolineando come le angosce prodotte in risposta alle pulsioni sadiche del bambino che fantastica, e allo stesso tempo teme, la distruzione del suo oggetto d'amore, siano irrisolvibili per un Io ancora acerbo e indifeso. Egli allora riesce a risolvere il conflitto d'angoscia purificando gli oggetti del suo sadismo e della sua distruttività, diventati per questo minacciosi, con oggetti altri da sé percepiti come invece governabili. Questo processo sancisce l'attivazione della dimensione del rappresentazionale costituendosi come il primo meccanismo che sollecita l'attività immaginativa. Per Loquet [10] le immagini hanno un potere esplicativo e comunicativo estremamente intenso e il concetto di funzione immaginativa è definito come la condensazione di molteplici esperienze vissute e sperimentate nell'incontro tra interno ed esterno, dove l'intrapsichico stabilisce il rapporto con la realtà esterna; l'Io, quindi, raggruppa queste esperienze di interconnessione di differenti dimensioni percettive, le riunisce e le simbolizza. Freud [11] sottolinea che gli apparati psichici coinvolti nella produzione delle fantasticherie sono regolati dai medesimi movimenti dinamici che regolano il sogno e come per il sogno anche le fantasticherie sono mirate al soddisfacimento di desideri.

L'evolversi della funzione immaginativa svolge un ruolo di supporto allo sviluppo dell'Io in particolare mediante il gioco o le fantasticherie che lo accompagnano; queste ultime in alcuni casi assumono connotati molto precisi che possono rimanere durevoli nel tempo ed accompagnare la mente all'acquisizione di un momento evolutivo successivo a quello in cui le esperienze immaginative hanno fatto il loro esordio. Il fenomeno del compagno immaginario [12; 13] ad esempio, si struttura per alcuni bambini come difesa rispetto ad angosce che provengono dalla percezione del senso di abbandono causato dai genitori o dal caregiver. Benché questa forma di fuga immaginativa risulti una modalità difensiva sana, tale tendenza se non può nel tempo

rappresentare una difesa atta a superare un passaggio evolutivo, si può configurare come pattern di funzionamento difensivo a carattere disfunzionale favorendo l'isolamento relazionale accompagnato al ricorso a fantasticherie o a esperienze mentali che possono assumere anche carattere dissociativo.

Cantone et al. [14] descrivono il fenomeno dell'assorbimento immaginativo come trasversalmente presente sia in soggetti con almeno una diagnosi di Asse I in anamnesi, che in soggetti normali. Questo meccanismo sembra quindi rivestire sia una funzione difensiva che di rafforzamento ai processi di attenzione e concentrazione. Si assiste quindi allo scivolamento in una condizione di relativa fuga dalla realtà veicolata dalla "inerzia" che scaturisce dallo sviluppo di fantasie corrispondenti al modo in cui la realtà è desiderata.

Sembra evidente che lo scopo della funzione immaginativa risiede nella necessità di creare uno spazio interno in grado, seppur transitoriamente, di offrire un'alternativa alla concretezza della realtà, sperimentata in alcuni momenti come intrusiva.

Il setting terapeutico si colloca come esperienza di comunicazione tra due soggetti in cui il livello di attenzione e concentrazione del terapeuta può diventare molto alto sulla base della necessità di focalizzare i propri sensi e la propria cognizione sulle comunicazioni provenienti dal paziente. Queste comunicazioni avvengono su più livelli, oltre quello verbale e narrativo, che molto spesso rappresentano soltanto lo spunto per accedere al significato di dinamiche più profonde del paziente nelle quali anche il terapeuta, nel suo ruolo di oggetto simbolizzato, risulta coinvolto. Sebbene ciò si presenti in modo automatico in condizioni non terapeutiche (nelle relazioni quotidiane), nella relazione clinica il terapeuta è indotto a concentrare la propria attenzione sullo stato mentale del paziente ed è quindi più facile che il proprio mondo rappresentazionale sia sollecitato ad emergere. Queste rappresentazioni prendono corpo da sensazioni, percezioni corporee, immagini o fantasie che per il terapeuta costituiscono degli indicatori di accadimenti che transitano nella relazione. Britton [15] parla della tendenza ad associare la nostra immaginazione ad uno spazio dove gli eventi hanno luogo; definisce l'immaginazione come luogo della mente, come uno spazio da lui stesso denominato come "l'altra stanza", ovvero come una dimensione dove la narrazione del paziente prende un corpo figurato ed in cui la mente del terapeuta può canalizzare il suo bisogno di carattere rappresentazionale. Ciò nonostante sarebbe più corretto dire che le emozioni controtransferali del terapeuta, quando non sono immediatamente sollecitate dalla relazione con il paziente, suscitano in prima istanza delle immagini che "riverberano" cognitivamente e emotivamente nella mente e sono quasi sempre connesse o associate ai vissuti del paziente.

### **Funzione rappresentazionale nell'ottica Psicoanalitica e in quella Gestaltica**

Bion [16] considera il pensare come una funzione della personalità, che nasce dall'interazione di una varietà di fattori. L'autore parla di *funzione alfa*, per descrivere una funzione della personalità che agisce sulle impressioni sensoriali, e sulle esperienze emotive percepite, trasformandole in *elementi alfa*, questi ultimi sono quindi composti dalle impressioni sensoriali e dalle esperienze emotive trasformate in im-

magini visive o in immagini corrispondenti a modelli uditivi, olfattivi, ecc. che nel dominio della mente sono usati per la formazione di pensieri onirici, del pensare inconscio della veglia, di sogni e ricordi. Bion parla invece di *elementi beta* per descrivere le impressioni sensoriali e le esperienze emotive non trasformate che quindi non risultano idonei a pensare, sognare, ricordare, o ad esercitare le funzioni intellettuali generalmente ascritte all'apparato psichico. Perché la *funzione alfa* si attivi è necessario che il bambino stabilisca con la madre un buon rapporto, infatti essendo ancora immaturo egli è incapace di discriminare gli stimoli e li proietta nella madre affinché essa possa raccogliarli e comprenderli. Quindi nella coppia madre-figlio, come in quella paziente ed analista, avviene uno scambio definito da Bion come rapporto fra contenitore e contenuto in cui *elementi beta* vengono proiettati sulla madre – contenitore (analista, terapeuta) per poi essere re-introiettati una volta che abbiano perso gli aspetti angoscianti. Questa capacità materna di fornire amore e comprensione al bambino, collegata alla sua capacità contenitiva che consente la strutturazione della *funzione alfa* nel bambino, viene da Bion definita rêverie [17].

Si parla quindi nell'accezione psicoanalitica bioniana di un modello di proto comunicazione madre bambino in cui le pulsioni primarie del bambino riverberano nella mente della madre sotto forma di emozioni e pensieri atti a percepire e interpretarne i bisogni. In questo senso la riverberazione è un sistema comunicativo innato tra due entità psichiche strettamente connesse, che non hanno ancora raggiunto un sistema comunicativo evoluto in termini di linguaggio.

L'approccio gestaltico rivolge la propria attenzione in particolare alla organizzazione del Sé in rapporto all'ambiente-campo come regolatore dello scambio esistente tra i fattori che determinano la percezione-propriocezione dell'individuo-sè in relazione all'ambiente. Perls et al. [18] descrivono il Sé come un sistema di contatti, ovvero come un apparato il cui funzionamento integra sempre esperienze sensoriali, propriocettive e bisogni organici determinando nella dimensione corporea attualizzata dell'individuo adulto la materia della genesi delle sue spinte motivazionali primarie. Il Sé è visto quindi come la dimensione nella quale si attualizzano le esperienze di contatto tra interno ed esterno, tra individuo e ambiente e la carica energetica che spinge alla ricerca di questo contatto è essenzialmente di natura eccitatoria. Le tre dimensioni che regolano il rapporto tra il Sé e la percezione delle proprie esperienze e della propria natura sono l'Es, L'Io e la Personalità; in breve esse non sono freudianamente intese come istanze psichiche, bensì come funzioni che alternativamente regolano la percezione del rapporto con le proprie pulsioni, la percezione del rapporto con la propria capacità di dominarle e la percezione del rapporto con il proprio funzionamento comportamentale. L'accento è posizionato sulla necessità di mantenere un contatto stretto con l'esperienza del Sé nel mentre questa esperienza sta accadendo oppure con il vissuto dell'esperienza rievocata quando essa è recuperata e ripercorsa dal passato in una dimensione presente.

Il lavoro di Bion e quello di Perls hanno come denominatore comune il rapporto tra individuo e ambiente laddove l'ambiente è strettamente pensato come un complesso

di esperienze sensoriali che provengono dall'interno che, nella prospettiva dell'individuo/Sé, non sono disconnesse dall'ambiente/campo materno. Il concetto di *funzione alfa* nel suo aspetto di carattere fenomenologico si riconduce al concetto di Funzione di Personalità nella psicoterapia della Gestalt nella misura in cui l'individuo riceve una risposta dall'ambiente che gli consente di immaginare la propria esistenza in funzione di una relazione di gratificazione e riconoscimento da parte dell'esterno. Per raggiungere il compimento della relazione esistente tra ciò che è in figura e ciò che permane sullo sfondo, il Sé si avvale della Funzione Personalità che riguarda l'immagine che il soggetto ha di se stesso e gli atteggiamenti e i comportamenti che assume nelle proprie relazioni.

Sul piano invece del ruolo simbolico della *funzione alfa*, (nel senso di attribuzione di significato parificato ad oggetti esterni a scopo difensivo) l'approccio bioniano trova punti di convergenza con il concetto di funzione Es dell'impostazione gestaltica; il ruolo delle pulsioni, quindi, si interseca con le percezioni sensoriali prodotte dalle pulsioni stesse che sono interconnesse con la rappresentazione percettiva restituita dalla madre nella interazione con il bambino. Nell'ottica bioniana questi movimenti profondi, difficilmente accessibili alla coscienza, costituiscono le basi affinché la personalità si sviluppi sulla scorta delle primissime esperienze percettive che, modulate dalla relazione madre-bambino e dalla restituzione degli *elementi beta* "bonificati", determinano le prime esperienze di rappresentazione del mondo reale. Questa bonifica è di fatto traducibile nella costruzione primaria della Funzione Io descritta in Gestalt dove l'*organismo* (ovvero l'individuo in interazione di campo con l'ambiente), che ha potuto fare l'esperienza di delegare alla funzione materna l'accoglimento delle emozioni spiacevoli e angosciose, potendole metabolizzare, impara ad autoregolarsi e a discriminare ciò che è buono da ciò che è tossico.

Se le fantasie immaginative del terapeuta equivalgono simbolicamente alla Funzione Personalità del paziente, e quindi descrivono una parte del mondo interno di quest'ultimo, la forma attraverso cui tali fantasie emergono, può assumere un significato comunicativo altrettanto importante. L'aspetto formale, quindi assume una funzione controtransferale anche se non direttamente connessa all'esperienza emotiva; quest'ultima è veicolata da quella immaginativa, quando le emozioni non riescono ad entrare in gioco nella relazione a causa di modalità difensive orientate a evitare il contatto con l'altro. Tale rappresentazione si manifesta sulla base di come il terapeuta stesso ha organizzato a livello profondo il proprio processo di simbolizzazione. Le sensazioni o le emozioni che possono originare dalle immagini evocate dal contatto con l'altro possono talvolta fornire delle indicazioni sulla realtà psichica del paziente. Si può parlare in questo senso dello sviluppo di un "*controtransfert immaginativo*" che si basa essenzialmente sulla analisi delle associazioni che scaturiscono dall'incontro tra il mondo emotivo e narrativo del paziente e il canale immaginativo del terapeuta. Pertanto il modo in cui il pensiero immaginativo, in conseguenza dell'esperienza emotiva, si organizza e prende forma nella mente del terapeuta potrebbe suggerire un costrutto fenomenologico descrittivo di comunicazioni inconse tra terapeuta e paziente; in questo senso possiamo individuare due modalità mediante

cui le immagini assumono una rappresentazione nella mente del terapeuta e studiarne tanto la funzione comunicativa quanto il potenziale che ne discende sul piano del lavoro clinico. Parliamo quindi di immagini di Tipo 1 e di Tipo 2:

#### a) Immagini di Tipo 1

Quando si creano immagini di Tipo 1 accade che nell'attività di immaginare l'esperienza narrata dal paziente la mente del terapeuta tenda a collocare l'evento narrato e il soggetto narrante in contesti luoghi o situazioni che scaturiscono dal proprio registro di memoria. Ad esempio, un paziente può raccontare un evento quotidiano della propria vita ed il terapeuta nell'atto di immaginare questa esperienza si accorge di immaginare un luogo da lui conosciuto in cui colloca il paziente e la scena che egli sta descrivendo. Questa esperienza immaginativa fornisce informazioni sul piano fenomenico di un processo pre-empatico, che va al di là della semplice necessità del terapeuta di rendere nella propria mente raffigurabile l'esperienza del paziente. Per il terapeuta quindi il contenuto della propria immaginazione è la forma con cui egli conferisce corpo all'esperienza narrata ed è la conseguenza di come quella esperienza stessa stia risuonando dentro di sé su un piano non ancora emotivo. L'intensità emotiva che il paziente mette nella narrazione della propria esperienza, entra in connessione con parti profonde della funzione Es della personalità del terapeuta; quest'ultimo a sua volta recepisce questa connessione contattando la funzione Es dell'Io narrante del paziente "vedendo" ciò che egli sente. Questa modalità comunicativa ed esperienziale, di carattere controtransferale svolge un ruolo importante in relazione anche al progredire del lavoro clinico. Molte volte le esperienze immaginative di Tipo 1 si ripetono o sono trasversali a più pazienti; questo non ne svaluta la valenza o il significato simbolico ma semplicemente la ratifica lasciando intuire come nell'esperienza del paziente, e allo stesso tempo nella mente del terapeuta, questo rappresenti la ripetizione di singoli vissuti presenti che accompagnano differenti comportamenti. Altre volte le immagini di Tipo 1 si rappresentano sul piano formale e contenutistico in modo diverso il che può sancire un cambio di passo, evidenziare dei movimenti all'interno della relazione terapeutica o determinare lo sblocco di certi meccanismi. In questa circostanza può accadere che il terapeuta si lasci andare a delle fantasticherie successive alle immagini di Tipo 1 che seguono uno sviluppo coerente con il senso di ciò che si sta condividendo in quel momento della seduta o della terapia.

#### b) Immagini di Tipo 2

Nel secondo caso, quello delle immagini di Tipo 2, il terapeuta tende a collocare l'evento narrato e il soggetto narrante in contesti luoghi o situazioni che sono al di fuori del registro della sua memoria esperienziale e quindi le immagini evocate risultano "nuove" e "originali" e sono il frutto di una rappresentazione simbolizzata il cui accesso sui piani cognitivi è meno diretto. In questo caso questa esperienza non sembra risultare da una modalità di connessione tra le due funzioni Es di terapeuta e

paziente. Esse quindi si incontrano attraverso una modalità differente da quella descritta in precedenza. Il paziente attiva risonanze diverse che suscitano la necessità per il terapeuta di accedere ad una esperienza emotivamente sconosciuta ma non per questo impossibilitata ad essere rappresentata. Quando si attivano immagini di Tipo 2 esse sembrano assomigliare di più a delle visioni, ovvero ad una forma onirica, non soltanto perché il luogo o lo spazio in cui la scena si svolge risultano inediti ma anche perché essi possono subire delle trasformazioni del contesto o delle persone che formano la scena, che possono risultare irreali.

## Conclusioni

Tanto nel costrutto di confine di contatto individuato da Perls, quanto nella funzione di rêverie dello psicoanalista suggerita da Bion, viene evidenziata l'importanza del processo di simbolizzazione di esperienze mentali precoci come canale di comunicazione attivo all'interno della dimensione relazionale. Lavorare con il contenuto immaginativo, riflettendo sul senso del modo in cui esso si organizza nella mente nel corso della pratica clinica, può essere utile a sottolineare l'universalità di questa funzione. La possibilità di approfondire l'aspetto formale delle esperienze immaginative in terapia può accrescere le potenzialità che emergono dalla consapevolezza di questa porzione del mondo interno del terapeuta, inevitabilmente in connessione con quello del paziente. Questo lavoro di analisi e categorizzazione può essere effettuato cercando di discriminare e misurare le diverse forme attraverso cui l'esperienza immaginativa prende corpo con riferimento particolare alla definizione offerta dalla riflessione sulle immagini di Tipo 1 e di Tipo 2; inoltre osservare il ruolo della consapevolezza di tale differenza e dell'utilizzo che il terapeuta ne fa nel qui ed ora della seduta, come al di fuori del setting clinico, suggerisce la possibilità di un dialogo più fertile nel processo di integrazione di alcuni concetti provenienti da modelli diversi, oltre che la possibilità di organizzare questi concetti all'interno di una funzione teorica e tecnica del pensare e del fare clinico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology, 62*(6), 631-638.
2. Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review, 26*(1), 50-65.
3. Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. American Psychological Association.
4. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist, 65*(2), 98.
5. Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology, 2*, 270.
6. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98.

7. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II* (Vol. 48, No. 1, p. 4). Educational Publishing Foundation.
8. American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
9. Klein, M. (1930). L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'Io. *Scritti 1921-1958*, 249-264.
10. Luquet, P. (1995). *Introduzione allo studio psicoanalitico del bello* in Decobert, S., & Sacco, F. (Eds.). (1996). *Il disegno nel lavoro psicoanalitico con il bambino*. Borla.
11. Freud, S. (1899). L'interpretazione dei sogni. Vol. 3, *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1966.
12. Sperling, O. E. (1954). An imaginary companion, representing a prestige of the superego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9(1), 252-258.
13. Giani Gallino, T. (1988). Marécage': Il compagno immaginario nello sviluppo cognitivo, *Età evolutiva*, 24, 13-24.
14. Cantone, D., Sperandeo, R., Maldonato, M. N., Cozzolino, P., & Perris, F. (2012). Dissociative phenomena in a sample of outpatients. *Rivista di psichiatria*, 47(3), 246-253.
15. Britton, R. (2000). *Credenza e immaginazione*, Borla, Roma 2006.
16. Bion, W. R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, traduzione di S. Bordi, Armando, Roma.
17. Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
18. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.