

PHENOMENA

Research, Conference & Journal

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

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 LOBB Scuola di Specializzazione in Psicoterapia HCC Italy

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:
Raffaele Sperandeo

Supervisore Scientifico:
Valeria Cioffi

Journal Manager:
Enrico Moretto

m@rp edizioni

www.phenomenajournal.it

VOL. 2 N. 2 / LUG - DIC 2020

INDICE	Studio sui NEETs. Credenze, paure e percezioni delle giovani generazioni stigmatizzate	Pag. 1-24
	Un approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt al lavoro con pazienti che soffrono di attacchi di panico	Pag. 25 -38
	L'approccio integrato in psicoterapia: origini, configurazioni attuali, prospettive formative	Pag. 39 -48
	L'intervento psicologico in carcere secondo l'approccio gestaltico integrato: aspetti relazionali e risonanze	Pag. 49 -62
	Il Modello della Gestalt Integrata nell'acquisizione di autonomie e nell'inclusione sociale dei soggetti autistici e con disabilità intellettive in età adulta	Pag. 63-70
	Abitudini alimentari ed emergenza Covid-19	Pag. 71-81
	La terapia della gestalt con gli attacchi di panico Modello Relazionale di Base, ciclo vitale e clinica in GTK	Pag. 82-91
	La Gestalt-Play-Therapy: un intervento psicoterapeutico integrato per le famiglie – oncologiche	Pag. 92-100
	Il disturbo autistico ad alto funzionamento: criteri per un modello clinico integrato ..	Pag. 101-113
	Disturbo dello Spettro Autistico e Aderenza al Trattamento	Pag. 114-124
	La valutazione psicologica: dal colloquio clinico alla stesura di un report diagnostico in chiave Gestaltica integrata	Pag. 125-132

RICERCA ORIGINALE

Studio sui NEETs. Credenze, paure e percezioni delle giovani generazioni stigmatizzate

Marco Schiavetta¹

¹ SIPGI – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata

ABSTRACT

NEETs study. Beliefs, fears and perceptions of the young stigmatized generations. The paper presents the results of qualitative field research about the phenomenon of NEETs, Not (engaged) in Education, Employment or Training, investigated with the constructivist Grounded Theory methodology. The research, which involved 82 young people aged between 18 and 24 years, began in November 2015 and ended with the analysis of data collected in December 2018. In line with the methodological indications of the constructivist Grounded Theory, field research was immediately accompanied by open coding, using all that was useful for saturation of the categories.

The constant critical reflection, conducted throughout the process of my research, has led to detect and define 3 core categories that are fundamental to the definition of a substantive theory. The permanent orientation emerges as a social need because it promotes and increases the psychological well-being of NEETs. The comparison between the “initial” questions of research and the 3 core categories, conceptually valid, allowed me to start the process of focusing and analyzing the possible correlations. Correlations capable of supporting a scientifically strong definition, for the proposal of a substantive theory, emerging from the three initial questions of the research.

KEYWORDS

NEETs, Self-empowerment, purposeful Self, Self orientation, resiliency, decision making.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo presenta i risultati della ricerca qualitativa sul campo sul fenomeno dei *Not (engaged) in Education, Employment or Training* (NEETs) indagato con la metodologia della *Grounded Theory* costruttivista. La ricerca, che ha coinvolto 82 ragazzi di età compresa tra i 18 e i 24 anni, è iniziata a novembre 2015 e si è conclusa con l'analisi dei dati raccolti a dicembre 2018. In linea con le indicazioni metodologiche della *Grounded Theory* costruttivista la ricerca sul campo è stata da subito affiancata dalla codifica aperta, utilizzando tutto quanto è risultato utile per la saturazione delle categorie. La costante riflessione critica, condotta durante tutto il processo della mia ricerca, ha portato a rilevare e definire 3 *core categories* fondanti per la definizione di una teoria sostantiva. L'orientamento permanente emerge come un bisogno sociale perché promuove ed aumenta il benessere psicologico dei NEETs. Il confronto tra le domande “iniziali” di ricerca e le 3 *core categories*, concettualmente valide, mi ha permesso di avviare il processo di focalizzazione ed analisi sulle possibili correlazioni. Correlazioni capaci di sostenere una definizione scientificamente forte, per la proposta di una teoria sostantiva, emergente dalle tre domande iniziali della ricerca.

PAROLE CHIAVE

NEETs, orientamento, resilienza, *Self efficacy*, *decision making*, *Self empowerment*, *Self orientation*.



Citation

Schiavetta M. (2020).
Studio sui NEETs. Credenze,
paure e percezioni delle giovani
generazioni stigmatizzate
Phenomena Journal, 2, 1-24.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.73>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Marco Schiavetta
svetta@tiscali.it

Ricevuto: 16 aprile 2020

Accettato: 01 settembre 2020

Publicato: 03 settembre 2020



Introduzione

Siamo stati abituati negli ultimi anni a considerare i *Millennial* [1] come la generazione più esposta al mondo globalizzato: *smartphone*, *social media*, trasporti e comunicazioni sempre più efficienti hanno contribuito sicuramente ad accorciare le distanze, sia fisiche che virtuali. Quella che viene raccontata è solo una parte di un quadro in realtà ben più complesso e preoccupante, infatti, oggi ci troviamo a fare i conti con una vera e propria “generazione nella generazione”, i NEETs. Diversi sono gli elementi che caratterizzano l’elevato numero di NEETs in Italia, questa categoria tende ad includere, sempre più differenze al suo interno. Per seguire un ragionamento più focalizzato ne possiamo distinguere due tipologie di giovani:

- con poche competenze in disagio e marginalizzazione sociale, con forte rischio psicologico;

- neodiplomati e neolaureati con adeguate competenze, che non riescono ad accedere al mondo del lavoro, anche qui il rischio psicologico è incombente.

I principali problemi che accomunano i NEETs, come le interviste strutturate in profondità, hanno ben evidenziato, sono: da una parte, la mancanza di titoli (minimi) e competenze sufficienti; dall’altra, l’impossibilità di accedere al mercato del lavoro nonostante la preparazione e le qualifiche acquisite. Entrambi rischiano di portare a un risultato comune: bassi livelli di autostima, sfiducia nei confronti della società e un evidente rischio di isolamento sociale (sono numerosi i NEETs che si chiudono in casa, utilizzando come principale strumento comunicativo il *web*) e immobilismo. L’uso dello strumento dell’intervista strutturata in profondità, che si può vedere in appendice (Allegato n.1), è stato deciso dopo un approfondito studio della letteratura sulle “categorie” riconducibili al concetto di NEETs [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. In linea con le indicazioni metodologiche della *Grounded Theory* (GT) costruttivista [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26], che è stata scelta per questo studio, da subito la ricerca sul campo focalizzata sulla somministrazione delle interviste, è stata affiancata dalla codifica aperta, utilizzando tutto quanto è risultato utile per la saturazione delle categorie che di volta in volta emergevano.

Questa è stata la cornice di partenza per capire come accompagnare gli individui (offrendo loro un orientamento consapevole), a compiere scelte realistiche, in un paradigma psico-socio-pedagogico. Bisogna offrire loro tutte le informazioni per interpretare la dinamica realtà sociale e culturale in continuo e veloce cambiamento. Questo è indispensabile per acquisire le conoscenze sulla continua trasformazione del mo(n)do lavorativo: il termine mo(n)do indica sia il “mondo” che il “modo” in cui nell’attuale società complessa le complessificazioni si autoriproducono autonomamente. Immersi in gran quantità di informazioni, le persone (e non solo i giovani) hanno bisogno sia di strumenti culturali sia di nuove risorse di resilienza che li aiutino a decodificare, selezionare e discriminare in maniera critica [27].

La formazione, come processo globale, è essenziale per le azioni di orientamento, non solo per i singoli individui, ma anche per tutti gli *stakeholders* coinvolti nel processo di orientamento che vuole essere permanente ed inclusivo. Il *life long learning*

è sinergico all'orientamento perché crea nuove possibilità nelle persone, per: evolvere la propria personalità, elevare la presa di coscienza di sé e della propria identità ed agire consapevolmente le decisioni (*decision making*). Quindi, scelte autonome e sostenibili in una società che impone il “mantra” della flessibilità (a senso unico), per fronteggiare l'esigenza della mobilità professionale, determinata dalla vorticosa trasformazione del mo(n)do lavorativo. Formare nell'individuo le capacità di riconoscere le modalità e gli stili di comportamento, che emergendo sin dall'interno di sé stesso, per permettergli di essere valorizzato e di raggiungere i propri obiettivi. Accompagnandolo così ad essere in grado di orientarsi nelle progressive scelte, spesso difficili ed incerte, per seguire sia la direzione della propria progettualità professionale sia quella della propria realizzazione personale.

1. Descrizione dei risultati della ricerca basati sull'analisi qualitativa

La scuola costruttivista della Charmaz vuole superare il tradizionale positivismo della scuola di Glaser e Strauss ed interpreta la metodologia della *Grounded Theory* come una nuova strategia euristica flessibile. Un vero e proprio multi-metodo, non solo come un formulario di procedure (come è stato presentato da Glaser). Mantenendo, però, sempre una vigile attenzione alle modalità operative, attraverso le quali il ricercatore giunge a produrre i significati. In questa prospettiva, particolarmente rilevante è il percorso autoriflessivo attraverso cui, in un'ottica di co-costruzione della conoscenza tra l'osservato e l'osservatore, il ricercatore può elaborare i significati relativi ai processi di concettualizzazione e formazione degli schemi teorici, collegati al campo sostantivo di interesse per la ricerca qui descritta.

Nella figura n. 1, presentata in appendice, si vede il movimento a vortice che sale del processo della GT, continuamente accompagnato e guidato, da una parte dalla continua e costante raccolta dei memo (osservazioni continue sull'avanzamento del lavoro di ricerca e ogni altra informazione che si ritiene utile annotare) e dall'altra parte il lavoro di raccolta dati con la relativa codifica (aperta, focalizzata e teorica), che ci hanno condotto alla produzione di un *report* finale al quale è seguita la valutazione finale della ricerca stessa. La ricerca qualitativa è guidata da domande di ricerca, piuttosto che ipotesi, come nella rappresentazione schematica della figura n. 2, del disegno di ricerca (in appendice). Le domande di ricerca qualitativa sono considerate questioni fondamentali in materia di significazione dell'interazione sociale. «Come fanno le persone a capire, costruire, gestire e interpretare i loro mondi?» [28]. La domanda di ricerca «all'inizio di un itinerario di GT è una domanda generativa, aperta, non eccessivamente focalizzata [...], che cosa accade in una certa area di interesse in relazione, più o meno vincolante, ad alcuni fenomeni o concetti considerati rilevanti. Il problema di ricerca nella sua formulazione precisa non può essere definito chiaramente in anticipo, poiché altrimenti rischia di forzare eccessivamente i dati» [29]. Lo studio presentato in questo articolo è stato condotto da Marco Schiavetta, psicologo-psicoterapeuta, su mandato del Disfor dell'Università degli Studi di Genova, per indagare la situazione dei giovani NEETs che hanno aderito al programma

Garanzia Giovani (GG) [30] della città Metropolitana di Genova. Questo per comprendere meglio i problemi delle nuove generazioni, e in particolare le difficoltà sociali e psicologiche di coloro che al momento non studiano e non lavorano.

I partecipanti sono stati individuati su base volontaria, direttamente dal dott. Schiavetta e da altri operatori della rete GG, che alla fine della consulenza orientativa hanno accettato di partecipare all'intervista. Queste premesse sono state il perimetro entro il quale è stata condotta la ricerca, quindi dopo la prima codifica aperta sui primi dati emersi dalla lettura delle interviste strutturate e dalle osservazioni fatte sui partecipanti, si è così potuto presentare i seguenti tre possibili ambiti iniziali di ricerca [31, 32, 33, 34, 35, 36, 37].

I. **Psicologico** (caratteristiche dell'individuo), per comprendere qual è la "loro" consapevolezza identitaria riguardo all'operare (occupare e agire) un ruolo; osservando come riflettono sui propri interessi, sulle risorse necessarie per sostenerne l'impegno e sulla propria capacità di resilienza. **La proposta di domanda di ricerca** inizialmente indicata: Come si "auto-valutano" i NEETs rispetto al mondo del lavoro?

II. **Sociologico** (contesto e ambiente di vita), per capire le convinzioni e gli atteggiamenti, dei giovani stessi, rispetto la "loro" situazione di vita. **La proposta di domanda di ricerca** inizialmente indicata: Come vivono i NEETs la propria "condizione"?

III. **Socio-psicologico** (relazioni), per scoprire le credenze che hanno accompagnato il "loro" percorso di crescita formativo e professionale. **La proposta di domanda di ricerca** inizialmente indicata: Come si rappresentano il mercato del lavoro?

La figura n. 2 in appendice permette di comprendere il flusso del lavoro processato applicando il *Grounded Theory Method* (GTM) – il metodo utilizzato per costruire la teoria fondata (sui dati) – che ha accompagnato le analisi durante tutta la ricerca. La conoscenza sul fenomeno procede guidati da osservazioni e sintesi induttive o, molte volte, seguendo delle ipotesi abduktive; successivamente i passaggi vengono organizzati in una procedura applicativa deduttiva. I fenomeni possono presentarsi come eventi distinti ma fra loro correlati o correlabili; solo l'approccio induttivo che è associativo, permette di individuare e sperimentare relazioni: isolando un evento come causa ed uno come suo effetto.

Durante lo sbobinamento delle 82 interviste semi-strutturate condotte sui partecipanti NEETs si è reso necessario provvedere, all'eliminare di alcune interviste (13), perché risultavano incomplete nelle risposte, anche se vi erano state delle sollecitazioni ad argomentare meglio. I dati *grounded* analizzati durante la prima codifica aperta, consistono nel materiale testuale, prodotto dalle 69 interviste ai partecipanti, confermate come utili per la ricerca. Questo materiale è composto da circa 2.790 righe di testo, corrispondenti a 69 cartelle (analizzate con il programma NVivo12).

Il processo per l'analisi dei dati non è lineare: è impossibile pensare alle fasi di raccolta e di analisi dei dati come momenti separati. Sono un procedimento iterativo che ammette il continuo "oscillare" tra raccolta ed analisi dei dati: è insito nella GT

che le due fasi procedano parallelamente (Figura n. 3). Per avviare la procedura di campionamento teorico dei dati *grounded* la prima fase di analisi ha lavorato sulla frammentazione dei dati, attraverso i processi di nominazione delle etichette. Più precisamente, questa fase ha comportato due passaggi consequenziali ma ben distinti:

- il primo ha comportato l'identificazione delle **porzioni di testo ritenute significative**, che rappresentano le **unità minime di senso che racchiudono un concetto**;
- il secondo, **consequenziale ma distinto e successivo**, mi ha visto impegnato nell'**elaborazione delle etichette nominali da attribuire alla unità minime di senso**, così come sono state individuate.

L'assegnazione di un'etichetta interpretativa, alle singole unità minime di senso, richiede di rimanere fedeli alle intenzionalità dei singoli parlanti, quindi si deve aver molta cura nel evitare di cadere nella "trappola" d'imporre interpretazioni "determinate" dalla propria esperienza sul campo d'indagine o desunte dalla letteratura sul tema della ricerca. Il sistema di etichettamento, basato sulla codifica "in vivo", utilizza le parole stesse del parlante per formulare le etichette da attribuire provvisoriamente alle codifiche, che riepilogano porzioni di testo più o meno lungo. Alla luce dei risultati del lavoro di codifica le tre domande iniziali di ricerca sono da confrontare con le *core categories* emerse dalla saturazione di tutte le categorie indagate. Questo permette di comprendere se e come possono essere considerate ancora pertinenti e valide, ai fini di quello che è emerso essere l'obiettivo di questa ricerca.

Sono stati ripresi in mano tutti gli appunti, i *memo*, le interviste, le note, le griglie, insomma tutto quanto è stato prodotto nelle varie fasi della ricerca e si rilegge criticamente e riflessivamente l'insieme delle categorie interpretative, di II livello di astrazione, giunte alla saturazione. Il risultato del confronto vuole **riconoscere** l'esistenza di **macro categorizzazioni in cui ricondurre – per fondere e riassumere – le categorie** interpretative con la definizione delle proprietà con cui sono definibili e riconoscibili. Questo passaggio ha focalizzato l'attenzione del lavoro di ricerca su quelle categorie interpretative, in grado di essere significativamente "utili" e "forti" per la definizione di una teoria fondata sui dati.

La tabella delle *core categories* n. 1 (in appendice), ci permette di avviare una riflessione critica e fenomenologica su queste tre "iniziali" domande di ricerca. Il confronto tra le domande "iniziali" di ricerca e le tre *core categories* (concettualmente valide) permette l'avvio del processo di focalizzazione sulle possibili correlazioni ed analisi, capaci di sostenere una definizione scientificamente forte per la proposta di una teoria sostantiva. Per poter cercare le correlazioni con la massima oggettività, nella tabella in appendice n. 2, è schematizzato il primo passaggio di questa fase di confronto tra le domande iniziali e le tre *core categories*, che ricordiamo sono emerse dall'analisi dei dati *grounded* attraverso le fasi di differenti gradi di codifica: aperta, focalizzata e teorica.

Questo rappresenta un accoppiamento consequenziale, cioè guidato e determinato dal riconoscere che le proprietà delle *core categories* possono fornire importanti informazioni, quindi indicare possibili risposte alle domande con le quali è possibile individuare una relazione di significato. Infatti, in questo caso quello che ha permesso

di associare le domande “iniziali” della ricerca alle *core categories*, è stata proprio la forza attrattiva di significato che le proprietà stesse (aspetti concettuali o elementi delle categorie) hanno calamitato verso le stesse domande “iniziali”.

1.1 Gli Steps di definizione della codifica teorica

Quello che è possibile osservare nella tabella n. 2 è il primo *step* di un processo sviluppato in quattro successivi passaggi di concettualizzazione dei dati, che nella fase teoria è il ricercatore a dover “leggere”. Il **ragionamento deduttivo**, su cui si basa questa prima analisi, però, regge solo in parte ed una seconda riflessione. Nella deduzione, infatti, la conclusione emerge come conseguenza dalle premesse: fissati la regola (le domande) ed il caso (le proprietà), il risultato non può essere diverso; si rendere esplicito quello che implicito era già nelle stesse premesse. Un’osservazione di livello più dettagliato permette di avviare il secondo *step* del processo, che apre alla comprensione del grado di corrispondenza più “oggettiva”, focalizzata sulle *core categories*: la riflessione su questo punto è schematizzato nella tabella, in appendice, n. 3.

Rileggendo le proprietà originarie delle categorie di astrazione di II livello, dalle quali sono state elaborate le proprietà delle tre *core categories*, emerge che non ci sono proprio le stesse corrispondenze nelle originarie proprietà di II livello, rielaborate per definire le proprietà delle *core categories* (riconosciute come valide per lo scopo della ricerca qui presentata). Questa evidenza determina una riflessione maggiormente consapevole sui risultati, per mantenere una vigile attenzione ai criteri di validità del lavoro svolto, essendo doveroso garantire procedure “oggettive”. Anche se, ricordando le parole della Charmaz: «Sebbene gli studiosi possano indossare un mantello di oggettività, l’attività di ricerca è intrinsecamente ideologica» [38]. Il risultato di quanto descritto, avvia un **primo ragionamento induttivo** che riconsiderando, appunto, le proprietà di II livello aiuta ad esaminare i fenomeni osservati partendo da questi, considerandoli come dei risultati dei quali cercare le cause. L’induzione ci permette di ipotizzare una regola a partire da un caso e/o da un risultato: “accetta” che determinate regolarità osservate in un fenomeno continueranno a presentarsi nella stessa forma nel tempo.

Si sono così osservati degli scostamenti significativi sulle prime corrispondenze (presentate nella tabella n. 2), che hanno richiesto un chiarimento proprio sulle proprietà su cui le *core categories* sono state fondate per la validità della codifica teorica, che ha portato ad una ridefinizione delle tre domande “iniziali” della ricerca; il problema di ricerca nella sua formulazione precisa non può essere definito chiaramente in anticipo, per non forzare eccessivamente i dati. All’inizio una ricerca di GT è basata su domande generative, aperte e non eccessivamente focalizzate, questo perché quello che accade in una definita area d’interesse in relazione ad alcuni fenomeni (o concetti) considerati rilevanti, ha necessità di essere prima osservato [39].

Questo passaggio di ridefinizione, delle domande iniziali della ricerca, corrisponde al terzo *step* che seguendo un **secondo ragionamento induttivo** è approdato, più

che a una ridefinizione delle stesse domande, a una loro più attenta focalizzazione sui fenomeni che riescono a “catturare” ed identificare, nelle possibili risposte che vanno ad attrarre. Per seguire la riflessione condotta in questo processo di consapevolezza sui fenomeni intercettabili con i dati *grounded* catturati, si è giunti ad individuare le aree d’interesse alle quali ricondurre le possibili risposte “catturate”. La tabella n. 4, mette in relazione per ognuna delle tre domande iniziali, tre aree di ricerca; queste aree sono state “visibili” solo dopo l’emersione delle informazioni che ho potuto “collezionare” [40] procedendo con le successive fasi della codifica (in particolare quella aperta e quella focalizzata).

A questo punto la codifica teorica può proseguire con il quarto step che è sostenuto da un **primo ragionamento abduttivo**, nel quale l’osservazione sposta l’attenzione “attorno” e “sopra” le proprietà delle tre *core categories*. Qui il ragionamento compie un movimento laterale (ab-duzione), ma anche a ritroso (e in tal caso è anche chiamata retro-duzione); l’abduzione ci permette di ipotizzare nuove idee, di indovinare e di prevedere. Tutte e tre le inferenze individuate ci consentono di aumentare la conoscenza, in ordine e misura differente, però è solo l’abduzione totalmente impegnata a questo accrescimento (va precisato che l’abduzione è il modo inferenziale maggiormente soggetto a rischio di errore).

Le frecce, riportate nella tabella n. 5 (in appendice), mostrano come le proprietà delle 3 *core categories* sono presenti (il colore indica la principale corrispondenza) in una *core category* precisa, ma (o) possono comparire anche nelle altre con frequenza, intensità e forza differenti. Avremo quindi una presenza diversificata delle core proprietà come proposto nella tabella.

Risulta visivamente comprensibile dalla tabella n. 5, come il Sé percepito è sì una proprietà fondante della *core category* “I-NEET” (colore giallo) ma è rintracciabile anche nelle altre due *core categories* (con frequenza, intensità e forza differenti): “VITA NEET” e “MERCATO NEET”. Lo stesso ragionamento poi si può leggere per il *Self-empowerment*, il Pensiero divergente, il Formarsi al fare, l’Occupabilità e l’Emancipazione. Il primo, il secondo ed il terzo presenti anche nella *core category* “MERCATO NEET”; la quarta presente nella *core category* “I-NEET” e la quinta in quella “VITA NEET”.

1.2 Conclusioni della codifica teorica

Il modo in cui procediamo nel conoscere le cose, i fenomeni osservati, si basa sulla capacità di fare inferenze. Queste sono sempre attentamente studiate: sia in ambito logico che epistemologico, poiché la conoscenza scientifica non può che essere inferenziale; come anche nell’ambito delle psicologie cognitive, infatti, anche il comportamento umano segue movimenti inferenziali; infine, nella semiotica guidano l’interpretazione, le inferenze permettono all’interpretazione di assumere una forma, ad un oggetto di corrispondere ad un segno, per poi essere interpretato.

A questo punto conclusa la codifica teorica si è giunti a poter descrivere, secondo le analisi (presentate fin qui), cosa è possibile riconoscere nelle tre aree, “perimetrare”,

con imparziale oggettività ma anche con un po' di visione d'insieme sui fenomeni osservati. Non è difficile notare che una sola osservazione non è sempre bastata; i fenomeni non si lasciano leggere ed interpretare al primo sguardo, perché l'accadere di un fenomeno può anche esser frutto del caso, o di condizioni momentaneamente accidentali. Ritornando alle domande di ricerca possiamo ora descriverne l'uso, per procedere con la proposta della teoria emergente dai dati *grounded* codificati.

1. Come si “auto-valutano” i NEETs rispetto al mondo del lavoro? **Area di ambito psicologico**, che cerca di capire le caratteristiche dell'individuo. Appare fondamentale contribuire a favorire la loro consapevolezza identitaria riguardo all'operare (occupare e agire) un ruolo. Formarli alla riflessione sui propri interessi, in congruenza con il proprio *purposeful Self* autentico [41]. La domanda ha lo scopo di comprendere tre elementi:

- I. elevare le capacità di fare delle scelte (*Self confidence in decision making*);
- II. farli sentire/percepire di essere pronti (*Self efficacy e Self capability*);
- III. usare le competenze nel gestire i problemi (*Self empowerment e problem solving*).

2. Come vivono i NEETs la propria “condizione”? **Area di ambito sociologico**, intesa ad indagare il contesto e l'ambiente di vita dei NEETs. Le risposte a questa domanda devono permettere, in *primis* a loro stessi, di capire:

- I. quali sono le cause a cui loro riconoscono ed attribuiscono la propria attuale situazione di NEET (esterne/interne);
- II. quali strade tentano di percorrere o stanno percorrendo per muoversi verso un lavoro (*Self orientation*);
- III. qual è il loro pensiero ed atteggiamento rispetto alle attuali politiche sociali che li riguardano (attivi/passivi).

3. Come si rappresentano il mercato del lavoro? **Area di ambito socio psicologico**, che mette a fuoco l'aspetto di relazione, intesa anche come capacità di stare nelle relazioni. Le risposte cercate hanno lo scopo di comprendere:

- I. cosa pensavano quando erano a scuola del mondo del lavoro (immaginazione rispetto al proprio futuro);
- II. come sono oggi rispetto a quegli anni i loro pensieri sul mondo del lavoro (allineamento alla propria realtà e capacità di resilienza);
- III. quale conoscenza, quali informazioni possiedono delle possibilità lavorative del proprio territorio (consapevolezza delle opportunità occupazionali).

Il processo d'indagine è partito dall'individuazione di alcuni concetti sensibilizzanti, che si limitano a indicare la direzione nella quale guardare (i concetti definitivi forniscono prescrizioni su cosa osservare), costituiscono una guida di tipo euristico e prendono il posto del problema di ricerca, offrendo così una direzione per accostarsi ai casi empirici [42]. I concetti sensibilizzanti individuati sono corrispondenti alle dimensioni più significative dei modelli di orientamento in una prospettiva affine o simile a poter essere indicata come “permanente”. Oggi in Italia non è rintracciabile un modello di orientamento che possa essere definito e riconosciuto con questa aggettivazione, “permanente”. Si legge e si ci riferisce spesso al *lifelong guidance* come

processo di orientamento permanente, anche se è rarissimo poterlo osservare concretamente sviluppato sul campo.

1.3 La definizione della Teoria sostantiva emergente

Conclusa la codifica teorica, finalizzata alla **definizione della teoria sostantiva in grado di spiegare** come il **bisogno sociale di orientamento permanente possa rendersi interprete di una “forte” risposta al fenomeno dei NEETs**, il lavoro si è finalizzato alla definizione di una proposta di **ipotesi** per un **“modello di orientamento permanente ed inclusivo”**, capace di **contribuire al benessere psicologico** dei giovani e non solo. Per arrivare a questo occorre ragionare su che cos'è una **teoria sostantiva** e su che cos'è una **teoria emergente**, perché è la sintesi tra queste due posizioni, che dev'essere ora evidenziata, a condurci all'**ipotesi della teoria sostantiva emergente**.

La descrizione più chiara e d'immediata comprensione definisce la **teoria sostantiva** come: **l'interpretazione teorica di un problema circoscritto a una particolare area empirica**. Mentre la **teoria emergente** può essere definita come: **un sistema interpretativo complesso risultante da molteplici descrizioni di descrizioni elaborate dalla comunità che osserva** [43]. Quindi, la **teoria sostantiva emergente** per un **“modello di orientamento permanente ed inclusivo”** indaga il modo in cui i partecipanti ai percorsi di orientamento (GG) – che sono portatori di un punto di vista privilegiato in quanto assumono una posizione centrale all'interno del contesto indagato – danno senso all'esperienza di orientamento vissuta in prima persona. La teoria sostantiva è costruita intorno alle *core categories*, per questa ragione nei paragrafi precedenti è stato descritto tutto il lavoro di meta ragionamento necessario per la qualità della ricerca condotta.

Le tre *core categories*, I-NEET, VITA NEET e MERCATO NEET, riuniscono nella medesima “narrazione” l'esperienza di persone diverse ma tutte a contatto con lo stesso fenomeno osservato. La teoria sostantiva “intreccia” tra loro le riflessioni su specifici *habitus* mentali, asserzioni teoriche e prassi operative efficaci che esplicitano il rapporto tra le tre *core categories* ed un processo di **“orientamento permanente ed inclusivo”** che sostengono una spiegazione interpretativa del modello nel suo complesso. L'intento è quello di tradurre gli esiti teorici della ricerca in linee di intervento, prassi e modelli per la progressiva trasformazione dei contesti tradizionali di orientamento, a partire dalla scuola dell'infanzia ma non “fino a”, perché l'orientamento è un bisogno sociale permanente per tutta la vita delle persone. Questo concetto di permanente può garantire alle persone di ricevere, non solo nell'urgenza del momento contingente (fallimento scolastico, scelta universitaria, transizione scuola-lavoro, perdita di lavoro o difficoltà personali) tutta una serie di **servizi ed aiuti coerenti e coordinati per la propria autorealizzazione e a fondamento del benessere psicologico** e sociale.

Conclusioni

La proposta, come richiesta emergente, è quella di un modello di orientamento permanente ed inclusivo che mettendo al centro la persona, sia in grado di accompagnarla nel proprio percorso, progetto di vita, riuscendo a far coesistere nei suoi processi il sostegno sia sociale sia psicologico. La parte interessante, che questo studio ha potuto evidenziare come discriminante per il fenomeno dei NEETs, è sicuramente l'elemento psico-sociale generato dalla competenza relazionale delle persone, dalla loro attitudine, abilità, capacità o altro di stare in relazioni "faticose", **attivando le proprie competenze di resilienza.**

Questo porta a dover affrontare con differenti strumenti metodologici e culturali quello che si è fino ad oggi costruito, cercando di mantenere quanto di "buono" è effettivamente presente ma accogliendo il cambiamento, che è necessario ed inevitabile per quella che è la società della complessità e delle complessificazioni sociali [44]. "Apriamo le menti" ed evitiamo di continuare, quando ce ne stiamo accorgendo, di indicare quelle che sembrano essere le soluzioni dettate dalle condizioni contingenti. Il rischio è concreto ed i suoi effetti sono visibili a tutti, lo smarrimento e il disinvestimento delle persone sulla propria persona. Le questioni economiche, quelle di un'economia in crisi o che va a rilento, sono solo una parte del contesto che dobbiamo conoscere e da quello che si è potuto comprendere neppure la più rilevante per i bisogni espressi dai NEETs.

Nella tabella n. 6 viene indicata per ognuna *core category*, evidenziandone anche le proprietà (considerando lo schema della tabella n. 5), le corrispondenti domande della ricerca, nelle quali le *core categories* possono interpretare, significativamente, le possibili risposte. La parola orientamento, all'interno della comunità scientifica e degli "addetti ai lavori", ha acquisito un significato che si è costruito, oltre che sui riferimenti teorici delle discipline, sull'esperienza ed il lavoro concreto sul campo di molte differenti figure professionali (psicologi, insegnanti, ricercatori, ecc.). Questa ricerca sul campo ha mostrato la necessità della presenza di psicologi per aiutare le persone nelle situazioni NEETs; quello che emerge con evidenza è la necessità di una ancor maggiore consapevolezza, affinché i programmi siano costruiti e valutati in modo più rigoroso: "pensare di ripensare" le politiche per l'orientamento permanente che riconoscano l'individuo al centro come persona e non come problema.

Bisogna ripensare il presente, *in primis* ascoltando con sempre maggiore attenzione i bisogni di inclusione e sostenibilità delle persone, per un benessere psicologico che possa garantire anche quello sociale. Per questo è vitale, per un'inclusione sostenibile dei giovani NEETs e non solo per loro, agire sulle strutture che mirano all'accesso al lavoro, al *mix* di formazione per un gran numero di persone. Diviene imprescindibile che gli interventi "riabilitativi" proposti nei percorsi di orientamento permanente forniscano gli strumenti di auto-affermazione (*empowerment*) e di pensiero critico per accompagnare le persone ad autodeterminarsi, con competenze e capacità di resilienza, in un lavoro dignitoso.

Questo permette alle persone di godere di migliori prospettive per il proprio sviluppo

personale, di avere maggiori possibilità d'integrazione sociale, di vedere garantita la libertà di manifestare le proprie opinioni, di organizzarsi e di partecipare alle decisioni riguardanti la propria vita, di dare pari opportunità di trattamento a tutte le persone (donne e uomini). Questa definizione è stata introdotta per la prima volta, a livello mondiale, dall'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) nel 1999. L'ILO sostiene che solo un lavoro dignitoso [45] possa conferire all'occupazione quei contenuti che fanno di essa una risorsa per la stabilità individuale, familiare e sociale; ma alla base di questa prospettiva non può mancare il sostegno concreto al benessere psicologico di ogni persona, supportato da un orientamento permanente ed inclusivo.

APPENDICE

Allegato n. 1 SCHEMA INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Introduzione all'intervista (da leggere ad ogni partecipante prima dell'intervista)

La ricerca è svolta da Marco Schiavetta, psicologo-psicoterapeuta, su mandato del Disfor dell'Università degli Studi di Genova. Lo scopo dell'intervista è indagare la situazione dei giovani Neets che hanno aderito al programma Garanzia Giovani della città Metropolitana di Genova, in relazione ai problemi incontrati nella ricerca di occupazione e al passaggio dal mondo dell'istruzione al mercato del lavoro. Questo per comprendere meglio i problemi delle nuove generazioni, e in particolare le difficoltà di coloro che al momento non studiano e non lavorano. Avendo accettato di partecipare a questa intervista su base volontaria, sei un nostro testimone privilegiato; ci interessano le tue esperienze e le tue opinioni. I risultati della ricerca dovrebbero aiutare a migliorare i servizi offerti e le politiche per i giovani. I contenuti delle interviste saranno utilizzati in modo rigorosamente anonimo e nel rispetto della legge sulla privacy.

1. GESTIONE DELLA VITA QUOTIDIANA

In questa sezione voglio raccogliere informazioni sulla tua giornata-tipo, chiedendoti di rispondere alle seguenti domande.

Parlandomi di come si svolge una tua giornata tipo.

1. Con chi vivi oggi?

- in famiglia,
- condivido la casa con altre persone:
 - amici,
 - conoscenti/coinquilini,
 - casa famiglia o altra struttura di accoglienza.
- da solo.

2. Sei autonomo economicamente?

- sì
- no
- solo in parte

5-25%	26-50%	51-75%	76-95%
-------	--------	--------	--------

3. Riceve aiuti economici da qualcuno?

- si; DA CHI:
- no
- solo in parte; DA CHI

5-25%	26-50%	51-75%	76-95%
-------	--------	--------	--------

2. ESPERIENZE NEL MERCATO DEL LAVORO

In questa sezione si vuole ricostruire un *curriculum* dell'intervistato, per comprendere il tuo rapporto con il mondo del lavoro, ponendoti domande sui seguenti temi.

Parlandomi delle tue esperienze professionali (lavori e anche "lavoretti"), rispondi alle seguenti domande.

1. In che modo sei entrato per la prima volta in contatto con il mondo del lavoro?
2. Quanti anni avevi quando hai iniziato il primo lavoro?
3. Quali tipi di lavori hai fatto? Indica quelli per te più interessanti.
4. Questi lavori erano coerenti con il tuo percorso scolastico?
5. Queste esperienze come hanno arricchito il tuo percorso personale?

RIEPILOGO LAVORI E PROFESSIONI SVOLTE

TIPO DI LAV.	media ORE Lavoro n.	TIPO CONTRATTO/ O SENZA CONTR.	DURATA (A, M, S)	GRADIM. DA 1 A 10 Ti piaceva?	MOTIVI DELLA CONCLUSIONE DEL RAPPORTO LAVORATIVO	DATA FINE
1						
2						
3						
4						
5						

Oggi, parlandomi del tuo modo di cercare lavoro, rispondi alle seguenti domande.

*Nel caso in cui il soggetto non sia impegnato nella ricerca di un lavoro, dopo aver chiesto le esperienze professionali pregresse, si chiede: **Perché oggi hai deciso di non cercare lavoro?***

1. In che modo hai trovato i lavori?
2. Come cerchi il lavoro?
3. Sei attivamente in cerca di lavoro?

- si
- solo in parte: in % quanto?
- no

5-25%	26-50%	51-75%	76-95%
-------	--------	--------	--------

4. Quali risorse contano di più, in %:
 - le competenze?
 - le conoscenze?
 - la determinazione?

0%	20%	40%	60%	80%

5. Chi senti più d'aiuto per trovare lavoro?

- famigliari,
 amici,
 istituzioni (CpI, Comune, Regione),
 nessuno, sono lasciato solo.

Parliamo ora delle tue aspirazioni e delle tue motivazioni, in ambito professionale.

1. Quali sono le tue aspirazioni lavorative?

2. Sono cambiate a seguito dell'impatto con il mercato del lavoro?

- sì, come?
- solo in parte: in % quanto?

5-25%	26-50%	51-75%	76-95%
-------	--------	--------	--------
- no

3. Fino a che punto sei disposto/a a sacrificarti per un lavoro?

- cambiare città sì no
- Paese sì no
- lavorare molte ore sì no
- fare un lavoro diverso da quello per cui hai studiato sì no
- fare un lavoro che non ti piace sì no
- fare un lavoro che ritieni leda la tua immagine sì no
- continuare a studiare sì no

4. Quali credi che siano i tuoi limiti rispetto alle richieste del lavoro?

- la preparazione sì no
- il carattere sì no
- la disponibilità ad accettare certe condizioni sì no
- la mancanza di fiducia nelle tue capacità sì no
- i legami famigliari/sentimentali sì no

5. Cosa ti motiva ad impegnarti nel lavoro?

3. PERCORSO DI STUDI

In questa sezione osservo il tuo percorso scolastico, le risorse (cognitive, culturali, schemi morali), che hai acquisito dalla scuola, e con quale immagine della scuola e dell'apprendimento scolastico sei uscito da quest'esperienza.

Parliamo del tuo percorso scolastico/formativo.

1. Hai iniziato il tuo percorso scolastico da:

- dalla scuola materna (asilo nido),
 dalla scuola dell'infanzia (asilo),
 dalla scuola primaria (elementari).

≤ 6 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-16 anni	17-19 anni	≥ 20 anni
----------	-----------	------------	------------	------------	-----------

2. In quale periodo del tuo percorso scolastico ti è piaciuto di più andare a scuola?

3. Quali erano le ragioni/motivazioni/stimoli che in quel periodo ti hanno aiutato/guidato?

4. In quale periodo del tuo percorso scolastico ti è piaciuto meno andare a scuola?

≤ 6 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-16 anni	17-19 anni	≥ 20 anni
----------	-----------	------------	------------	------------	-----------

5. Quali erano le ragioni/motivazioni/stimoli che in quel periodo ti sono mancati?

6. Quali materie ti piacevano/incuriosivano e quali no? Inseriamole nella tabella.

MATERIE CHE piacevano/incuriosivano	MATERIE CHE NON piacevano/incuriosivano

7. Hai avuto dei momenti più difficili (esempio, ripetuto un anno)?

SI QUALE/I:

NO

8. In famiglia ti aiutavano a fare i compiti?

SI CHI:

NO

9. Nei momenti di difficoltà a scuola sei stato incoraggiato e sostenuto dai tuoi familiari?

SI da CHI:

NO

10. Nelle tue scelte scolastiche hai pensato di più:

a realizzare una vocazione,

a realizzare una passione,

a fare dei passi concreti per trovare un lavoro.

Rifletti sui tuoi risultati e sugli obiettivi raggiunti.

1. Che professione avresti voluto fare quando avevi 13 anni?

2. Che professione avresti voluto fare quando avevi 17 anni?

3. La scuola superiore è stata all'altezza delle tue aspettative?

si

no, perché:

solo in parte

5-25%	26-50%	51-75%	76-95%
-------	--------	--------	--------

4. Cosa hai fatto dopo?

ho iniziato subito a lavorare,

mi sono dedicato/a a cercare un lavoro,

mi sono iscritto/a ad un corso di formazione (esempio ITS),

mi sono iscritto/a all'Università:.....

altro:

Riepiloghiamo insieme, nella tabella seguente, il suo percorso scolastico e formativo.

Scuola materna		Scuola dell'infanzia		Scuola I		Scuola II di 1°		Scuola II di 2° grado		
SI	NO	SI	NO	OBBLIGO		OBBLIGO		OBBLIGO 16° a.		
								profess.	tecnico	liceo
GRADIMENTO		GRADIMENTO		GRADIMENTO		GRADIMENTO		GRADIMENTO		
da 1 a 10		da 1 a 10		da 1 a 10		da 1 a 10		da 1 a 10		
conclusa	SI NO	conclusa	SI NO					conclusa	SI	NO
				GIUDIZIO		GIUDIZIO		se SI - GIUDIZIO		
DOPO IL DIPLOMA						GRADIMENTO		CONCLUSA		
Università		Post diploma		Altro		da 1 a 10	GIUDIZIO		NO	SI

4. PRINCIPALI SCELTE DI VITA

In questa sezione voglio raccogliere informazioni su come hai affrontato le decisioni, che hai dovuto prendere fino ad ora, chiedendoti di rispondere alle seguenti domande.

Parliamo ora del tuo percorso di vita.

1. Puoi identificare dei momenti, in cui le cose sono cambiate significativamente nella tua vita?

MOMENTO	ETA'	SCELTA	SODDISFATTO

2. Quali sono state le strade che, una volta prese, hanno modificato il tuo futuro?

3. Perché hai scelto in quel determinato modo?

4. Cosa non faresti più o rifaresti in modo diverso?

SCELTA	NON RIFAREI	OGGI FAREI ...

5. PROSPETTIVE PER IL FUTURO: STRATEGIE CONCRETE E ASPETTATIVE/SOGNI

La conclusione dell'intervista vuole sondare le tue idee sul futuro che ti aspetta; in questa sezione voglio raccogliere informazioni su come stai immaginando il tuo domani, chiedendoti di rispondere alle seguenti domande.

Proiettandoci nel futuro.

1. Quando avrai 30 anni cosa ti piacerebbe essere diventato/a?
2. Che tipo di persona pensi che sarai veramente?
3. Quali strategie concrete pensi di mettere in pratica nel prossimo futuro?

6. PENSANO DI VOI

Oggi in Italia c'è chi considera i giovani dei fannulloni, dei bamboccioni che vivono in famiglia troppo a lungo e che non hanno voglia di rimboccarsi le maniche e invece chi mette in evidenza le difficoltà del nostra Paese proprio per le giovani generazioni.

Rispondi a queste considerazioni.

1. Quale posizione secondo Te è vicina alla realtà di oggi e soprattutto alla tua situazione?
2. Ti senti un/a giovane che non fa niente (non studia, non lavora e non pensa a formarsi)?
3. Se potessi chiedere un aiuto pratico, per trovare un'occupazione, cosa chiederesti?

NOTE:.....

Figura 1. Il processo della GT (Tarozzi, 2008, p.40)

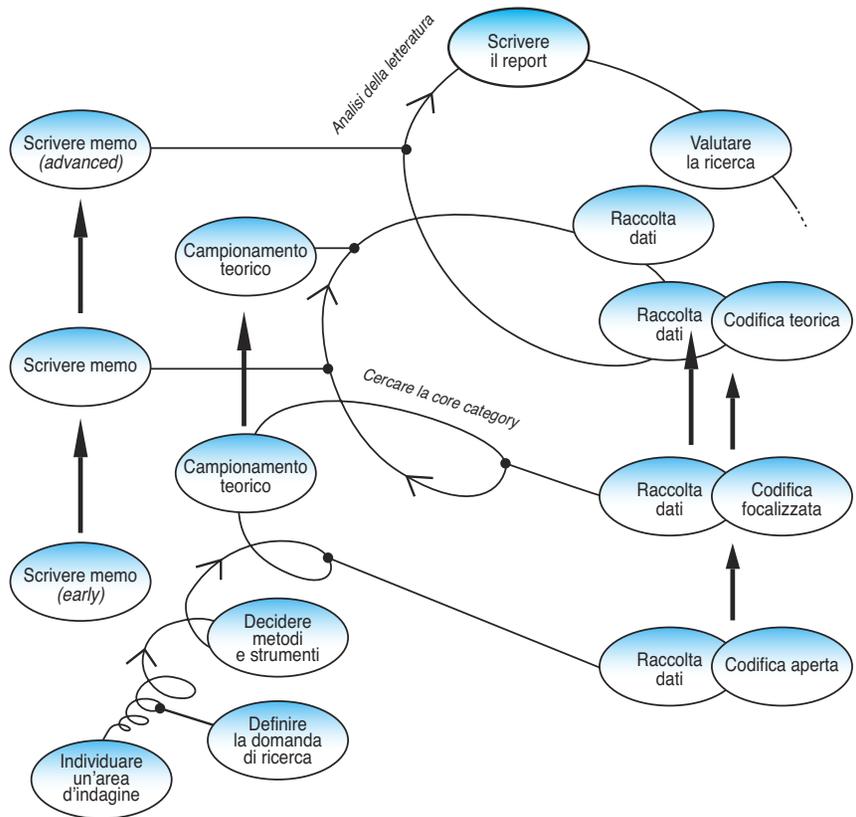


Figura 2. rappresentazione schematica del disegno di ricerca seguito



Figura 3. La comparazione costante (rielaborazione da: Cicognani, 2002)

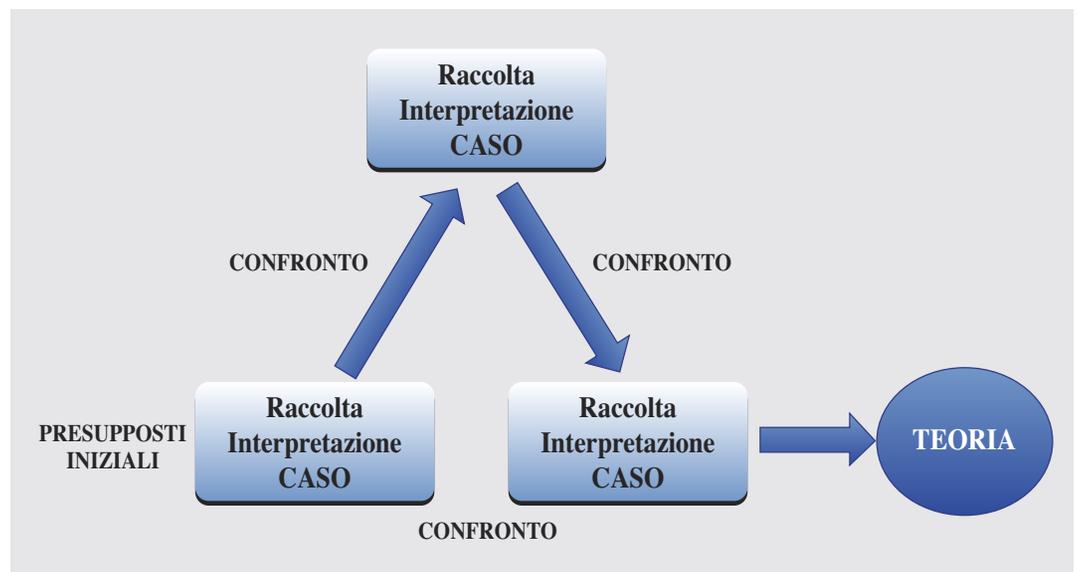


Figura 4. schema del processo GTM
 (fonte: materiali corso Nvivo Roma
 Tre - slide P. Ascione)

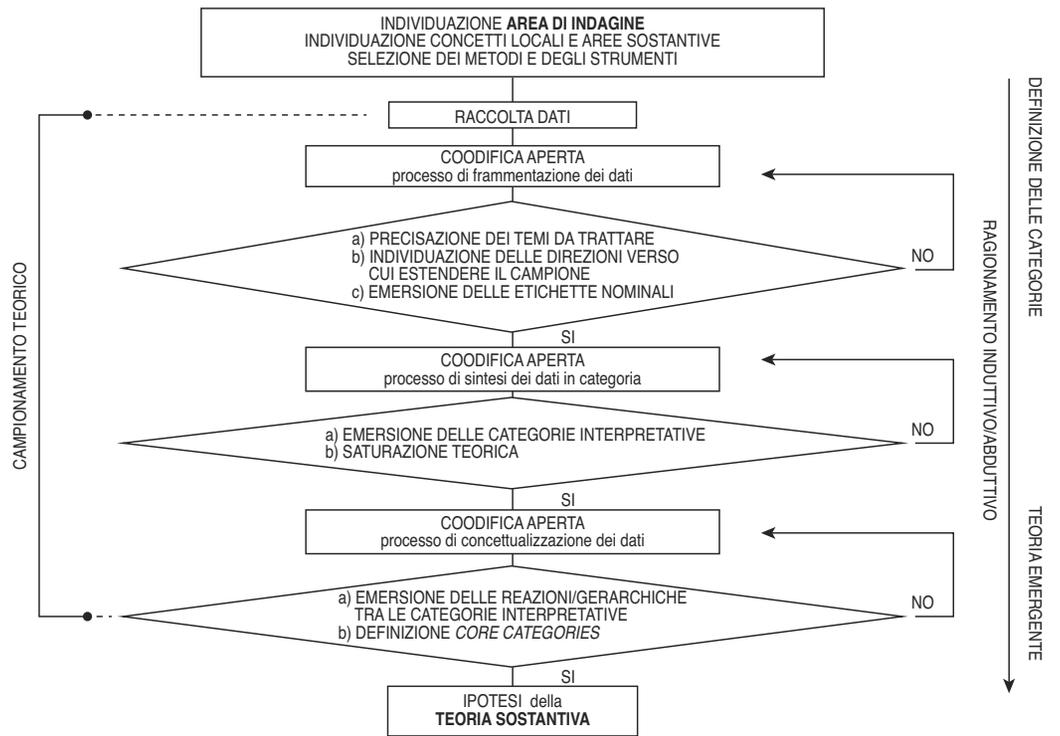


Tabella 1. schematizzazione del processo di definizione delle 3 core categories: IDENTITÀ NEET (d'ora in poi indicata: I-NEET), VITA NEET e MERCATO NEET

LE 3 CORE CATEGORIES DEL BISOGNO SOCIALE DI ORIENTAMENTO PERMANENTE		
<i>Identità-NEE</i>	<i>VITA NEET</i>	<i>MERCATO NEET</i>
PRENDONO FORMA DALLE ANALOGIE CONCETTUALI TRA		
Aderenza ai bisogni NEET (FG) Essere NEET (I) La mia vita (I) Percorso di studi (I)	Criticità (FG) Richiest NEET (FG) Scelte importanti (I)	Vivere EET (FG) Il nostro futuro (I) Il mondo del lavoro (I) Cosa pensavano (I)
PROPRIETÀ		
SÉ PERCEPITO* <i>SELF-EMPOWERMENT*</i>	PENSIERO DIVERGENTE* FORMARSI AL FARE*	OCCUPABILITÀ* EMANCIPAZIONE*
<u><i>CONCETTUALIZZAZIONE DELLE PROPRIETÀ DELLE 3 CORE CATEGORIES</i></u>		
<u>Concretezza della proposta*</u> <u>Competenze professionali*</u> <u>Identità lavorativa*</u> <u>Benessere socio-lavorativo*</u> <u>Percezione di Sé*</u> <u>Pregiudizi*</u> <u>Condizionamento sociale*</u> <u>Readiness*</u> <u>Aspettative*</u> <u>Flourishing*</u>	<u>Flessibilità*</u> <u>Creatività*</u> <u>Resilienza*</u> <u>Problem solving*</u> <u>Empatia*</u> <u>Purposeful*</u> <u>Comportamenti efficaci*</u> <u>Riflessività*</u> <u>Proattività*</u>	<u>Realizzazione professionale*</u> <u>Reti sociali/relazioni*</u> <u>Empowerment*</u> <u>Sostenibilità progetti/Progetti*</u> <u>Autoefficacia percepita*</u> <u>Legami affettivi*</u> <u>Incertezze socio-economiche*</u> <u>Resilienza*</u> <u>Assertività*</u> <u>Carriera*</u> <u>Credenze*</u> <u>Purposeful*</u>

Tabella 2. prima associazione tre core categories, basata sulle *proprietà delle stesse, alle domande "iniziali" della ricerca. (in appendice)

DOMANDE "INIZIALI" DELLA RICERCA	Come si "auto-valutano" i NEET rispetto al mondo del lavoro?	Come vivono i NEET la propria "condizione"?	Come si rappresentano il mercato del lavoro?
CORE C.: I-NEET	*SÉ PERCEPITO *SELF-EMPOWERMENT		
CORE C.: VITA NEET		*PENSIERO DIVERGENTE *FORMARSI AL FARE	
CORE C: MERCATO NEET			*OCCUPABILITÀ *EMANCIPAZIONE

Tabella 3. proprietà originarie delle categorie di astrazione di il livello dalle quali sono state elaborate le proprietà delle tre core categories

CORE CATEGORY	I-NEET	VITA NEET	MERCATO NEET
PROPRIETÀ	SÉ PERCEPITO* SELF-EMPOWERMENT*	PENSIERO DIVERGENTE* FORMARSI AL FARE*	OCCUPABILITÀ* EMANCIPAZIONE*
PROPRIETÀ ORIGINARIE DELLE CATEGORIE DI ASTRAZIONE DI SECONDO LIVELLO DALLE QUALI SONO STATE ELABORATE LE PROPRIETÀ DELLE TRE CORE CATEGORIES	<u>Concretezza della proposta*</u> <u>Competenze professionali*</u> <u>Identità lavorativa*</u> <u>Benessere socio-lavorativo*</u> <u>Percezione di Sé*</u> <u>Pregiudizi*</u> <u>Condizionamento sociale*</u> <u>Readiness*</u> <u>Aspettative*</u> <u>Flourishing*</u>	<u>Flessibilità*</u> <u>Creatività*</u> <u>Resilienza*</u> <u>Problem solving*</u> <u>Empatia*</u> <u>Purposeful*</u> <u>Comportamenti efficaci*</u> <u>Riflessività*</u> <u>Proattività*</u>	<u>Realizzazione professionale*</u> <u>Reti sociali/relazioni*</u> <u>Empowerment*</u> <u>Sostenibilità progetti/Progetti*</u> <u>Autoefficacia percepita*</u> <u>Legami affettivi*</u> <u>Incertezze socio-economiche*</u> <u>Resilienza*</u> <u>Assertività*</u> <u>Carriera*</u> <u>Credenze*</u> <u>Purposeful*</u>

Tabella 4. fenomeni che le domande riescono a "catturare" ed identificare

DOMANDE "INIZIALI" DELLA RICERCA	Come si "auto-valutano" i NEETs rispetto al mondo del lavoro?	Come vivono i NEETs la propria "condizione"?	Come si rappresentano il mercato del lavoro?
"CAT- TURA NO"	<p>Capacità di fare delle scelte (<i>Self confidence in decision making</i>).</p> <p>Sentirsi pronti (<i>Self efficacy e Self capability</i>).</p> <p>Saper gestire i problemi (<i>Self empowerment e problem solving</i>).</p>	<p>Quali sono le cause a cui attribuiscono la propria attuale situazione (esterne/interne).</p> <p>Quali strade percorrono per muoversi verso un lavoro (<i>Self orientation</i>).</p> <p>Come si pongono rispetto alle politiche sociali (attivi/passivi).</p>	<p>Cosa pensavano quando erano a scuola del mondo del lavoro (immaginazione rispetto al proprio futuro).</p> <p>Come sono oggi rispetto a quegli anni i loro pensieri sul mondo del lavoro (allineamento alla realtà).</p> <p>Avere conoscenze adeguate delle possibilità lavorative del proprio territorio (consapevolezza delle opportunità).</p>
PROPRIETÀ	Sé percepito <i>Self-empowerment</i>	Pensiero divergente Formarsi al fare	Occupabilità Emancipazione
CORE CATEGORIES	I-NEET	VITA NEET	MERCATO NEET

Tabella 5. i collegamenti delle proprietà di specifiche core categories (meno forti ma presenti)

CORE PROPRIETÀ	FREQUENZA INTENSITÀ E FORZA DIFFERENTI	CORE CATEGORY
Sé percepito		I-NEET
Self-empowerment		
Pensiero divergente		VITA NEET
Formarsi al fare		
Occupabilità		MERCATO NEET
Emancipazione		

Tabella 6. schema di corrispondenza primaria tra core categories, proprietà e domande della ricerca

CORE CATEGORY		DOMANDE DELLA RICERCA
I-NEET	Self-empowerment	Come si “auto-valutano” rispetto al mondo del lavoro?
	Pensiero divergente	Come vivono la propria “condizione”?
VITA NEET	Formarsi al fare	
	MERCATO NEET	Occupabilità
Emancipazione		

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.wired.it/attualita/media/2018/03/02/chi-sono-millennial/>.
2. Del Core, P., Ferraroli, S., Fontana, U. (2005). *Orientare alle scelte. Percorsi evolutivi, strategie e strumenti operativi*, LAS, Roma.
3. Del Core, P. (2007). *Atteggiamenti e stili decisionali degli adolescenti e dei giovani*, in «Rivista di Scienze dell'Educazione».
4. Di Fabio, A. (2009). *Manuale di psicologia dell'orientamento e career counseling nel XXI secolo*, Firenze, Giunti O.S..
5. Di Fabio, A. (2015). *Beyond fluid intelligence and personality traits in social support: The role of ability based emotional intelligence*, in «Frontiers in Psychology» (6) 395.
6. Di Fabio, A. Kenny, M.E. (2015). *The contributions of emotional intelligence and social support for adaptive career progress among Italian youth*, in «Journal of Career Development».
7. Di Fabio, A. (2017). *Due meta-competenze chiave narrative per la nuova consapevolezza identitaria purposeful nel XXI secolo* «Counseling» (vol. 7).
8. Di Francesco, G. (2014). *Rapporto nazionale sulle competenze degli adulti*, ISFOL, Roma.
9. Du Bois-Reymond, M. Lopez Blasco, A. (2003). *Yoyo Transitions and Misleading Trajectories: from Linear to Risk Biographies of Young Adults*, in Lopez Blasco, A. McNeish, W. Walther, A. «Dilemmas of Inclusion; Young People and Policies for Transitions to Work in Europe», Policy Press, Bristol.
10. Duffy, R.D. Diemer, M.A. Perry, J.C. Laurenzi, C. Torrey, C.L. (2012). *The construction and initial validation of the work volition scale*, in «Journal of Vocational Behavior» (80), 400–411.
11. Duffy, R.D. Blustein, D.L. Diemer, M.A. Autin, K.L. (2016). *The psychology of working theory*, in «Journal of Counseling Psychology» (63), 127–148.
12. Mura A. (2005). *L'orientamento formativo. Questioni storico-tematiche, problemi educativi e prospettive pedagogico-didattiche*, Milano, Franco Angeli.
13. Orefice, P. (2000). *Educazione e formazione. La prospettiva del processo formativo nel lifelong learning*.
14. Perucca, A. (2003). *L'orientamento tra miti, mode e grandi silenzi*. Amaltea, L'Aquila.
15. Pombeni, M.L. (1996). *Orientamento scolastico e professionale*, Bologna, Il Mulino.
16. Savickas, M.L. Porfeli, E.J. (2012). *Career adapt-abilities scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries*, in «Journal of Vocational Behavior», (80).
17. Striano, M. (2010). *Pratiche educative per l'inclusione sociale*, Franco Angeli, Milano.
18. Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide through Qualitative Analysis*, Sage, London.
19. Charmaz, K. (2000). *Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods*, in Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. «Handbook of qualitative research» 2a ed. Sage, Thousand Oaks.
20. Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ).
21. Charmaz, K. (1995). *Between positivism and postmodernism: implication for methods*, in N.K. Denzin, «Studies in Symbolic Interaction» (Vol. 17) JAI Press, Greenwich.
22. Charmaz, K. (2000). *Grounded Theory: Objectivist and Constructivists Methods*, in Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. «Handbook of Qualitative Research», Sage, London.
23. Charmaz, K. (2005). *Situational Analysis. Grounded Theory After the Postmodern Turn*, Sage, Thousand Oaks.
24. Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*, Sage, London.
25. Charmaz, K. Bryant, A. (2007). *The Sage book of Grounded Theory*, Sage, London.
26. Charmaz, K. (2007). *Constructing Grounded Theory*, Sage publication Ltd, UK.
27. Schiavetta, M. (2018). *Transumanze generazionali. Complessità e complessificazioni sociali*, Aracne, Roma.
28. Morrow, S. L. (2005). *Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psy-*

- chology, in «Journal of Counseling Psychology» (Vol. 52, No. 2), 259.
29. Tarozzi, M. (2008). *Che cos'è la Grounded Theory*, Carocci editore, Roma, 44.
 30. <http://www.garanziagiovani.gov.it/>
 31. Glaser, B.G. Strauss, A.L. (1967). *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*, Armando Editore, Roma.
 32. Glaser, B.G. (1968). *Time for Dying*, Aldine, Chicago.
 33. Glaser, B.G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of Grounded Theory*, Sociology Press, Mill Valley (CA).
 34. Glaser, B.G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis. Emergence vs Forcing*, Sociology Press, Mill Valley (CA).
 35. Glaser, B.G. (1998). *Doing Grounded Theory. Issues and Discussion*, Sociology Press, Mill Valley (CA).
 36. Glaser, B.G. (2001). *The Grounded Theory perspective: Conceptualization Contrasted with Description*, Sociology Press Mill, Valley (CA).
 37. Glaser, B.G. (2007). *Doing Formal Grounded Theory*, in Bryant, A. Charmaz, K. «The Sage book of Grounded Theory», London: Sage, London.
 38. Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*, Sage publication Ltd, UK, 305.
 39. Tarozzi, M. (2008). *Che cos'è la Grounded Theory*, Carocci editore, Roma.
 40. Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Science*, Routledge, London.
 41. Di Fabio, A. (2014). *The new purposeful identitarian awareness for the twenty-first century: Valorize themselves in the Life Construction from youth to adulthood and late adulthood*. Di Fabio, A. Bernaud J.L. in «The Construction of the Identity in 21st Century: A Festschrift for Jean Guichard», Nova Science, New York.
 42. Blumer, H.G. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
 43. Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*, Sage publication Ltd, UK.
 44. Schiavetta, M. (2017). *Lavorare sapendo ascoltare. Competenze di counseling per il sociale*, Aracne, Roma.
 - Schiavetta, M. (2018). *Transumanze generazionali. Complessità e complessificazioni sociali*, Aracne, Roma.
 45. www.ilo.org

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Un approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt al lavoro con pazienti che soffrono di attacchi di panico

Mirko Antoncicchi¹, Paola Chiantera¹, Damiano Conte¹, Maurizio Daggiano¹, Mariangela De Fabrizio¹, Elisa Anna De Giorgi¹, Elide del Piano¹, Amalia Giordano¹, Franco Mongiò¹, Chiara Musio¹, Milena Perulli¹, Silvia Sammarco¹, Renata Zuma¹, Caterina Terzi¹, Alexander Lommatzsch¹

¹ IGP - Istituto Gestalt di Puglia



Citation

Antoncicchi M., Chiantera P., Conte D., Daggiano M., De Fabrizio M., De Giorgi E. A., del Piano E., Giordano A., Mongiò F., Musio C., Perulli M., Sammarco S., Zuma R., Terzi C., Lommatzsch A. (2020). Un approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt al lavoro con pazienti che soffrono di attacchi di panico Phenomena Journal, 2, 25-38. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.54>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Mirko Antoncicchi
mirkoantoncicchi@me.com

Ricevuto: 15 luglio 2019

Accettato: 04 settembre 2020

Publicato: 05 settembre 2020

ABSTRACT

The authors propose a phenomenological/existential approach in psychotherapeutic intervention on panic attacks. From the observations in the psychotherapeutic settings emerges the tendency of the patient with a panic attack symptom not to take clear and defined positions in his emotional and professional life, the tendency to say "yes" rather than "no", even in situations where he is not convinced of his choice. Others do not consider him a credible interlocutor where choices have to be made, but a person who always adapts. He tends to have low self-esteem, does not believe in his abilities and does not express his opinions for fear of being judged and ridiculed. Exploring the experiences of those who suffer from panic attacks opens up the hypothesis that panic attacks, more than as a symptom related to the sphere of anxiety and fear, is a manifestation of existential/relational distress with respect to inadequate anger management. Anger becomes unexpressed and repressed (retroflexion) as a result of the accumulation of dissatisfactions, frustrations and deprivations to which the patient cannot say "no". When the person is in a situation where they feel compelled to do something they don't want to do, and they don't know how to disengage, anxiety intervenes which can increase to the point of developing various symptoms of panic. In this proposed study we will look at the extent to which unexpressed anger can affect panic attacks. The assumption behind the gestalt practice is that a person experiences anger when he or she does not get what he or she wants, or when he or she is in a territorial conflict. Hence the different acts of the person in the manifestation of anger.

KEYWORDS

Psychotherapy, Gestalt, Panic attack, anger, existential-phenomenological approach, contact, territoriality, Neural Networks (NN)

ABSTRACT IN ITALIANO

Gli autori propongono un approccio fenomenologico/esistenziale nell'intervento psicoterapeutico sull'attacco di panico. Dalle osservazioni nei setting psicoterapeutici emerge la tendenza del paziente con sintomo di attacco di panico a non assumere posizioni chiare e definite nella sua vita affettiva e professionale, la tendenza a dire "sì" piuttosto che "no", anche nelle situazioni in cui non è convinto della sua scelta. Dagli altri non viene considerato un interlocutore credibile laddove sia necessario operare scelte, ma una persona che si adatta sempre. Tende ad avere bassa autostima, a non credere nelle sue capacità e non esprime le sue opinioni per paura di essere giudicato e ridicolizzato. Esplorare i vissuti di chi soffre di attacchi di panico apre l'ipotesi secondo la quale l'attacco di panico più che come sintomo legato alla sfera dell'ansia e della paura, è una manifestazione di un disagio esistenziale/relazionale rispetto a un'inadeguata gestione della rabbia. La rabbia diventa inespressa e repressa (retroffessione) in seguito all'accumulo di insoddisfazioni, frustrazioni e deprivazioni a cui il paziente non sa dire "no". Quando la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare qualcosa che non vuole fare, e non sa come disimpegnarsi, interviene l'ansia che può aumentare fino a sviluppare diversi sintomi di panico. In questa proposta di studio si andrà a verificare in che misura la rabbia inespressa può incidere sugli attacchi di panico. L'assunto, alla base della prassi gestaltica, è che una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano poi i diversi agiti della persona nella manifestazione della rabbia.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, Gestalt, Attacco di panico, rabbia, approccio fenomenologico – esistenziale, contatto, territorialità, rete neurale (RN).



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Nella nostra pratica psicoterapeutica abbiamo avuto spesso volte a che fare con pazienti che soffrono di attacchi di panico. Siamo un gruppo di psicoterapeuti e lavoriamo con l'approccio della Gestalt, in un'ottica fenomenologico/esistenziale. Negli ultimi dieci anni è aumentato il numero delle persone che si rivolgono a noi in qualità di psicoterapeuti per trovare un rimedio al problema.

Il primo approccio generalmente avviene contattando il medico curante, che, se non interviene autonomamente con una terapia farmacologica, invia il paziente allo psichiatra o al neurologo. La scelta di interpellare un neurologo è da cercarsi nel disagio che molti pazienti sentono quando viene loro consigliato di rivolgersi allo psichiatra, sinonimo di colui che cura i pazzi. A volte il medico invia il paziente ad uno psicoterapeuta, generalmente un collega che lavora con l'approccio cognitivo comportamentale. Raramente l'invio viene fatto a colleghi con approcci umanistici. In tutto questo c'è una logica. Il paziente che soffre di attacchi di panico si sente malato e cerca una cura per guarire dalla sua malattia. Il medico cerca di intervenire sul sintomo prescrivendo farmaci che riducono la sintomatologia. L'approccio di cura si svolge all'interno dei parametri medico/scientifico, ovvero all'interno dei riferimenti epistemologici delle scienze naturali [1] che intervengono sul sintomo, sulla malattia, con trattamenti sia farmacologici che psicoterapeutici e non si interessano della persona, delle sue relazioni affettive e professionali e nemmeno della relazione "curante" in atto. Il problema del paziente viene considerato un problema intra-psichico, come se fosse endogeno, e vengono sottovalutati tutti i fattori relazionali e ambientali. Anche il paziente chiede solo un intervento tecnico/curante, un trattamento, che possa alleviare il sintomo. Possiamo parlare di una perfetta sintonia tra paziente e figura curante.

I pazienti che si rivolgono a noi di solito hanno già ricevuto uno o più trattamenti farmacologici e/o cognitivo/comportamentali e cercano un'altra strada, non avendo risolto il problema. A questo punto faremo alcune riflessioni su un lavoro psicoterapeutico che non pretende di curare il paziente, ma in cui lo psicoterapeuta si prende cura del paziente e della sua sofferenza, cercando di attivare le sue risorse per risolvere il problema.

Definizione diagnostica dell'attacco di panico secondo il DSM-5.

Il DSM-5 [2] raggruppa gli attacchi di panico in due categorie: attese di attacchi di panico e attacchi di panico inaspettati.

Le attese di attacchi di panico sono associate a una paura specifica come quella del volo. Gli attacchi di panico inaspettati non hanno apparenti fattori scatenanti (motivazioni, momenti di rilascio) o spunti e sembrano verificarsi inaspettatamente.

Riportiamo qui di seguito i criteri diagnostici del Disturbo di panico, così come descritti nel DSM-5 [2, p. 240].

Disturbo di panico – Criteri diagnostici

A Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti,

periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete, oppure da uno stato ansioso.

- 1 Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
- 2 Sudorazione.
- 3 Tremori fini o a grandi scosse.
- 4 Dispnea o sensazione di soffocamento.
- 5 Sensazione di asfissia.
- 6 Dolore o fastidio al petto.
- 7 Nausea o disturbi addominali.
- 8 Sensazioni di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento.
- 9 Brividi o vampate di calore.
- 10 Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
- 11 Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi).
- 12 Paura di perdere il controllo o di “impazzire”.
- 13 Paura di morire.

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

B Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l’insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, “impazzire”).
2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l’evitamento dell’esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

C L’alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un’altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d’ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d’ansia di separazione)”.

Ipotesi di intervento

Negli ultimi anni è aumentato il numero dei pazienti che si rivolgono allo psicoterapeuta per essere aiutati a risolvere il problema degli attacchi di panico.

Il richiamo al DSM-5 [2] è una premessa fondamentale del nostro discorso: il DSM-

5 [2] infatti fa una descrizione dei sintomi che compaiono diffusamente nell'attacco di panico. Inoltre, definisce l'attacco di panico un disturbo ed è proprio in questa definizione che si pone la differenza con l'approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt.

La Psicoterapia della Gestalt e la Fenomenologia esistenziale si differenziano dagli altri approcci perché non cercano di eliminare il sintomo, ma guardano interamente alla persona, cercando di comprendere il senso che il sintomo ha nella sua vita. Il sintomo viene considerato il miglior adattamento che la persona è in grado di attuare in una situazione di disagio esistenziale.

Questo ribalta l'approccio al sintomo: il sintomo non è qualcosa da eliminare, ma è qualcosa da comprendere.

Inoltre, viene eliminata la dicotomia sano-malato: il paziente non è una persona malata da trattare con tecniche o esclusivamente con cure farmacologiche, ma è una persona che va compresa della situazione di difficoltà, e va aiutata nella comprensione della funzione del suo sintomo e nella ricerca di modalità di adattamento alla situazione problematica che siano più funzionali e non abbiano gli effetti problematici del sintomo.

Fino ad oggi la letteratura scientifica si è occupata esclusivamente di trattamento del sintomo, nell'ottica della psicologia cognitivo - comportamentale, che affronta il disturbo di attacchi di panico utilizzando tecniche come il Training autogeno e l'esposizione graduale alla situazione problematica.

Nel panorama della letteratura scientifica mancano del tutto pubblicazioni di ricerche sull'efficacia di un approccio, come quello fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt, rivolto alla persona e al suo modo di affrontare la vita, piuttosto che al sintomo.

Da qui la necessità di avviare un progetto di ricerca che si mostra innovativo nei suoi stessi presupposti teorici.

Dalle nostre osservazioni come psicoterapeuti, nella maggior parte degli attacchi di panico abbiamo un sintomo basato sulla paura, innescato da una condizione esistenziale in cui la persona non si sente presa in considerazione e ha rinunciato ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte.

Nelle relazioni affettive e professionali il paziente, evitando di fare scelte, non assume posizioni chiare e definite e preferisce assecondare con dei "sì" piuttosto che con dei "no", anche quando non è convinto della scelta. Nell'ambito delle sue relazioni, non è considerato come un valido interlocutore, ma una persona che tende sempre ad adeguarsi alle scelte altrui. È una persona insicura (bassa autostima), tende a non credere nelle sue competenze e non esprime le sue opinioni per paura di essere giudicato e ridicolizzato. La difficoltà/impossibilità di creare una relazione vera e significativa con l'altro fa sì che la sua vita si muova sul piano della sottomissione, con sentimenti di impotenza, insoddisfazione e tendenza al pessimismo.

La presenza della frustrazione e insoddisfazione esistenziale/relazionale produce una rabbia latente che però rimane inespressa e repressa.

Nel momento in cui la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a

fare qualcosa che non vuole fare, e in più, non sa come svincolarsi, subentra l'ansia che può aumentare a tale grado da sviluppare diversi sintomi di panico. Non è raro che il paziente in seguito ad un attacco di panico venga, portato al Pronto Soccorso. In tal caso viene reificato come malato invece di essere compreso come persona. In questa obiettivazione medico-naturalistica in qualche modo si è, inconsapevolmente, salvato. Avere una diagnosi che certifica un disturbo d'ansia può rivelarsi un grande vantaggio in tutte le situazioni in cui al paziente viene chiesto di fare qualcosa che inconsapevolmente rifiuta di fare. Ora è sempre più impedito e ha sovente bisogno di un aiuto in termini di accompagnamento (non può più guidare la macchina a causa dei possibili attacchi di panico). È effettivamente debilitato e non è raro che "goda" di una certa soddisfazione, come se la rabbia repressa trovasse sfogo in un velato sentimento di vendetta nei confronti delle persone che prima lo "costringevano" a fare scelte non volute. D'ora in poi per il paziente il problema si è spostato dall'incapacità di dire "no", alla paura che ritorni l'attacco di panico. È entrato in una circolarità che si autoalimenta, mentre il problema alla base rimane totalmente invisibile. La richiesta di aiuto del paziente con attacco di panico conseguentemente è una richiesta di cura, ovvero di un trattamento anti-panico.

Tuttavia, nel momento in cui al paziente viene offerto un intervento psicoterapeutico in cui egli stesso diventa protagonista della sua cura e non oggetto di trattamento, si apre la possibilità di una psicoterapia sostenibile nel tempo che rafforzi la responsabilità e assegni il successo al paziente e non al trattamento.

Questa psicoterapia ha conseguenze sulla condotta quotidiana del paziente in termini di ridefinizioni di relazioni affettive e professionali, perché oltre che sulla persona, agisce sul sistema di riferimento relazionale. Lavorando sull'assunzione di responsabilità delle proprie scelte il paziente scopre l'efficacia della definizione dei confini tra sé e gli altri, conquistando sempre di più la capacità di dire "no" laddove non si sente di fare cose per il quieto vivere o per paura del giudizio. L'assunzione di responsabilità rafforza la fiducia in sé e aumenta la capacità di sostenere posizioni proprie.

Riferimenti epistemologici del modello

Il modello della Psicoterapia della Gestalt verte sui paradigmi della fenomenologia [3, 4], dell'Esistenzialismo [5], del Costruttivismo [6], della Teoria dei sistemi [7], della Teoria del campo [8], dell'Etologia [9] e delle teorizzazioni di Perls [10], Quattrini [11], Ravenna [12], Zinker [13] ed altri.

In riferimento all'ipotesi di studio prenderemo in considerazione in particolare i seguenti aspetti epistemologici:

1. Relazione che cura - prendersi cura di
2. Territorialità / fuga (in malattia)
3. Teoria dei sistemi e teoria del campo
4. Ciclo del contatto e le sue interruzioni
5. Responsabilità

1. La relazione che cura - ovvero il prendersi cura del paziente

Umberto Galimberti [1, pp. 7-8] propone “di considerare la relazione originaria rispetto alla costituzione individuale, nel senso che l’individuo si costituisce sempre a partire da una relazione e non come individualità isolata che instaura relazioni [...]”. In altre parole: “considerare la relazione originaria rispetto alla costituzione individuale” significa che lo stare in relazione è il presupposto fondamentale per costituirsi come individui. Non possiamo costituirci come individui indipendentemente dallo stare in relazione.

Guardiamo la relazione soggetto/oggetto. Nel linguaggio quotidiano usiamo spesso il termine trattamento quando parliamo di cure ricevute (“sono stato trattato bene” oppure “ho ricevuto un trattamento farmacologico”) oppure per apprezzare o meno l’attenzione ricevuta in una relazione affettiva (“non mi trattare male”). Questo però è anche comodo. Esiste una diffusa passività nel subire trattamenti di ogni genere, e, solo quando il trattamento non ci va bene, alziamo la voce per protestare e ci ricordiamo di essere qualcuno. Tendiamo a delegare la responsabilità ad altri finché ci va bene. Se ci va male riprendiamo il nostro potere decisionale.

In una relazione che cura nessuno “viene trattato” e nessuno “tratta” qualcuno, né bene né male, perché semplicemente ci si trova in una relazione paritaria fra due individui.

Per Galimberti [14] il modello soggetto/oggetto deriva da uno schema concettuale che “Cartesio ha introdotto e che la scienza ha fatto proprio quando, per i suoi scopi esplicativi, ha lacerato l’uomo in anima (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*), producendo quello che, secondo Binswanger [15 citato in 14, p.22] è «il cancro di ogni psicologia»”.

Corpo e mente, da un punto di vista olistico, non sono scissi. Nel momento in cui percepisco me stesso come un “essere”, non sono “qualcuno” che utilizza il “corpo” in suo possesso. In questo senso non ho una mano, ma “sono” la mia mano, non ho un occhio, ma “lo sono”. Mi definisco attraverso l’essere nel mondo e non attraverso gli oggetti strumentali.

Come sottolinea Galimberti [14]:

“Questa divisione così radicale non è qualcosa di originario che si offra all’evidenza fenomenologica, ma è un prodotto della metodologia della scienza la quale, consapevole che il suo potere e la sua efficacia si estendono esclusivamente nell’ordine quantitativo e misurabile della *res extensa*, è costretta a ridurre lo psichico a epifenomeno del fisiologico che in psichiatria Griesinger chiama “apparato cerebrale” e in psicoanalisi Freud chiama “ordine istintuale”. Ciò che ne nasce non è una psicologia che, direbbe Jaspers, “comprende [*verstehen*]” l’uomo per come si dà, ma una psico-fisiologia che lo “spiega [*erklären*]” come si spiega qualsiasi fenomeno della natura.

Ma per spiegare l’uomo come fenomeno della natura occorre oggettivarlo e considerare la psiche non come un *atto intenzionale*, ma come una *cosa del mondo* da trattare secondo le metodiche oggettivanti che sono proprie delle scienze

naturali. Ora, se la psicologia oggettiva lo psichico e, come fa la fisiologia con gli organi corporei, lo tratta come *cosa in sé* che non si *trascende in altro*, la psicologia, per allinearsi al modello delle scienze naturali, perde la specificità dell'umano e quindi ciò a cui essa è naturalmente ordinata". (p.7)

La psicologia studia l'essere umano, in particolare la psiche, che per sua natura non è intrinsecamente oggettivabile e quantificabile: caratteristica della psiche e del suo funzionamento è la possibilità di trascendere in qualcosa di altro, e questo avviene attraverso e nella relazione.

“Ora, se perfino la psicologia, per allinearsi al modello delle scienze naturali, oggettiva lo psichico e, come fa la fisiologia con gli organi del corpo, lo tratta come una cosa, tal quale, che non si trascende in altro, la psicologia finisce per perdere la sua stessa specificità, e cioè di occuparsi dell'essere umano come individuo in tutta la sua complessità” [1, p.8]

La relazione soggetto/soggetto apre altri scenari. Non pretendendo di conoscere la verità oggettiva da un lato e dall'altro quella soggettiva del paziente, posso permettermi di astenermi da una posizione e praticare la non-differenziazione, ovvero il disinteresse tra le polarità, mantenendomi in una posizione di indifferenza. Questo non è un momento di passività o di assenza nel contatto con il paziente, anzi, è un momento di apertura universale verso qualsiasi stimolo.

2. Territorialità / fuga (in malattia)

Ispirandosi a Konrad Lorenz e alle considerazioni sui cinque istinti [9] che costituiscono le cinque famiglie di base delle emozioni, territorio, fuga, fame, sessualità e riposo [16], possiamo osservare che cosa succede se ad un individuo viene negata la possibilità di definire il suo territorio. **La negazione della pretesa territoriale produce l'emozione rabbia.** La reazione dipende dalla personalità dell'individuo. La rabbia può essere espressa o agita, oppure repressa, ovvero retroflessa.

“Quando una persona retroflette il suo comportamento, vuol dire che fa a se stesso ciò che originariamente fece o ha cercato di fare ad altre persone o ad altri oggetti [...] perché ha incontrato quello che allora costituiva per lui un'opposizione insuperabile. L'ambiente - per la maggior parte altre persone - si è mostrato ostile riguardo ai suoi tentativi volti al soddisfacimento dei propri bisogni, l'ha frustrato e punito. [...] In alcune situazioni, trattenersi è necessario, può perfino salvare la vita.” [10, pp. 419-420].

La retroflessione produce a seconda della personalità del paziente una serie di sintomi distinti quali l'acting out della rabbia, in questo caso la rabbia esce dalla retroflessione in modalità contro-fobica, oppure porta alla depressione, all'ossessione e all'attacco di panico. Non a caso tutti i sintomi sono legati alla sfera dell'ansia [2]. Quindi la retroflessione, la rabbia repressa, porta ad attivare le emozioni della famiglia Fuga, cioè ansia, paura, panico ecc. Caratteristica della retroflessione è la sensazione di impotenza, di sentirsi incapace e in gabbia. **L'avvertimento di un pericolo produce paura.** La sola fantasia di poter essere di nuovo incapace, non in grado di fare, cioè

di essere impotente è una fantasia catastrofica sufficientemente grande per innescare la paura. Il paziente afferma di aver paura che torni la paura.

Tuttavia, la fuga è anche un'inconsapevole fuga nella paura, perché la paura è socialmente più accettata rispetto alla rabbia. Questa è la funzione dell'attacco di panico. Il "malato" di attacchi di panico ha più possibilità di mantenere relazioni sociali rispetto all'"istrionico" in fase di acting out. Il paziente è generalmente inconsapevole di questo e del fatto che l'attacco di panico in qualche modo è un comportamento "adeguato" all'interno del suo sistema relazionale.

3. Teoria dei sistemi e teoria del campo

Per comprendere il paziente con attacco di panico è importante comprendere la qualità e le funzioni delle relazioni sociali in generale e quelle affettive, familiari in particolare. Per quanto riguarda la teoria dei sistemi, Bertalanffy [7] analizza la struttura dell'organizzazione dei sistemi fisici, biologici e relazionali al fine di ottenere una teoria dei sistemi che aiuti a comprendere complesse situazioni nel mondo relazionale.

Secondo Lewin [8] diversi fattori influenzano e regolano il comportamento umano; tali fattori sono interdipendenti e riguardano primariamente la personalità e l'ambiente di appartenenza dell'individuo (campo organismo-ambiente). Di conseguenza, per comprendere il comportamento, è necessario guardare all'individuo e al suo ambiente come un campo unico dove interagiscono tutti gli elementi presenti, vicini e lontani.

In particolare, Lewin [8] considera gli eventi psichici come la manifestazione di una relazione dinamica tra l'organismo e l'ambiente di cui fa parte; tale relazione dinamica, imprescindibile e onnipresente, si sviluppa nel sopra menzionato campo unico organismo-ambiente. Nella visione della psicologia della Gestalt, ed in particolare nell'analisi della dinamica figura-sfondo, tale campo diventa lo sfondo, l'orizzonte di mappa rappresentazionale dell'individuo, in cui ciclicamente vanno in primo piano figure differenti e rilevanti rispetto agli scopi dell'organismo: sono i bisogni ad organizzare il campo. A questo punto è possibile superare l'idea che l'attacco di panico sia un comportamento patologico, una malattia, per cui ciò che osserviamo non è la conseguenza di una carenza di enzimi o di un problema intra-psichico.

4. Ciclo del contatto e sue interruzioni

Il processo che descrive la soddisfazione dei bisogni è in Gestalt chiamato ciclo del contatto. Si tratta di un ciclo che descrive come avviene nel dettaglio il processo della comparsa e soddisfazione di un bisogno emergente. Si tratta di un processo con un inizio e una fine. La parola "contatto" è una metafora e può essere descritta come "esperienza" nell'ambito della soddisfazione dei bisogni [17]. Essere "in contatto" con qualcosa è fare esperienza con qualcosa che ci interessa. Dal punto di vista fenomenologico - esistenziale si tratta di un processo intenzionale e come tale produce un effetto. All'inizio del processo c'è una sensazione (freddo, sete ecc.) o un'emo-

zione (paura, rabbia ecc.) che attiva l'organismo a reagire e soddisfare il bisogno emerso [figura/sfondo]. La persona si occupa di "che cosa sente" e diventa consapevole di ciò che sente attribuendo un significato alla sensazione/emozione (ho freddo, ho sete, ho paura, sono arrabbiato ecc.) [18], si trova in "pre - contatto". Successivamente egli si chiede "che cosa vuole" e si occupa di possibilità e strategie per giungere alla soddisfazione del bisogno: è in piena attività cognitiva. La persona immagina, riflette e valuta. Si trova in "contatto" con ciò che gli interessa, valuta le conseguenze di una scelta o dell'altra, entra in "azione" e si occupa della realizzazione effettiva del bisogno facendo qualcosa. Si trova in "contatto pieno". La sua azione ha prodotto un effetto, cioè sente di nuovo qualcosa, o è soddisfatto o è insoddisfatto. Questa verifica è definita 'post - contatto', l'apprendimento [19], ovvero "cosa sente dopo aver fatto". Il ciclo del contatto è dunque costituito dal "pre-contatto, contatto, contatto pieno e post - contatto", ovvero dalla sequenza di "sentire, pensare, agire e sentire dopo aver agito". Più che un ciclo che si ripete si tratta di una spirale in cui ogni esperienza compiuta arricchisce e cambia l'individuo per sempre.

5. Responsabilità

La responsabilità è l'abilità di dare una risposta, ovvero la capacità di scegliere fra più opzioni.

Solo la consapevolezza delle proprie emozioni, dei pensieri, delle azioni così come dei propri meccanismi di interruzione del ciclo di contatto può portare ad una presa di responsabilità non nel senso di doverci assumere un peso che prima non portavamo, ma nel senso che prendiamo coscienza del fatto che siamo noi stessi a determinare nella maggior parte dei casi se questi eventi debbano o no continuare ad esistere.

Respons-Ability è la capacità di rispondere, di esplicitare pensieri, reazioni ed emozioni in una data situazione. Ora, questa responsabilità, questa capacità di essere quel che si è, viene espressa dalla parola "io".

Nel ciclo del contatto la responsabilità si trova sulla linea che separa il contatto dal contatto finale, ovvero che separa il pensiero dall'azione. Si può assumere la responsabilità solo quando si è fatta una scelta. Una scelta presuppone di avere almeno un'alternativa. Si può scegliere fra due cose o azioni, fra il fare e il non fare.

Presupposti metodologici

Lo psicoterapeuta non si pone in una posizione di superiorità rispetto al paziente e non si ritiene un detentore di sapere nei suoi confronti, di conseguenza il paziente non si trova affatto in una posizione di inferiorità.

Quindi il compito dello psicoterapeuta non è trovare soluzioni per i problemi del paziente in termini di delega (fai tu per me), ma di accompagnarlo nella sua ricerca di soluzioni che utilizzano le risorse che egli stesso ha a disposizione. L'atteggiamento verso il paziente è caratterizzato da una posizione di interesse, curiosità e ascolto attivo e dallo sforzo di mettersi nei suoi panni, immaginando di vedere il mondo attra-

verso i suoi occhi. L'esplorazione empatica [21, 22] con il terapeuta, che in continuazione restituisce al paziente gli effetti che la narrazione gli genera, è l'inizio di una lenta appropriazione di responsabilità del paziente per ciò che egli fa.

Caratteristico per una seduta di psicoterapia della Gestalt è che il terapeuta non ha in mente un percorso o un programma particolare ma lavora in uno stato di "indifferenza creativa" [23] e si fa portare dal paziente.

L'attenzione può essere focalizzata su come il paziente interrompe il ciclo del contatto, ovvero sul processo di soddisfazione dei suoi bisogni. Spesso possiamo rilevare che ciò che il paziente fa (dire "sì" ad una proposta) non è affatto quello che desidera fare (dire "no" o fare qualcos'altro). In questo caso il paziente inizia a raccontare le sue esperienze con la repressione della sua insoddisfazione e prende consapevolezza delle conseguenze del suo comportamento.

Fondamentale è porre il paziente di fronte alle conseguenze delle sue azioni (responsabilità). Al paziente che chiede di essere liberato da un disagio, cioè dal sentire qualcosa di spiacevole, il terapeuta può solo chiedere, in riferimento al ciclo del contatto, se vuole cambiare qualcosa nella condotta della sua vita. Nel caso in cui il paziente dica di "no" e voglia evitare ciò che gli crea disagio, allora non è possibile fare niente, perché egli non è disposto a riconoscere che il suo malessere, è solo l'effetto prodotto dalla sua attuale condotta di vita.

Se invece il paziente decide di cambiare qualcosa nella sua vita, qualcosa che egli stesso decide (e non il terapeuta), allora quel cambiamento produce un effetto diverso dalla condotta precedente e costituisce una nuova esperienza.

Nel nostro progetto di ricerca partiremo dalla creazione dei criteri di osservazione dei seguenti parametri: livello di autostima del paziente, presenza dei meccanismi di interruzione del contatto, in particolare della retroflessione e dall'introiezione; assunzione di responsabilità; incapacità di dire no; difficoltà della gestione della territorialità ed altri che emergeranno durante la ricerca.

Metodologia della ricerca

Introduzione e obiettivi della ricerca

Esplorare i vissuti di chi soffre di attacchi di panico apre l'ipotesi secondo la quale l'attacco di panico più che come sintomo legato alla sfera dell'ansia e della paura, è una manifestazione di un disagio esistenziale/relazionale rispetto ad una inadeguata gestione della rabbia. La rabbia diventa inespressa e repressa (retroflessione) in seguito all'accumulo di insoddisfazioni, frustrazioni e deprivazioni a cui il paziente non sa dire "no". Quando la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare qualcosa che non vuole fare, e non sa come disimpegnarsi, interviene l'ansia che può aumentare fino a sviluppare diversi sintomi di panico.

In questa proposta di studio si andrà a verificare in che misura la rabbia inespressa può incidere sugli attacchi di panico. L'assunto, alla base della prassi gestaltica, è che una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano poi i diversi agiti della persona nella

manifestazione della rabbia.

Materiali e metodi

Per questa ricerca ci si varrà della collaborazione di pazienti che verranno suddivisi in tre gruppi:

- Soggetti con attacchi di panico sotto trattamento farmacologico;
- Soggetti con attacchi di panico senza trattamento farmacologico;
- Soggetti senza attacchi di panico.

Ai soggetti coinvolti verrà richiesto preventivamente il consenso informato alla ricerca in ottemperanza alla dichiarazione di Helsinki [24].

Per procedere nella strutturazione dello studio, è necessario delineare il metodo di raccolta dei dati e, in questo caso, interrogarsi su come rilevare la rabbia non espressa. A questo scopo si è deciso di utilizzare il test State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) [25] per misurare l'espressione e il controllo della rabbia in soggetti con attacchi di panico.

Lo STAXI-2 è uno strumento che fornisce valutazioni quantitative dell'esperienza, dell'espressione e del controllo della rabbia. Nel concetto di esperienza di rabbia sono compresi lo *stato di rabbia* e il *tratto di rabbia* (disposizione a percepire varie situazioni come frustranti e rispondere ad esse con un aumento della rabbia di stato), mentre l'espressione della rabbia comprende la rabbia verso l'esterno (*rabbia-out*), la rabbia rivolta all'interno, per trattenerla o sopprimerla (*rabbia-in*), i tentativi di controllare la propria espressione della rabbia (*controllo della rabbia-out*) o di sopprimerla tenendosi calmi (*controllo della rabbia-in*).

La versione originale dello STAXI è stata rivista e il numero degli item è passato da 44 a 57, mantenendo la struttura su sei scale: *Rabbia di stato* (suddivisa in tre sottoscale: *Sentire rabbia*, *Sentire come esprimere rabbia verbalmente* e *Sentire come esprimere rabbia fisicamente*), *Rabbia di tratto* (suddivisa in due sottoscale: *Rabbia Temperamento* e *Rabbia Reazione*), *Espressione della rabbia all'esterno*, *Espressione della rabbia all'interno*, *Controllo della rabbia all'esterno*, *Controllo della rabbia all'interno*; e un indice di espressione della rabbia che fornisce una misura riassuntiva dell'espressione e del controllo della rabbia (*Indice di espressione della rabbia*) [26]. Con i soggetti coinvolti nella ricerca sarà inoltre utilizzato lo strumento del Focus Group (FG) [27], una tecnica di rilevazione dell'informazione e di coinvolgimento partecipativo di gruppi di soggetti che rappresenta uno degli strumenti classici di ricerca qualitativa nell'ambito dei metodi delle scienze sociali.

Nello specifico ci si rifarà a un approccio sviluppato da Billy Desmond [28]. Si tratta di un approccio dialogico e cooperativo che mira alla co-costruzione della conoscenza e dell'esperienza attraverso le sensazioni e i vissuti che hanno risonanza nel corpo, ampliando la consapevolezza nel qui ed ora. Il processo relazionale, durante gli incontri, sarà più simile alla relazione Io-Tu di cui parla Buber [29 citato in 28] e non è prevista, come solitamente si procede nelle ricerche empiriche, una separazione fra osservatore ed osservato; si praticherà la ricerca con le persone e non su o verso le persone. Attenzione verrà posta alle sensazioni corporee, alle emozioni e ai movi-

menti. L'obiettivo è fidarsi della conoscenza di sé attraverso il corpo, che come dice Merleau-Ponty [30 citato in 28, p. 185] “procede l'elaborazione intellettuale e il chiarimento di significato”.

Durante il Focus Group [27] la discussione verrà facilitata da cinque domande con l'intento di indagare insieme ai partecipanti aspetti rilevanti per il focus della ricerca e quindi relativi all'esperienza della rabbia. Di seguito le domande che verranno proposte saranno le seguenti:

1. Cosa ti succede quando non ottieni ciò che vuoi?
2. Cosa fai quando non ottieni ciò che vuoi avere?
3. Che cosa è per te la rabbia?
4. Cosa fai quando ti arrabbi?
5. Come gli altri giudicano la rabbia?

Ogni incontro vedrà la partecipazione di piccoli gruppi con massimo sei persone. Gli incontri verranno registrati, trascritti e i contenuti organizzati al fine di identificare dati qualitativi e temi emergenti ed eseguire successivamente l'analisi semantica del testo e l'individuazione di cluster attraverso un software per l'analisi di contenuto e per il text mining il T-LAb [31].

Sarà importante non solo la risposta verbale che in partecipante vorrà condividere con il resto del gruppo, ma anche la sua “risposta fisiologica” emersa durante la somministrazione dei quesiti.

Il nostro cuore è la pompa che ci mantiene in vita e che batte mediamente 60 volte ogni minuto. Ma cosa accade se i nostri stati d'animo mutano? È interessante come la nostra frequenza cardiaca possa essere un indicatore delle nostre emozioni, quindi, durante l'incontro, poter avere indicazioni chiare su quanto il partecipante alla ricerca sia entrato in contatto con le emozioni può essere un'importante guida. Come rilevare la frequenza cardiaca? Una metodica semplice è l'applicazione di un pulsossimetro che indica su un display la frequenza cardiaca (in modo indiretto) rilevata con l'invio di infrarossi che registrano il contrarsi dei capillari periferici e quindi le pulsazioni/minuto.

Per non perdere il contatto con il paziente e la relazione terapeutica creata, la seduta sarà registrata da una videocamera posta alle spalle del terapeuta che riprende sia le reazioni non verbali del paziente che il display del pulsossimetro.

Questo permetterà di poter rivedere successivamente la seduta e vedere con maggiore attenzione quali reazioni ci siano state nel toccare punti salienti della sua esperienza emozionale.

I dati qualitativi e quantitativi rilevati saranno finalizzati alla progettazione di una Rete Neuronale (RN) utile ad indagare la correlazione non lineare tra i dati ottenuti.

Conclusioni

Nel momento in cui il paziente accetta di lavorare con il terapeuta, accetta che questi diventi parte del suo sistema relazionale e si confronta con la sua realtà avendolo accettato come soggetto che “disturba” la sua quotidianità.

La sua vita quotidiana riceve impulsi che valuta come accettabili o non accettabili,

sopportabili o non sopportabili. Se preferisce andare avanti come prima, la sua vita non cambierà e interromperà la terapia.

Se accetta di sperimentare cambiamenti, la sua vita cambierà e continuerà la psicoterapia

Il lavoro da psicoterapeuta della Gestalt non è programmabile. Non si possono seguire schemi. Il lavoro con il paziente che soffre di attacchi di panico è prima di tutto un lavoro con il paziente e non con il sintomo. Il sintomo ha una funzione nella sua vita che possiamo esplorare insieme.

Il sintomo non è inutile, ma costituisce il migliore adattamento possibile in quel momento della sua vita e per questo va riconosciuto come una soluzione a un disagio esistenziale, funzionale o disfunzionale che sia. Ogni azione che l'essere umano compie di volta in volta nella sua vita è, dal punto di vista soggettivo, giammai priva di senso, ma è finalizzata ad un miglioramento della propria condizione di vita.

Per tutti i motivi sopra esposti riteniamo necessario uno sforzo della ricerca scientifica nei confronti di un approccio al paziente che soffre di attacchi di panico, che non si limiti a tamponare il sintomo, ma che lo aiuti a guardare diversamente la sua vita e a trovare dentro e fuori di sé le risorse per affrontare e superare il suo disagio.

BIBLIOGRAFIA

1. Galimberti, U. (2006). *Psichiatria e fenomenologia* (Vol. 4). Milano: Feltrinelli Editore.
2. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
3. Brentano, F. (1874). *La psicologia dal punto di vista empirico*. Bari: Laterza
4. Husserl, E., (1965) *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi.
5. Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris (trad. it. Fenomenologia della percezione, Il Saggiatore, Milano, 1972).
6. Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio editori.
7. Von Bertalanffy, L., & Bellone, E. (1983). *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Milano: Mondadori.
8. Lewin, K. (2011). *Teoria dinamica della personalità*. Giunti editore.
9. Lorenz, K. (1980). *L'etologia: fondamenti e metodi*. Torino: Bollati Boringhieri.
10. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
11. Quattrini, P. (2000). *Esistenzialismo e verità narrativa*. *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 41-42, 24-29.
12. Ravenna, A.R. (2005). L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro psicoterapeutico. *INformazione Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 5.
13. Zinker, J. (2002). *Processi creativi in Psicoterapia della Gestalt*. Milano: F. Angeli.
14. Galimberti, U. (1999) *Psichiatria e fenomenologia. Con un saggio di Eugenio Borgna*. Milano: Feltrinelli.
15. Binswanger, L. (1973) L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria, in *Il caso di Ellen West e altri saggi*, Milano: Bompiani.
16. Quattrini, G. P. (2005). Pedagogia delle emozioni. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 24.

17. Lommatzsch, A. (2014). Processi emotivi e cognitivi nella relazione di aiuto: Cos'è che cura, *Monografico- Supplemento al n° 22 della rivista Nuove Arti Terapie*, 243-258.
18. Lommatzsch, A. (2009). La Psicoterapia: Il piacere di una conquista. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 14. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in <https://www.igf-gestalt.it/wp-content/uploads/2013/06/lommatsch-piacere.pdf>
19. Lommatzsch, A. (2010). L'apprendimento: Il piacere di una conquista. *IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 16. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in: <https://rivista.igf-gestalt.it/apprendimento/>
20. Perls, F. S., & Sanders, J. (1977). *L'approccio della Gestalt e Testimone oculare della Terapia*. Roma: Astrolabio.
21. Quattrini, G.P. (2014). Realtà oggettuale e realtà relazionale in PTG: il problema della trascendenza. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 24. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in: <https://rivista.igf-gestalt.it/realta-oggettuale-e-realta-relazionale-nella-ptg-il-problema-della-trascendenza/>
22. Iacoella, S., Ravenna, A.R. (2020) Glossario FISIG 2016. Federazione Scuole e Istituti di Gestalt. Roma. Disponibile in: <http://www.fisig.it/glossario/>
23. Friedlaender, S. (2009). *Schöpferische Indifferenz* (Vol. 10). BoD–Books on Demand.
24. World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191- 2194, 2013.
25. Spielberger, C.D. (2007). *Staxi-2 State-trait Anger Expression Inventory-2*. Adattamento Italiano a cura di Anna Laura Comunian. Firenze: Giunti O.S.
26. Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. e Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Test Manual for Form X*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto (tr. it. a cura di Lazzari R. e Pancheri P.. S.T.A.I. Questionario di autovalutazione dell'ansia di stato e di tratto. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980).
27. Zammuner, V.L. (2003). *I Focus Group*. Bologna: Il Mulino.
28. Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
29. Buber, M. (1958) I and Thou, 1923rd edition, New York: Charles Scribner & Sons (Citato in: Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
30. Merleau-Ponty, M. (2002/1945) *Phenomenology of perception*, London and New York Routledge. (Citato in: Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
31. Lancia, F. (2004) *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: Franco Angeli.

ARTICOLO DI OPINIONE

L'approccio integrato in psicoterapia: origini, configurazioni attuali, prospettive formative

Marco Architravo¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Architravo M. (2020).
L'approccio integrato in psicoterapia:
origini, configurazioni attuali,
prospettive formative
Phenomena Journal, 2, 39-48.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.110>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Marco Architravo
marco.architravo@gmail.com

Ricevuto: 24 maggio 2020

Accettato: 18 settembre 2020

Publicato: 19 settembre 2020

ABSTRACT

Through a historical recapitulation of how the concept of integration in psychotherapy has evolved over time, in relation to changes in society, it is intended to underline how the current configuration can find a further development according to the complexity of the present time. In particular, the focus is centered on the experience of the psychotherapist starting from his specialist training, as an element of integration of its clinical practice regardless of the use of techniques and the training reference of common factors.

KEYWORDS

integration in psychotherapy, common efficacy factors, educational perspectives.

ABSTRACT IN ITALIANO

Attraverso una ricapitolazione storica di come il concetto di integrazione in psicoterapia si è evoluto nel tempo, in relazione ai cambiamenti della società, si intende sottolineare come la configurazione attuale possa trovare un ulteriore sviluppo in funzione della complessità del presente. In particolare il focus è centrato sull'esperienza dello psicoterapeuta a partire dalla sua formazione specialistica, come elemento di integrazione del suo fare clinico indipendentemente dall'utilizzo delle tecniche e dal riferimento formativo dei fattori comuni di efficacia.

PAROLE CHIAVE

integrazione in psicoterapia, fattori comuni, prospettive formative.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un dibattito piuttosto intenso sulla necessità di offrire alla psicoterapia integrata una identità più definita (Migone 2008) [1]. Tale processo appare ancora in corso e benché molti psicoterapeuti definiscano il proprio operato clinico come integrato, troppo spesso tale modalità appare caratterizzata da quel fraintendimento comune che mette al primo posto l'utilizzo plurale di tecniche provenienti da diversi modelli, racchiusi all'interno di un unico fare clinico. Questo abbandonarsi ad un eclettismo tecnico, benché attraente, ha mostrato ad un certo punto i suoi limiti in assenza di una riflessione più accurata sulla effettiva efficacia di un modello integrato, inteso innanzitutto dal punto di vista epistemologico, e su come in effetti tale pluralità debba organizzarsi all'interno della prassi clinica. Da ciò è scaturito il discorso intorno ai criteri di efficacia della psicoterapia [2] e alla individuazione dei fattori comuni trasversali ad ogni approccio; tale risultato ha messo d'accordo i diversi orientamenti sul fatto che ogni forma di intervento posto in essere in psicoterapia va inteso sempre in relazione a questo riferimento dettato dai fattori comuni di efficacia (Giusti, E., Montanari, C., Montanarella, G. 1995) [3]. Sul piano teorico e tecnico ciò ha rappresentato un traguardo di grande importanza ma sul piano dell'acquisizione di una mentalità integrata da parte degli psicoterapeuti sembra che ci sia ancora della strada da percorrere. Il metamodello offerto dalla individuazione dei fattori comuni ha certamente rappresentato un progresso scientifico nel campo della ricerca in psicoterapia, ma ha anche assolto ad una funzione di carattere per così dire "politico" all'interno della comunità scientifica: tale rimodulazione epistemologica infatti ha certamente ridotto la dialettica spesso conflittuale tra le varie scuole, rallentando però, allo stesso tempo, la spinta ad approfondire le potenzialità della ricerca di un modello di psicoterapia che oltrepassi la cornice dei fattori comuni. Questo arresto ha certamente riguardato maggiormente le scuole di formazione più che i ricercatori evidenziando ancora di più una frattura che è perdurata per molto tempo tra clinica e ricerca come due discipline in comunicazione indiretta (Migone 2001) [4].

Il problema quindi appare di carattere culturale oltre che scientifico e del resto l'evoluzione e il progresso della psicoterapia sono stati sempre fortemente condizionati dal momento storico in cui il pensiero scientifico si è mosso nell'affrontare nuove sfide. In questo momento in particolare, in cui assistiamo a cambiamenti rapidi, che disorientano l'individuo rispetto alla percezione di come egli stesso si colloca nella società, l'evoluzione della psicoterapia esige un approccio più che mai scientifico anziché ideologico. Questa impostazione ideologica ha penalizzato prevalentemente il rapporto tra psicoanalisi e altri orientamenti creando in alcuni momenti una frattura che ad oggi appare più che mai acritica oltre che anacronistica. La psicoanalisi stessa, però, è in qualche modo contemporaneamente vittima e artefice di questa spaccatura, combattuta tra la necessità di rinnovarsi e il timore che la sua antica veste istituzionale subisca delle contaminazioni che ne snaturino l'identità. Ed in effetti appare paradossale che proprio la psicoanalisi che rappresenta l'apparato radicale di ogni psico-

terapia, faccia sempre più fatica a trovare riconoscimento e posizionamento all'interno del discorso sull'integrazione nei programmi formativi di alcune scuole a ispirazione integrata. Una esclusione, ma quindi anche un'autoesclusione motivata spesso dall'assunto che quella analitica rappresenta essenzialmente un'esperienza di esplorazione e di conoscenza del profondo la cui funzione di cura è un effetto conseguente, ma non il suo mandato principale, mentre la psicoterapia si orienta verso la cura della sofferenza mentale in modo dichiarato e senza equivoci. Considerando però che la sofferenza psichica è quella che spinge le persone a rivolgersi indistintamente a psichiatri, psicoterapeuti e psicoanalisti, questi ultimi rischierebbero, secondo questo assunto formale, di prendere in carico *analizzandi* che si propongono però come *pazienti*. Questo esempio sottolinea ancora di più quanto il tema della integrazione in psicoterapia vada affrontato seguendo un approccio più ampio rispetto alla possibilità di fare convergere linguaggi diversi all'interno di una esperienza comune. C'è da chiedersi quindi se ciò che oggi definiamo approccio integrato rappresenti davvero la risposta alla domanda che da decenni la comunità scientifica si pone intorno alla possibilità di dare origine ad una forma di psicoterapia trans-teorica che si focalizzi essenzialmente sull'esperienza della relazione terapeutica, che ricordiamo, è considerato il fattore comune di efficacia più importante [5], e su tutte quelle variabili che caratterizzano il processo clinico.

È sicuramente complesso formulare una risposta che sia davvero soddisfacente e che sia davvero affrancata da fattori che interferiscono con una riflessione per così dire più laica all'interno del panorama attuale della ricerca scientifica. Ma forse è proprio nel tentativo di raggiungere una tesi sul tema dell'integrazione in psicoterapia che può nascondersi un inganno; questo lavoro, partendo da una ricapitolazione dei modi in cui è stata intesa la psicoterapia integrata nel corso dei decenni, cerca di esaminare la possibilità di abbandonare una idea formalizzata della psicoterapia integrata come guida epistemologica, per dare maggiore importanza all'esame del processo clinico inteso come esperienza la cui forma muta nel tempo, e trovare in ciò un senso più maturo del concetto di integrazione. Più in particolare il focus è spostato sulla esperienza del terapeuta e sull'evoluzione del suo modo di abitare la mutevolezza del processo clinico al confine della relazione con i propri pazienti a partire dal momento in cui durante la propria formazione, si avvicina al concetto di integrazione.

Dall'insight ai fattori comuni di efficacia

I primi passi mossi dalla psicologia come disciplina scientifica che si affranca dalla cornice filosofica esistenzialista, sono scaturiti dalla necessità di comprendere, su base empirica, i fattori che regolano l'apprendimento; in particolare come l'individuo processa le informazioni provenienti dall'ambiente e le organizza sulla base delle esperienze proprie, prevalentemente fisiologiche, per produrre una risposta comportamentale. Da questo punto di vista la psicologia sperimentale si è occupata essenzialmente di processi cognitivi; nel famoso esperimento di Köhler (1917) [6] la scimmia chiusa nella gabbia per raggiungere la banana posta dall'altra parte della

stanza ha a disposizione una serie di bastoni di bambù di lunghezza crescente; per risolvere il problema intuisce che deve procedere per tappe ovvero utilizzare il primo bastone per recuperare quello di lunghezza successiva e così via fino a raggiungere la banana. La scimmia ha un *insight*, ovvero fa un'esperienza mentale complessa, che comprende differenti funzioni, che stanno alla base di una scelta che si declina in un comportamento. Questo momento della psicologia sperimentale osservava i fenomeni secondo uno schema lineare stimolo-risposta e sulla base di questa impostazione epistemologica il comportamento e la sua origine venivano posizionati su una linea temporale per cui i fenomeni esistevano sulla base di un prima e un dopo i cui passaggi intermedi sono stati esaminati in modo parziale. Ma che esperienza è l'*insight*? Potremmo dire che nel caso della scimmia di Köhler è il modo in cui funzione immaginativa e motoria si sono combinate per "trasformare la realtà", ovvero come la realtà si possa rendere completamente diversa nell'aspetto, nella struttura e nella funzione. Ciò spiega come l'*insight* costituisca il passaggio mediante il quale la realtà, così come la vediamo, e gli oggetti che la compongono subiscono un processo di cambiamento nelle loro possibilità di utilizzo, della loro forma e quindi dell'esperienza che di essi se ne può fare. L'*insight* è quindi una esperienza breve temporalmente ma che scaturisce da una grande quantità di variabili complesse che riguardano il rapporto che l'individuo riesce a stabilire tra mondo interno e realtà esterna. Anche la psicopatologia e il corredo sintomatologico sono fenomeni osservati secondo questa impostazione lineare; l'accento è quindi posto sull'attualità come risultato di esperienze del passato che spiega il modo in cui si organizza la personalità e sullo stimolo proveniente dall'esterno come spinta che elabora processi di pensiero ed emozioni che esitano in un sintomo.

L'avvento della psicoanalisi occuperà lo spazio destinato alla riflessione sulla cura della sofferenza psichica che la psicologia dell'atto e della forma (che hanno ispirato questi studi), riusciranno a prendersi soltanto decenni dopo con lo sviluppo della psicoterapia della Gestalt di Perls (1950) [7]; ma nel frattempo il dibattito sulla possibilità di superare i limiti transteorici si articolava essenzialmente intorno alla necessità di integrare proprio psicoanalisi e comportamentismo cognitivista riconosciuti come i due approcci alla cura mentale di maggiore rilevanza; essi, benché antitetici epistemologicamente, non potevano continuare a esistere l'uno come negazione dell'altro (Wolf 1966) [8], bensì come completamento vicendevole dei limiti intrinseci a ciascun modello. Poco più tardi Lazarus (1967) [9] conia il concetto di eclettismo tecnico proprio per sottolineare il fatto che circoscrivere l'esperienza psichica all'interno di una sola cornice teorica rischia di rendere questa stessa esperienza, e quindi anche la psicoterapia, ascientifica perché incline a selezionare i fenomeni naturali (in questo caso la presenza dell'inconscio e il determinismo comportamentale) in base ad una scelta culturale più che scientifica. Il rischio quindi è quello di adattare l'individuo alla teoria e non il contrario, generando degli artefatti nell'esperienza della relazione terapeutica. La direzione più giusta quindi sembra essere quella di adattare la psicoterapia all'individuo e Rogers (1959) [10] ha interpretato meglio di chiunque altro questo concetto attraverso il concetto di ascolto attivo e la formulazione di un per-

corso di cambiamento articolato per tappe. Ma sia l'approccio rogersiano che le altre forme di psicoterapia nate in quel periodo rispondono a esigenze specifiche di un contesto sociale in piena trasformazione: un nuovo sviluppo industriale, l'accesso più facile a beni di consumo per la classe media, fino a quel momento destinato alla borghesia e il mito del self made man che ritrova vigore negli Stati Uniti del dopoguerra rivoluzionano anche il rapporto con il concetto di sofferenza psichica e con la cura. Emerge un minore interesse da parte della ricerca in psicoterapia per una psichiatria dell'individuo a vantaggio della necessità di osservare in modo più approfondito il rapporto tra questi e la società. Questo significa che l'individuo è considerato sempre meno l'esclusivo portatore del disagio mentale che si può invece considerare espressione di un sistema spesso dal potenziale iatrogeno. Ciò nonostante ci vorranno ancora anni perché questo modo di considerare la sofferenza mentale superi i confini del mondo scientifico e filosofico per radicarsi nelle coscienze collettive.

I decenni successivi anche saranno caratterizzati da profondi cambiamenti sociali: il movimento pacifista prima e l'espansione economica degli anni 80 poi, delineano più chiaramente le trasformazioni scaturite da bisogni che si esauriscono senza sedimentarsi lasciando il passo a bisogni ad essi contrapposti e mostrando quanto la società dell'epoca che inizia a prendere coscienza degli slanci di modernizzazione cui si sta affacciando, faccia fatica a definire in modo più accurato un'idea di individuo e di valori che ne caratterizzino davvero l'identità. Questo dilemma sembra passare in secondo piano con l'avvento della più grande rivoluzione che la società abbia mai conseguito: internet e l'ingresso nell'era digitale. Negli ultimi trent'anni questo cambiamento è stato esponenziale e le nuove tecnologie si sono sviluppate più rapidamente di quanto le persone siano state capaci di adattarvisi. Ancora oggi questo processo asincrono tra cambiamento e adattamento seppur in maniera minore mostra la sua insistenza. Ciò che accade quindi è la difficoltà di riferirsi al paradigma temporale di causa effetto come avveniva in passato di eventi remoti che si riverberano nel presente considerati come riferimenti che organizzano l'esperienza; più precisamente la strutturazione del processo clinico fatica a diventare un organizzatore della percezione che il paziente ha della propria esperienza come qualcosa che si dispiega nel proprio tempo evolutivo specialmente per i nativi digitali nati in un'epoca in cui questo confronto tra passato e presente resta talvolta indistinguibile. Il potere delle immagini che si propongono come narrazione sintetica e talvolta, per questo, approssimativa della realtà propone una cultura della comunicazione essenzialmente simbolica dove la verbalizzazione soccombe; ciò sembra ricadere sulle funzioni di apprendimento imponendo l'adozione di nuovi codici di comunicazione che la psicoterapia come disciplina sta imparando a considerare solo di recente. Un interessante studio di Collerone, L., & Citt, G. (2013) [11] sottolinea come l'esposizione a dispositivi digitali di bambini di età prescolare modifica alcune funzioni cerebrali legate all'apprendimento potenziando alcune aree della corteccia visiva a scapito di quelle verbali. Se da un lato quindi l'esperienza che viene processata mediante un codice visivo sostiene alcune prestazioni cognitive, dall'altro la riduzione del ricorso al co-

dice verbale riduce le funzioni riflessive. La differenza sostanziale quindi appare relativa ad un cambiamento nei codici della comunicazione moderna, sempre più veloce e sempre più organizzata per immagini concettuali. L'era digitale quindi sembra avere riformulato i parametri temporali: la velocità comunicativa e la certezza che tale velocità consente l'accesso immediato a nuovi contenuti, una volta esauriti i precedenti, rende preclusi a quei passaggi intermedi che arricchiscono l'esperienza cognitiva in funzione di apprendimenti più profondi, e quindi alla elaborazione delle informazioni apprese.

Un'altra tematica che ha suscitato molte riflessioni sul ruolo e sulla efficacia della psicoterapia ha riguardato il tema della trattabilità dei pazienti in particolare modo rispetto ai disturbi di personalità come paradigma di riferimento clinico (Stone 2007) [12]; l'accento è stato posto su un ventaglio di caratteristiche attinenti non soltanto al paziente che prescindono dalla psicopatologia e fanno capo a fattori caratteriali, temperamentali, ambientali o culturali, ma anche a come questi aspetti si coniugano con i medesimi fattori appartenenti al terapeuta, sottolineando come l'esperienza psicoterapeutica si sviluppa all'interno di una dimensione relazionale non solo comunicativa (cioè le informazioni che si scambiano paziente e terapeuta), ma anche su come le caratteristiche di entrambi entrano in gioco nel campo di questa dimensione relazionale.

C'è da chiedersi quindi che ruolo occupa la psicoterapia in questo scenario? Lo psicoterapeuta a sua volta è fruitore di questa evoluzione e la sfida attuale per la psicoterapia integrata risiede anche nella necessità di costituire un equilibrio più adeguato tra epistemologia clinica e cambiamento culturale e sociale. Da questo punto di vista la nuova sfida quindi sta nella necessità di comprendere se la psicoterapia debba adeguarsi a questa nuova modalità di comunicazione e quindi utilizzare nuovi codici relazionali, oppure se la psicoterapia possa rappresentare la dimensione in cui ciò che può essere davvero terapeutico è il ripristino di una narrazione dell'esperienza dell'individuo mediante un codice verbale ormai sbiadito. L'asincronia tra cambiamento e adattamento che mette in crisi la configurazione della linearità del tempo evolutivo riguarda quindi anche la psicoterapia. Questi interrogativi impongono più di quanto sia mai accaduto nella storia della psicologia, una riflessione sul senso di un approccio integrato che qualifichi più accuratamente la funzione dei fattori comuni di efficacia relativamente alla loro configurazione transteorica conferendo alle funzioni verbali, in un futuro che appare non lontano, il ruolo di ulteriore fattore comune di efficacia terapeutica.

La formazione all'integrazione

La locuzione del *sapere, saper fare e saper essere* utilizzata con il fine di rappresentare in modo esaustivo l'insieme delle competenze dello psicoterapeuta appare quindi troppo generica e non sufficiente: che cosa c'è da sapere? A quale *fare* ci riferiamo? Che identità dobbiamo assumere per definirci psicoterapeuti che abitano il tempo presente e la sua complessità?

È indubbio che la formazione alla psicoterapia debba comprendere delle conoscenze di base relative alla funzione dello psicoterapeuta, la conoscenza di una teoria della mente cui quest'ultimo si riferisce per avere un punto di vista dal quale osservare i fenomeni di cui si occupa, e l'apprendimento di tecniche che in modo comprovato suscitano delle risposte psicologiche nei pazienti; tutto questo però è una condizione necessaria, specialmente dal punto di vista formale e istituzionale, ma certamente non sufficiente a fare di uno psicologo o di un medico uno psicoterapeuta integrato. Sicuramente la formulazione dei fattori comuni di efficacia rappresenta un riferimento di grande importanza per le ragioni evidenziate in precedenza ma allo stesso tempo essi sono pur sempre un decalogo esterno allo psicoterapeuta; nel corso della sua formazione quest'ultimo apprende questo decalogo ne comprende la funzione, il significato e le potenzialità, ci si riferisce e lo utilizza nel suo fare clinico così come utilizza qualunque altro apprendimento teorico e tecnico. Ciò quindi implementa l'idea che egli si fa dell'essere uno psicoterapeuta integrato ma non soddisfa di per se questo requisito. Di cosa ha bisogno quindi? Forse la risposta sta in qualcosa di apparentemente scontato: ha bisogno di un paziente. Per lo psicoterapeuta che vuole essere integrato c'è bisogno di stabilire un contatto con la dimensione dell'alterità, che funga da sponda per comprendere il modo in cui egli stesso si relaziona alla realtà e al proprio mondo interno; ma necessita anche di un obiettivo da raggiungere, di un processo di cui sentire di far parte. In questo gli strumenti che adotta per stabilire una comunicazione dalla parola alle percezioni sensoriali alle proprie emozioni rappresentano una sorta di ecolocazione che crea una immagine mentale di un mondo che non conosce rappresentato dal mondo interno del paziente. Le teorie, le tecniche rappresentano per lo psicoterapeuta ciò che per la scimmia di Köhler erano gli oggetti presenti nella stanza; sono oggetti da utilizzare per avviare un processo di trasformazione della realtà sulla base di una osservazione globale dove però gli elementi che appartengono al prima e al dopo dell'esperienza si configurano soltanto come spinte motivazionali e non esplicative dei processi mentali in atto. La temporalità quindi assume una veste differente e soprattutto non riguarda la sola esperienza del paziente ma anche quella del terapeuta nella misura in cui quest'ultimo è immerso nel campo dell'esperienza che si crea nella relazione terapeutica. In questo senso l'approccio della psicoterapia della Gestalt si presta particolarmente a questa impostazione integrata Polster (1986) [12] per la quale il tempo più importante è quello presente, ma lo fa essenzialmente nella sua veste operativa, dove il *qui ed ora* costituisce la dimensione nella quale l'esperienza si attualizza e non esiste niente più importante della consapevolezza di quanto accade nel momento presente della sua realizzazione. Sul piano teorico anche la Gestalt però si rifà ad una temporalità che posa lo sguardo sul passato per strutturare una teoria dell'evoluzione della personalità dell'individuo che prende le sue mosse da una riformulazione che Perls fa di alcuni concetti freudiani che descrivono il rapporto tra individuo e ambiente. Sulla base di queste considerazioni l'idea di una psicoterapia integrata si articola su più livelli; essi a loro volta devono funzionare secondo una contemporaneità che abbraccia tutto il processo clinico. Ma dal punto di vista della formazione finalizzata all'acquisizione

di una mentalità integrata questi livelli vanno appresi per gradi.

Il primo livello riguarda la dimensione operativa e si riferisce quindi all'eclettismo delle tecniche; come abbiamo visto però questo è un requisito di base ed è essenzialmente legato alla necessità di acquisire una metodologia e, in particolare modo, la possibilità di essere consapevoli dei processi mentali che si attivano all'atto della utilizzazione di strumenti e tecniche. In esso è inclusa anche la conoscenza e la funzione dei fattori comuni di efficacia che come detto in precedenza è sempre un paradigma esterno alla esperienza dello psicoterapeuta e quindi ancor di più di quello in formazione.

Il secondo livello appartiene più propriamente alla capacità dello psicoterapeuta di integrare parti di sé dentro le scelte teoriche e tecniche con le quali intende svolgere il proprio lavoro clinico. In altri termini lo psicoterapeuta integrato, nel suo procedere clinico certamente focalizza la propria attenzione sull'esperienza del paziente ma questa abilità non prescinde da quella di focalizzarsi anche sulla propria. Egli interpreta il fare tecnico nel modo in cui sente più proprio mettere in atto ogni modalità operativa che non può appiattirsi sul decalogo degli apprendimenti del *saper fare* comune ma rende l'intervento clinico esattamente unico come unico è il timbro della sua voce, la sua postura fisica o il suo modo di vivere l'emotività che l'interazione con l'altro produce.

Pertanto, nel momento in cui lo psicoterapeuta si immette nel campo dell'esperienza condivisa con il paziente, egli si confronta di continuo, istante per istante, con l'esperienza che riverbera dentro di sé sotto forma di pensieri, emozioni e libere associazioni; questo materiale orienterà le sue scelte operative, modulando in modo inevitabile il proprio procedere clinico a prescindere dalle tecniche cui deciderà di ricorrere ma sempre all'interno di una cornice di riferimento che lo spingerà all'utilizzo di scelte operative e di interventi clinici. Come si impara a mettere in atto questa funzione? O meglio, come si impara a cogliere i propri cambiamenti interni e a controllare ed utilizzare questa variabilità nel campo della relazione terapeutica? La proposta che scaturisce da un modello di formazione integrato che guarda alla complessità della funzione psicoterapica pensa alla formazione non soltanto come a un processo di apprendimento di teorie strumenti e tecniche ma anche come a un processo psicologico quindi di trasformazione e cambiamento. Questa impostazione promuove la possibilità di oltrepassare l'apprendimento della integrazione delle tecniche per conseguire quello dell'integrazione delle esperienze individuali con quelle cliniche che avvengono nel corso della formazione alla psicoterapia. Per questa ragione un modello formativo che parte da questa base epistemologica conferisce ancora maggiore importanza alla psicoterapia personale e alla supervisione dei casi che lo specializzando prende in carico. L'offerta formativa deve posare lo sguardo sia sull'aspetto dell'apprendimento delle teorie e degli strumenti necessari per avere una consapevolezza di base di cosa significa la funzione psicoterapica, sia sulla dimensione evolutiva dell'allievo nel corso degli anni di formazione. Quest'ultima non può essere delegata alla sola psicoterapia individuale didattica ma inclusa in una didattica che tenga conto dell'esperienza psicologica che nel suo complesso la formazione alla

psicoterapia rappresenta. L'ipotesi è che sentirsi oggetto di attenzione da parte dei formatori soprattutto per quello che riguarda lo sviluppo della parte emotiva e non soltanto didattica aiuti l'allievo a introiettare un modello di relazione unico, nel quale sia possibile ricoprire in modo organizzato, monitorato e non casuale il ruolo di allievo, paziente in training e futuro clinico. Questo complesso di esperienze relazionali aiuta l'allievo a comprendere e mettere in atto il secondo livello di integrazione nel quale riuscire a interpretare il fare clinico in modo efficace sulla base delle proprie caratteristiche personali ed individuali.

Conclusioni

Il modello pluralistico ha sostenuto lo sforzo di dare corpo ad una psicoterapia integrata; ciò nonostante l'idea che la psicoterapia sia più efficace perché fondata sul presupposto che unire diverse tecniche provenienti da diversi orientamenti rappresentando un rafforzativo del fare clinico, come rilevato, appare poco soddisfacente. La complessità della psicoterapia esige riflessioni e approfondimenti che si focalizzino prevalentemente sulla fenomenologia della relazione terapeutica. Più in particolare l'attenzione destinata al terapeuta, al suo modo di comprendere sul piano fenomenologico gli eventi che si avvicendano nella esperienza condivisa con il paziente, sembra di grande interesse sul piano della ricerca. Più in particolare sarebbe interessante potere misurare i cambiamenti che avvengono all'interno del processo terapeutico del terapeuta con quello specifico paziente e del terapeuta nel tempo che passa nel corso del suo lavoro di clinico. La dimensione della variabilità del tempo e della sua percezione da parte degli attori della relazione terapeutica è centrale rispetto alla evoluzione del processo clinico come a quella del processo formativo. È indubbio che il riferimento temporale è lineare e gli accadimenti del processo clinico e della sua evoluzione istintivamente si collocano lungo un prima e un dopo; ma la relatività della percezione del tempo che passa modifica la percezione degli eventi come oggetti collocati dentro una variabilità lineare. Formare ad un approccio integrato significa anche sperimentare il procedere di questa variabilità e imparare la gestione di questi cambiamenti. Ma, come sottolineato, il senso di una vera funzione integrata alla psicoterapia risiede proprio nella necessità di imparare a conoscere approfonditamente la propria dimensione interna. Questo bagaglio di conoscenze e di esperienze serve a comprendere come esse entrano in gioco nella pratica clinica e come scegliamo di ricorrere ad alcune strategie operative e relazionali cui è possibile fare ricorso. Una formazione specialistica potrebbe quindi essere pensata monitorando mediante strategie di ricerca clinica il processo formativo degli allievi e fornire loro informazioni più dettagliate su come il proprio modo di essere si riverbera nel loro stile operativo e come esso necessita di essere raffinato o modificato. Questa modalità sembra potere rappresentare una funzione di integrazione delle esperienze individuali dell'allievo che affronta il percorso formativo ampliando in modo sistematizzato la prospettiva di una formazione ad una disciplina come la psicoterapia caratterizzata da una complessità che oltrepassa in modo considerevole il semplice apprendimento di teorie e metodi del fare clinico.

BIBLIOGRAFIA

1. Migone, P. (2008). Riflessioni sul problema della pluralità dei metodi di ricerca in psicoterapia. Carere-Comes T., a cura di, *Quale scienza per la psicoterapia*, 19-31.
2. American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
3. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Franco Angeli, Milano.
4. Migone, P. (2001). La dicotomia tra clinica e ricerca in psicoterapia: due scienze separate. *Il Ruolo Terapeutico*, 88, 57-64.
5. Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work (2nd ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
6. Köhler, W. (1917). *Intelligenzprüfungen an anthropoiden*. 1.- (No. 1). Königl. akademie der wissenschaften.
7. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.
8. Wolf, E. (1966). Learning theory and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 39(1), 1-10.
9. Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21(2), 415-416.
10. Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
11. Collerone, L., & Citt, G. (2013). Il cervello nell'era digitale e la "Branching literacy". *Italian Journal of Educational Technology*, 21(1), 19-24
13. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
14. Stone, M. H. (2007). *Pazienti trattabili e non trattabili: i disturbi di personalità*. Cortina.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

L'intervento psicologico in carcere secondo l'approccio gestaltico integrato: aspetti relazionali e risonanze

Valentina Maltese¹, Sebastiana Cipponeri¹, Salvatore Renda¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Maltese V., Cipponeri S.,
Salvatore R. (2020).
L'intervento psicologico in carcere
secondo l'approccio gestaltico
integrato: aspetti relazionali e risonanze
Phenomena Journal, 2, 49-62.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.102>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Valentina Maltese
valentinamaltese3@gmail.com

Ricevuto: 18 maggio 2020

Accettato: 21 settembre 2020

Publicato: 23 settembre 2020

ABSTRACT

This work was born with the aim of creating an integrated methodology of psychological intervention in the penitentiary context. In this sense, has been created a path-intervention-treatment that combines the gestalt principles of attention to the present, responsibility and awareness with a Rogersian approach of unconditional acceptance and absence of judgment to allow through the narration of oneself a re-signification of one's own path of life with a view to change. This approach has as a parallel purpose that of improving the psychological condition of the prisoner, who lives in a relational dimension perpetually characterized by the conflict between different "actors" and in a temporary dimension that fluctuates from past to future, with the impossibility to reflect on the here and now. The work aims to outline a path-intervention through an integrated approach that aims to individualize the treatment pathway in a specific way and to outline a methodology of intervention for the prison psychologist, which allows to effectively facilitate a possible critical review of the crime, through the stimulation of self-awareness and self-harm and a consequent improvement in the psychological well-being perceived by the inmate himself. For the evaluation of the effectiveness of the treatment, a self report instrument was built in order to identify the presence of anxious depressive symptoms in the prisoner, before and after the psychological intervention performed.

KEYWORDS

context penitentiary, prisoner treatment, prison psychologist, gestalt integrated methodology.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro nasce con l'obiettivo di creare una metodologia integrata di intervento psicologico in ambito penitenziario. In tal senso è stato creato un percorso-intervento che coniuga i principi della gestalt di attenzione al presente, responsabilità e consapevolezza con un approccio di stampo rogersiano di accettazione incondizionata e assenza di giudizio per permettere attraverso la narrazione di sé una risignificazione del proprio percorso di vita in un'ottica trattamentale di cambiamento.

Tale approccio ha come scopo parallelo quello di migliorare la condizione psicologica del detenuto, il quale vive in una dimensione relazionale perennemente connotata dal conflitto tra diversi "attori" e in una dimensione temporale che oscilla tra passato e futuro, nell'impossibilità di riflettere sul "qui e ora". Il lavoro mira a delineare un percorso-intervento attraverso un approccio integrato che miri a individualizzare il percorso trattamentale in maniera specifica e a delineare una metodologia di intervento per lo psicologo penitenziario, che permetta di favorire in maniera effettiva una possibile revisione critica del reato, attraverso la stimolazione della consapevolezza di sé e della risignificazione di sé e un conseguente miglioramento del benessere psicologico percepito dal detenuto stesso. Per la valutazione dell'efficacia del trattamento è stato costruito uno strumento di self report allo scopo di individuare la presenza di sintomi ansioso depressivi nel detenuto, prima e dopo l'intervento psicologico effettuato.

PAROLE CHIAVE

ambito penitenziario, trattamento detenuti, psicologo penitenziario, metodologia gestalt integrata.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La riforma dell'Ordinamento penitenziario introdotta dalla legge n. 354 del 1975 ha rappresentato un punto di svolta importante per i principi base della funzione rieducativa della pena. Essa in particolar modo, pone l'accento sull'importanza delle attività trattamentali e sul ruolo delle figure ad esse deputato. Nello specifico, viene per la prima volta introdotta la figura dell'esperto ex art. 80 con specifica formazione psicologica o criminologica, con l'obiettivo di compiere un'osservazione scientifica della personalità e accertare l'avvenuta revisione critica del reato. [1]

Alla luce delle nuove normative e delle funzioni ad esse annesse, la figura dello psicologo ex art. 80 all'interno degli istituti penitenziari, assume le caratteristiche di una vera e propria figura mitologica

- metà psicologo e metà istituzione. Ciò che a primo avviso sembra una metafora irriverente, pone in essere in realtà il primo conflitto emotivo per l'operatore che si trova a lavorare nel contesto carcerario: ovvero la continua alternanza tra il porsi in un atteggiamento di ascolto e di accoglienza non giudicante e la richiesta di essere un organo interno all'istituzione chiamato a relazionare ed emettere dei giudizi rispetto alla revisione critica del reato e nello stesso momento membro titolare delle commissioni disciplinari (ruolo istituzionale e punitivo).

Il carcere di per sé porta al suo interno un microcosmo complesso e spesso frammentato, tanto da diventare spesso schizoide e paranoico.

Il contesto carcerario porta infatti al suo interno come preponderante il tema del *conflitto*, il quale si estrinseca a più livelli:

- *conflitto tra società esterna vs detenuti*: Tale antitesi rappresenta la dieresi tra chi rispetta le regole e chi no, semplicisticamente tra buoni e cattivi. Tra coloro che hanno deciso di operare aderendo alle norme giuridiche della società di appartenenza e coloro che le hanno trasgredite dunque finiscono per essere "esclusi" dalla società;

- *conflitto tra detenuti vs agenti della polizia penitenziaria*: contrasto che ripropone l'antitesi tra chi sta alle regole e chi no. Ciò che muta sono proprio le convinzioni di base dei diversi attori relazionali: da una parte gli agenti hanno come sentire comune concetti come essere al servizio di, rispettare la legge e i regolamenti, garantire sicurezza, controllare e rieducare; dall'altra nel gruppo detenuti i concetti chiave condivisi sono uscire, farsi valere, farsi i fatti propri, passare il tempo, lavorare, sentire qualcuno e non fare l'infame [2];

- *conflitto tra agenti della polizia penitenziaria e operatori "civili"*: tale conflitto appare meno evidente e giocato per la maggior parte su un livello implicito. Esso appartiene al caro tema di ruoli e competenze e alla diversa funzione che organi differenti hanno all'interno di una stessa istituzione. Spesso tale diversificazione porta all'interno delle relazioni confusione e errate attribuzioni (essere dalla parte di vs essere contro a...).

Ciò che a livello implicito esprime tale pervasiva presenza del conflitto (corredata di tutte le sue regole e convenzioni di sicurezza e custodia) è una garanzia affinché

non si sviluppi tra i diversi operatori e detenuti nessuna forma di identificazione reciproca, così come nessun tipo d'investimento affettivo.

Se i termini di conflitto si attenuassero e si abbassasse la soglia di rigidità applicativa, tutto il sistema carcerario dovrebbe essere modificato e dovrebbero entrare in campo degli attori terzi che abbiano il compito di costruire insieme un campo relazionale differente.

Dal punto di vista degli agenti, tutte le persone che provengono dall'esterno, in particolare gli operatori pubblici, dovrebbero mantenere un rapporto di alleanza con loro e pertanto essere strettamente aderenti alle loro procedure di controllo e sicurezza.

Dal canto loro anche i detenuti si costruiscono una visione dell'operatore esterno come "buono" o "cattivo" a seconda di quanto esso sia disponibile a farsi strumentalizzare da richieste interne ed esterne e alla necessità di non essere "traditi" [2].

L'effetto che tale conflitto ha è quello di una sorta di normalizzazione e semplificazione della relazione, del pensiero, delle convinzioni e dei miti tale da contribuire al mantenimento del sistema che arresta anche aspetti che non le competono come timidi tentativi da parte del mondo esterno di introdurre in carcere situazioni o forme espressive più ricche.

L'altro aspetto centrale del conflitto è la trascuratezza rappresentato dalla forma di evitamento del confronto con il mondo esterno e dalla paura che gli operatori esterni possano compiere atti che possano turbare l'ordinato svolgersi della quotidianità detentiva [2]. Lo psicologo si inserisce in questo conflitto come parte terza spesso oggetto di manipolazione in continua ambivalenza tra alleanze multiple.

Nell'intento degli esperti impegnati in questa funzione vi è: 1) combattere il pregiudizio; 2) aiutare i detenuti a recuperare il senso delle proprie azioni mediante la conquista di una maggiore consapevolezza e allo stesso tempo acquistare la capacità a confrontarsi con la propria dimensione emotiva recuperando emozioni e sentimenti da indirizzare alla propria e altrui sventura; 3) promuovere una riflessione sul proprio percorso esistenziale con l'attribuzione di significati.

Lo psicologo in tal senso si trova davanti a molteplici sfide esterne ed interne dovute anche alle proprie risonanze emotive con l'ambiente carcerario e con i detenuti. Le relazioni transferali che intercorrono sono potenti e altrettanto potentemente distorti risultano essere i setting.

Lo psicologo si trova davanti come prima sfida infatti un setting fortemente connotato, sono le stanze detentive, nelle sezioni dell'istituto, spesso controllati e con i tempi dettati dall'organizzazione carceraria.

In tal senso l'operatore deve avere la capacità di diventare a sua volta fluido, e di instaurare una relazione in cui i confini sono altamente permeabili, passando da diversi registri.

Allo psicologo penitenziario si richiede asetticamente di diventare un osservatore della personalità con la funzione di contribuire ad una revisione critica del reato, e nello stesso tempo instaura una relazione terapeutica a tutti gli effetti. Il detenuto tuttavia, non è un paziente "ordinario" ma si configura come paziente straordinario già

permeato di giudizio e pregiudizio, dal quale neanche lo psicologo è esente. Il suo compito professionale allora diventa quello di restare umano nell'inumano di riuscire a vedere la storia oltre al comportamento e di permettere la possibilità di avviare uno spunto introspettivo che possa veramente dettare l'inizio per una revisione critica del reato che si può configurare però in tal senso come risignificazione della propria storia e dei propri vissuti emotivi.

Narrare e rinarrare la propria storia in un setting relazionale non giudicante rappresenta una fondamentale occasione per risignificare la propria esperienza e reintegrare parti di sé e della propria storia. Il percorso narrativo contribuisce alla costruzione dell'azione sociale nei significati che assume per l'attore e per gli altri [3].

L'autobiografia è stata definita come il resoconto retrospettivo e personale fatto da un attore di un determinato periodo della vita che consente di accedere ai costrutti cognitivi e alle conoscenze sociali che ne hanno orientato l'azione, in questo caso deviante [4].

Ma è necessario soffermarci sul significato che viene dato al termine account: resoconto, ma anche rendicontazione. Ciò comporta anche un dover rendere conto da parte dell'account di un'azione che viola le norme formali e informali vigenti. È su tale principio che si fondano i cosiddetti studi sull'accountability [5]. Nel raccontare l'accounter tende a salvare l'immagine positiva di sé mettendo in atto strategie che gli autori riprendendo la letteratura in materia categorizzano come scuse (si cerca giustificazione dell'atto deviante), giustificazione (si ammette la responsabilità dell'atto deviante ma se ne negano le conseguenze) concessioni (si ammette la responsabilità) e diniego (si nega la stessa autorità di chi accusa e punisce). Sebbene con diverse accezioni, altri autori si sono espressi circa le strategie messe in atto da chi commette un'azione oggetto di disapprovazione sociale al fine sia di neutralizzare gli effetti del controllo sociale sul comportamento deviante sia di ripristinare l'immagine positiva del Sé distanziandosi da ciò che si è commesso e dalle sue conseguenze [6].

In tale prospettiva responsabilità e accountability sono connesse. Il resoconto (account) diventa una pratica discorsiva che attraverso la narrazione e facendo ricorso a scuse, giustificazioni, concessioni e diniego colloca gli eventi in una dimensione più ampia e socialmente condivisa. Gli studi sull'account consentono quindi di delineare un contesto. L'analisi della narrazione può rappresentare pertanto uno strumento che permette di scoprire il livello di responsabilità che l'attore attribuisce a se stesso e agli altri. L'autore attraverso la narrazione ricostruisce la propria azione nel tentativo di presentarla socialmente accettabile. Ma i contenuti della situazione discorsiva rappresentano essi stessi un'azione in quanto non si tratta di costrutti personali e interindividuali ma corrispondono ad uno scopo pratico e strumentale con significati sociali e interpersonali. Il racconto è costruito con lo scopo di convincere l'ascoltatore sulla propria versione dei fatti adducendo magari giustificazioni e attribuendo ad altri la responsabilità [5].

La funzione della psicologia nel contesto penitenziario è mantenere l'attenzione alla persona, al suo funzionamento ed alle potenzialità evolutive, mettendo a disposizione

strumenti per conoscerla e promuoverne la crescita personale. Tutto ciò ha lo scopo di prevenire sia la recidiva che contenere il disagio psichico e ridurre il deterioramento da detenzione.

Il lavoro psicologico è caratterizzato da due fasi:

- Diagnosi psicologica;
- Intervento

La diagnosi psicologica e l'intervento, sfumano l'una nell'altra in quanto parte di unico processo relazionale. Le conclusioni della diagnosi psicologica, basate su dati raccolti, sulle motivazioni iniziali del soggetto e quelle maturate durante il percorso diagnostico, vengono discusse ed elaborate. In tal modo il momento della diagnosi è esso stesso terapeutico. Sia nella fase diagnostica che nell'intervento, il lavoro psicologico è orientato sul versante della psicopatologia generale. Quello che deve interessare sapere a chi opera in ambito penitenziario è anche che c'è una reversibilità nello stato mentale nel processo che porta ad agire male, e che questa reversibilità dipende molto dalla qualità delle esperienze durante la detenzione, tra cui il trattamento, sia istituzionale che psicologico. Il primo più orientato alla riflessione, all'introspezione, alla revisione critica, all'elaborazione delle esperienze, passate e presenti, al rinforzo delle parti vitali del sé, dell'autostima; il secondo, all'espressione e rinforzo degli aspetti costruttivi e creativi della personalità.

Evidenze scientifiche in questo ambito mostrano che quanto più spazio prendono gli aspetti positivi e creativi dell'identità, più essa si rinforza e si riducono le parti distruttive e devianti. In tutte le fasi del lavoro psicologico la "relazione" assume un ruolo centrale poiché attraverso di essa è possibile attivare processi di consapevolezza e di crescita.

Il presente lavoro nasce, dunque, con l'obiettivo di individuare una metodologia di intervento integrato che ponga al centro l'individuo con la sua storia e soprattutto con le risorse potenziali e allo stesso tempo di valutare l'efficacia dell'intervento in termini di diminuzione o meno di sintomi ansioso/ depressivi tipici dei detenuti soprattutto con alto fine pena.

Obiettivi

Il presente lavoro ha come obiettivo principale quello di delineare un percorso-intervento attraverso un approccio integrato che miri a individualizzare il percorso trattamento in maniera specifica e a delineare una metodologia di intervento specifica per lo psicologo penitenziario, che permetta di favorire in maniera effettiva una possibile revisione critica del reato, attraverso la stimolazione della consapevolezza di sé e della risignificazione di sé e un conseguente miglioramento del benessere psicologico percepito dal detenuto stesso.

Metodologia e tecniche

La ricerca ha lo scopo di individuare una metodologia di lavoro dello psicologo penitenziario che possa utilizzare come modello di riferimento un approccio integrato

che metta al centro prima di tutto la persona e la significazione dell'esperienza detentiva. In tal senso diventano dei punti cardine i principi della Gestalt

- *Qui e ora*: il detenuto è sempre nella dimensione del là e allora e del “fuori”, in un tempo perennemente proiettato indietro e avanti in cui l'esperienza detentiva diventa sempre fonte di evitamento.

- *Responsabilità*: cosa mi ha portato qui, portare a sé le proprie azioni ed evitare il gioco del complotto e del “non sapevo che”.

- *Consapevolezza*: quali sono i vissuti emotivi sottostanti alle azioni, quale parte della mia storia ho escluso dalla mia consapevolezza, quali frammenti ho lasciato da parte e hanno contribuito a costruire una storia di dolore e sofferenza propria e altrui [7].

In questa prospettiva d'integrazione sono risultati di fondamentale importanza le disposizioni rogersiane descritte da Rogers che includono l'*Accettazione incondizionata*, e la *Confrontazione*, utilizzate come disposizioni di base per la costruzione di una relazione quanto più libera dall'alone pregiudiziale che accompagna il detenuto. [8].

L'utilizzo della narrazione di sé attraverso la scrittura o oralmente come metodologia permette di accedere alle dimensioni del Sé che si sviluppa attraverso la narrazione e contribuisce a costruire un Sé narrativo in cui il narratore si riflette e si riconosce in senso evolutivo. Il materiale narrativo disponibile è infatti articolato secondo modalità autobiografiche che comportano il racconto di episodi della vita dei detenuti che non riguardano esclusivamente le azioni devianti anche se queste rappresentano il nucleo centrale della narrazione[3].

- INTEGRAZIONE DI PARTI DI SÉ:

fase finale che stimola la funzione personalità del soggetto, intendendo con questa la capacità di mettere insieme le diverse parti della propria esperienza e i propri frammenti per farne una Gestalt unica e dotata di significato che è unico come unico è ogni essere umano.

Infine, è prevista la somministrazione di uno strumento per la valutazione dell'efficacia dell'intervento psicologico.

Destinatari

I destinatari del percorso-intervento sono 50 detenuti inseriti nei percorsi trattamentali specifici della Casa Circondariale “Pietro Cerulli” di Trapani.

Tempi e modalità

Il percorso -intervento si esplica rispetto ai tempi dettati dalla legge rispetto all'osservazione trattamentale che si delinea in 12 mesi.

Gli incontri, compatibilmente con le esigenze dell'istituto, avverranno con cadenza quindicinale e mensile e avverranno all'interno delle sezioni detentive della Casa Circondariale.

Strumento

Per la valutazione dell'efficacia del trattamento è stato costruito uno strumento di autovalutazione (All. 1) che mira ad individuare la presenza/assenza di sintomi ansioso depressivi nel detenuto, prima e dopo l'intervento psicologico effettuato.

Lo strumento si propone di valutare come il trattamento psicologico possa influire sul benessere psicologico del detenuto, favorendo anche una maggiore consapevolezza di sé e della propria condizione detentiva e in ultima analisi anche la possibilità di revisione critica della propria condotta precedentemente alla situazione detentiva ed in itinere.

Lo strumento è strutturato nel seguente modo:

- Una parte introduttiva riguardante i dati anagrafici e le caratteristiche principali dell'esperienza detentiva (posizione giuridica, pena inflitta, prospettiva di fine pena, attività trattamentali);
- Una parte dedicata all'individuazione della frequenza di pensieri e di sintomi ansioso depressivi e alla loro entità PRIMA dell'intervento psicologico;
- Una parte dedicata all'individuazione della frequenza di pensieri e di sintomi ansioso depressivi e alla loro entità DOPO l'intervento psicologico.

Discussioni

Dai risultati che si attendono, l'obiettivo futuro del lavoro è quello di validare tale metodologia di percorso/intervento e di definirne ancora più approfonditamente i diversi strumenti che la compongono. Il fine principale è quello di permettere una vera individualizzazione del percorso trattamentale riproponendo la persona al centro della funzione rieducativa della pena e permettendo la promozione di un percorso di revisione critica delle condotte precedenti. Tale ambizioso obiettivo ha lo scopo di permettere un vero reinserimento nella società i cui il detenuto non rappresenti più "il cattivo", ma colui che avendo deviato è stato capace di comprendere, responsabilizzarsi e risignificare la propria esperienza, in un'ottica di cambiamento nel vero senso più profondo del termine.

Obiettivi successivi riguardano la prospettiva di inserire un protocollo di intervento che miri all'inquadramento psicodiagnostico del detenuto al fine di progettare un percorso trattamentale

individualizzato che miri al reinserimento sociale del soggetto.

Gli sviluppi futuri della ricerca, dunque, si riferiscono alla possibilità di creare delle linee guida per lo psicologo penitenziario che possano delinearne l'intervento, inserendo una procedura diagnostica standardizzata attraverso la somministrazione di un questionario di personalità che permetta di individualizzare il percorso trattamentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Solivetti, L. M. (1983). Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo. *cit.*
2. Ferrario, G., Campostrini, F., & Polli, C. (2005). Psicologia e carcere. *Le misure alternative tra psicologia clinica e giuridica* (Vol. 22). FrancoAngeli.
3. Scardaccione, G., D'Onofrio, R., & Volpini, L. (2009). Voci di dentro: vissuti e rappresentazioni. Riflessioni su di una esperienza promossa dal carcere di Chieti. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 3, 95-140.
4. Harré, R. (1979). *Social Being*. Oxford: Balckwell.
5. De Leo, G., Patrizi, P., & De Gregorio, E. (2004). *L'analisi dell'azione deviante*. Il mulino.
6. Sykes, G. M., & Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American sociological review*, 22(6), 664-670.
7. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapia della gestalt* (Vol. 6). Sovera Edizioni.
8. Rogers, C. R. (2007) *Terapia centrata sul cliente*. (a cura di) Lucia Lumbelli. Molfetta (BA): La meridiana. Rogers, C. R (1989). *Client Centered Therapy*. Houghton Mifflin Company.

All.1**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO IN CARCERE**

La invitiamo a rispondere alle seguenti domande che hanno lo scopo di valutare gli effetti dell'intervento psicologico in carcere.

Le ricordiamo che non esistono risposte giuste o sbagliate e che può rispondere liberamente ai quesiti proposti. Il questionario è completamente anonimo.

- 1) Età
- 2) Nazionalità
- 3) Normalmente con chi vive?
 - Solo
 - Partner
 - Genitori
 - Altro
- 4) Figli
 - Nessuno
 - 1
 - 2
 - 3
 - Più di 3
- 5) Livello d'istruzione
 - Licenza elementare
 - Licenza media
 - Diploma
 - Laurea
 - Altro _____
- 6) Che lavoro faceva prima di entrare in istituto?
 - Impiegato
 - Artigiano
 - Libero professionista
 - Disoccupato
- 7) È alla sua prima carcerazione?
 - Sì
 - Ho avuto altre carcerazioni e, in totale ho già trascorso in carcere anni e mesi
- 8) Posizione giuridica:
 - In attesa di primo giudizio
 - Appellante
 - Ricorrente
 - Definitivo

- 9) Da quanto tempo è recluso?
- Meno di un anno
 - Da 1 a 2 anni
 - Più di 2 anni
- 10) Quando è il suo fine pena?
- Meno di un anno
 - Da 1 a 2 anni
 - Da 2 a 5 anni
 - Da 5 a 10 anni
 - Da 10 a 20 anni
 - Più di 20 anni
 - Ergastolo
- 11) Da quanto tempo è inserito in un percorso psicologico di attività trattamentale?
- Da meno di un mese
 - Da 1 a 3 mesi
 - Da 3 a 6 mesi
 - Da 6 mesi a 1 anno
 - Da più di 1 anno
- 12) È sottoposto a terapia psico-farmacologica attualmente?
- No
 - Sì
 - Sì, nome
- 13) È stato sottoposto a terapia psico-farmacologica precedentemente?
- No
 - Sì
 - Sì, nome
- 14) Se sì, perché è stata interrotta?
- No ne sentivo più il bisogno
 - Non ho più voluto
 - Non so.....
- 15) Effettua regolari colloqui con familiari e/o congiunti?
- Sì, 1 volta al mese
 - Sì, 2 volte al mese
 - Sì, 3 volte al mese
 - Sì, 4 volte al mese
 - No

Adesso le chiederò il suo stato emotivo PRIMA dei colloqui psicologici e dovrà valutare la presenza/assenza di sintomi e sensazioni spiacevoli valutandoli in una scala da 0 a 4

0= Mai

1= Raramente

2= Qualche volta

3= Spesso

4= Ogni Giorno

16) Mi sono sentito debole e senza forze durante la maggior parte della giornata

0 1 2 3 4

17) Ho passato molto tempo a letto

0 1 2 3 4

18) Non ho avuto voglia di svolgere nessuna attività

0 1 2 3 4

19) Mi sono sentito affaticato dopo piccoli sforzi

0 1 2 3 4

20) Ho avuto tachicardia

0 1 2 3 4

21) Ho avvertito mancanza di respiro/ o respiro corto

0 1 2 3 4

22) Ho avuto difficoltà a prendere sonno

0 1 2 3 4

23) Ho dormito poche ore e/o ho avuto numerosi risvegli

0 1 2 3 4

24) Ho avvertito dei cambiamenti nell' appetito

0 1 2 3 4

25) Mi sono sentito sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti a famiglia

0 1 2 3 4

26) Mi sono sentito sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti il lavoro

0 1 2 3 4

27) Mi sono sentito sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti la mia condizione detentiva

0 1 2 3 4

28) Ho avuto episodi di ansia generalizzata

0 1 2 3 4

29) Ho avuto la sensazione di impazzire

0 1 2 3 4

30) Ho avuto paura di morire

0 1 2 3 4

- 31) Mi sono sentito sopraffatto da sentimenti di sopraffazione
0 1 2 3 4
- 32) Mi sono sentito agitato e irritato
0 1 2 3 4
- 33) Ho litigato con i compagni di stanza
0 1 2 3 4
- 34) Ho avuto episodi di perdita di controllo
0 1 2 3 4
- 35) Sono stato aggressivo verbalmente
0 1 2 3 4
- 36) Sono stato aggressivo fisicamente
0 1 2 3 4
- 37) Ho desiderato farmi male
0 1 2 3 4
- 38) Ho avuto comportamenti autolesivi
0 1 2 3 4
- 39) Ho avuto pensieri di morte
0 1 2 3 4
- 40) Ho tentato il suicidio
0 1 2 3 4
- 41) Ho avuto crisi di pianto
0 1 2 3 4
- 42) Ho avuto sensazioni di svenimento
0 1 2 3 4
- 43) Ho avuto pensieri riguardanti il reato commesso
0 1 2 3 4
- 44) Ho avuto sentimenti di colpa/ vergogna rispetto al reato
0 1 2 3 4
- 45) Ho iniziato a riflettere alle conseguenze delle mie azioni
0 1 2 3 4
- 46) Ho sentito il desiderio di parlare con qualcuno
0 1 2 3 4
- 47) Ho avuto rapporti disciplinari
0 1 2 3 4
- 48) Mi sono sentito capace di controllare le mie emozioni
0 1 2 3 4
- 49) Mi sono sentito solo/abbandonato
0 1 2 3 4

Adesso le chiederò il suo stato emotivo attuale, ovvero DOPO l'intervento dello psicologo e dovrà valutare la presenza/assenza di sintomi e sensazioni spiacevoli valutandoli in una scala da 0 a 4

0= Mai

1= Raramente

2= Qualche volta

3= Spesso

4= Ogni Giorno

50) Mi sento debole e senza forze durante la maggior parte della giornata

0 1 2 3 4

51) Passo molto tempo a letto

0 1 2 3 4

52) Non ho voglia di svolgere nessuna attività

0 1 2 3 4

53) Mi sento affaticato dopo piccoli sforzi

0 1 2 3 4

54) Ho tachicardia

0 1 2 3 4

55) Avverto mancanza di respiro/ o respiro corto

0 1 2 3 4

56) Ho difficoltà a prendere sonno

0 1 2 3 4

57) Dormo poche ore e/o ho avuto numerosi risvegli

0 1 2 3 4

58) Ho avvertito dei cambiamenti nell'appetito

0 1 2 3 4

59) Mi sento sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti a famiglia

0 1 2 3 4

60) Mi sento sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti il lavoro

0 1 2 3 4

61) Mi sento sopraffatto dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti la mia condizione detentiva

0 1 2 3 4

62) Ho episodi di ansia generalizzata

0 1 2 3 4

63) Ho la sensazione di impazzire

0 1 2 3 4

64) Ho paura di morire

0 1 2 3 4

65) Mi sento sopraffatto da sentimenti di sopraffazione

0 1 2 3 4

66) Mi sento agitato e irritato	0	1	2	3	4
67) Ho litigato con i compagni di stanza	0	1	2	3	4
68) Ho episodi di perdita di controllo	0	1	2	3	4
69) Sono aggressivo verbalmente	0	1	2	3	4
70) Sono stato aggressivo fisicamente	0	1	2	3	4
71) Ho desiderato farmi male	0	1	2	3	4
72) Ho avuto comportamenti autolesivi	0	1	2	3	4
73) Ho avuto pensieri di morte	0	1	2	3	4
74) Ho tentato il suicidio	0	1	2	3	4
75) Ho avuto crisi di pianto	0	1	2	3	4
76) Ho avuto sensazioni di svenimento	0	1	2	3	4
77) Ho avuto pensieri riguardanti il reato commesso	0	1	2	3	4
78) Ho avuto sentimenti di colpa/ vergogna rispetto al reato	0	1	2	3	4
79) Ho iniziato a riflettere alle conseguenze delle mie azioni	0	1	2	3	4
80) Ho sentito il desiderio di parlare con qualcuno	0	1	2	3	4
81) Ho avuto rapporti disciplinari	0	1	2	3	4
82) Mi sono sentito capace di controllare le mie emozioni	0	1	2	3	4
83) Mi sono sentito solo/abbandonato	0	1	2	3	4

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il Modello della Gestalt Integrata nell'acquisizione di autonomie e nell'inclusione sociale dei soggetti autistici e con disabilità intellettive in età adulta

Lorena Vincenza Perrone¹, Milena Mazzara¹, Viviana Catania¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Perrone L. V., Mazzara M., Catania V. (2020). Il Modello della Gestalt Integrata nell'acquisizione di autonomie e nell'inclusione sociale dei soggetti autistici e con disabilità intellettive in età adulta. *Phenomena Journal*, 2, 63-70. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.97>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Lorena Vincenza Perrone
lorenaperrone@libero.it

Ricevuto: 18 maggio 2020

Accettato: 28 settembre 2020

Publicato: 29 settembre 2020

ABSTRACT

We present a clear and defined intervention procedure of the work of the psychotherapist and other operators in helping relationships, with autistic and intellectual disabilities in adulthood or at the end of school, with the aim of acquiring autonomy and facilitating social inclusion, reducing the isolation, stigmatization and marginality experienced by these individuals and their families. The theory and technique of gestalt, integrated with other approaches that refer to a cognitive and behavioral framework and oriented towards the acquisition of autonomy, allow the construction of an integrated intervention model, which has the aim of taking charge of the subjects adults with intellectual disabilities and long-term autism spectrum disorder. Furthermore, the small fragments of this long path, which constitute the individual therapy meetings, will also be examined, these too adapted to the integrated vision in theory and technique. In the long-term care taking into account the contact cycle, the levels of experience and the contact functions, the therapeutic intervention and the inclusion of the disabled will be structured according to their needs, abilities and potential, foreseeing a moment observation and data collection, the gradual introduction of learning activities to achieve specific objectives; finally, the assessment and preparation for the evolution of the therapeutic path based on the individual's needs and age, with reference to the achieved and future goals. The synergistic cooperation of the psychotherapist and various professional figures, essential for the intervention, will be crucial to support family members and accompany the subject in the path of social integration and in the acquisition of autonomy for daily life. This procedure will find maximum expression and validity if carried out in a small group, with the aim of facilitating the autistic subject and with intellectual disabilities in the relationship and cooperation with peers.

KEYWORDS

autistic adults, social inclusion, intellectual disability in adults, Gestalt therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Presentiamo una procedura d'intervento, chiara e definita del lavoro dello psicoterapeuta e di altri operatori delle relazioni d'aiuto, con i soggetti autistici e con disabilità intellettiva in età adulta o al termine del percorso scolastico, con lo scopo di acquisire autonomie e agevolare l'inclusione sociale, riducendo l'isolamento, la stigmatizzazione e la marginalità vissuta da questi soggetti e le loro famiglie. La teoria e la tecnica della gestalt, integrata ad altri approcci che si riferiscono ad una cornice cognitiva e comportamentale e orientati verso l'acquisizione delle autonomie, permettono di costruire un modello d'intervento integrato, che ha come scopo una presa in carico dei soggetti adulti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico a lungo termine. Si prenderanno in esame, inoltre, i piccoli frammenti di questo lungo percorso, che costituiscono i singoli incontri di terapia, anche questi adeguati alla visione integrata nella teoria e nella tecnica. Nella presa in carico a lungo termine considerando il ciclo del contatto, i livelli d'esperienza e le funzioni di contatto, si strutturerà l'intervento terapeutico e di inclusione del disabile in funzione dei suoi bisogni, delle sue capacità e potenzialità, prevedendo un momento di osservazione e raccolta dati, l'introduzione graduale di attività in apprendimento per raggiungere obiettivi precisi; infine, la valutazione e preparazione all'evoluzione del percorso terapeutico in base ai bisogni del soggetto e all'età, in riferimento agli obiettivi raggiunti e a quelli futuri. La cooperazione sinergica dello psicoterapeuta e di diverse figure professionali, indispensabili per l'intervento, sarà cruciale per sostenere i familiari e accompagnare il soggetto nel percorso di inserimento sociale e nell'acquisizione delle autonomie per la vita quotidiana. Tale procedura troverà massima espressione e validità se condotta in piccolo gruppo, con lo scopo di agevolare il soggetto autistico e con disabilità intellettiva nella relazione e cooperazione con i pari.

PAROLE CHIAVE

autistici adulti, disabilità intellettiva negli adulti, inserimento sociale, terapia della Gestalt



1. Introduzione

L'approccio della Gestalt integrata ha come obiettivo principale il potenziamento della capacità dell'utente, riconoscere ed integrare i processi cognitivi, affettivi ed emotivi nel "qui ed ora" [1]. Diviene una cornice perfetta per progettare e mettere in atto interventi rivolti ai disabili di differenti fasce di età, in particolare per l'età adulta pone l'accento sulle possibilità reali di potenziare le capacità del soggetto, rendendo consapevoli e responsabili anche i familiari che convivono con tale condizione. La consapevolezza dei processi cognitivi, emotivi e di acquisizione delle autonomie, viene acquisita con maggiore efficacia se il setting terapeutico è caratterizzato dall'accoglienza empatica e da un assetto grupppale, idoneo per la cooperazione, il confronto e l'apprendimento per rispecchiamento. L'obiettivo del modello della Gestalt Integrata è finalizzato a ritagliare l'intervento a misura del paziente. Claudio Naranjo afferma che l'operatività della Gestalt si articola in un corpus vasto di tecniche che coprono un ampio spettro di comportamenti, vissuti, esperienze cognitive e dinamiche sociali [2]. L'integrazione nella tecnica si avvale della possibilità di selezionare tecniche efficaci per il singolo individuo e le sue personali caratteristiche cliniche. L'integrazione delle tecniche richiede una precisa definizione del contesto applicativo. In particolare in questo caso, gli elementi della integrazione tecnica riguardano le tecniche provenienti da modelli umanistici e cognitivi comportamentali, volte a attivare sistemi funzionali di base legati alle funzioni esecutive, quali attenzione, memoria, percezione, ed inoltre affetti, comportamenti manifesti, per centrare le competenze emotive e cognitive. Per fare ciò non si può prescindere dall'aspetto creativo. Per tali motivazioni la psicoterapia della Gestalt integrata rappresenta un modello estremamente funzionale per la costruzione di progetti di intervento rivolti ai disabili. Prendersi carico di soggetti adulti con disabilità intellettiva equivale ad una presa in carico globale del "campo" in cui sono inseriti, considerando di fondamentale importanza il contesto sociale, con relativi vincoli e possibilità, l'ambiente di vita del soggetto e la famiglia di riferimento.

2. Evidenze della letteratura

Numerose ricerche nell'ambito dei trattamenti per lo spettro autistico evidenziano come metodologia più efficace "l'analisi applicata del comportamento" A.B.A., in età evolutiva [3]. In una approfondita ricerca di Bishop Fitzpatrick et al. viene evidenziato come, a fronte di una considerevole quantità di dati relativi all'età evolutiva, siano disponibili pochi studi condotti sugli interventi educativi per l'incremento delle competenze psicosociali e dell'autonomia condotti su adulti [4]. La metodologia Teacch, "Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children", fornisce importanti possibilità per la stesura e l'attuazione di piani d'intervento e trattamento rivolti al potenziamento delle autonomie, in una visione lungimirante che considera l'arco di vita del soggetto e quindi il suo divenire adulto [5]. Il team di ricerca di Howlin, Mawhood e Rutter, presso il dipartimento di psicologia del St George's Hospital di Londra, ha condotto una ricerca mettendo a con-

fronto due gruppi di adulti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico, rilevando che per quanto riguarda il funzionamento sociale, comportamenti disfunzionali, lavoro e autosufficienza, entrambi i gruppi dimostrarono un deficit, in quanto molti di essi vivevano ancora con i genitori, considerando tale aspetto come limitante per lo sviluppo di autonomie [6]. Nella grande maggioranza dei casi, il figlio non è in grado di essere autonomo e indipendente e i genitori si trovano a dover accudire un bambino nel corpo di un adulto [7].

3. Ipotesi di studio

Il modello della gestalt integrata si pone come chiave di lettura dei bisogni del soggetto adulto con disabilità intellettiva e con disturbo dello spettro autistico, nonché come modello di prevenzione e trattamento del disagio emotivo e psicologico vissuto dai genitori che vivono con soggetti adulti, i quali possono incorrere in disturbi dell'umore e affini, se non adeguatamente sostenuti [8]. Nasce da ciò l'esigenza di integrare più approcci tesi alla cura e presa in carico di tali soggetti, tra cui l'approccio cognitivo-comportamentale, Teacch e gestaltico per costruire un nuovo protocollo d'intervento che preveda una procedura chiara e definita del lavoro dello psicoterapeuta e di altri operatori delle relazioni d'aiuto, con i soggetti con spettro autistico e disabilità intellettiva in età adulta.

4. Riferimenti epistemologici dei modelli

4.1 *L'approccio cognitivo-comportamentale*

Il termine A.B.A. "Applied Behavior Analysis" indica l'applicazione dei principi del comportamentismo, basati su concetti chiave come condizionamento e rinforzo, applicabili nel trattamento delle disabilità, in particolare nei soggetti con spettro autistico in età evolutiva.

L'analisi Comportamentale Applicata (A.B.A.) si interessa in particolare alle aree fondamentali della vita dell'individuo, ovvero la socializzazione, la comunicazione, il comportamento.

Il programma di intervento comportamentale prevede l'acquisizione e il consolidamento di varie competenze ed abilità funzionali con particolare riferimento alla capacità di imitazione e di discriminazione, alle abilità di autonomia, di comunicazione e di relazione. Le tecniche di rinforzamento sono peculiari dell'approccio comportamentale [9]. Le modalità di acquisizione di nuovi apprendimenti, invece, affondano le sue radici nell'approccio cognitivista che si propone di considerare la mente come un insieme di processi complessi in cui sono fondamentali la memoria e l'apprendimento, nonché apprendere e conoscere, mettendo l'individuo nella posizione di elaboratore di informazioni e stimoli provenienti dall'ambiente, in un rapporto di reciproca influenza [10].

4.2 *Il programma di intervento Teacch*

L'approccio Teacch, "Treatment and Education of Autistic and Related Communi-

cation Handicapped Children”, interviene modificando l’ambiente in funzione delle esigenze individuali, permettendo così al soggetto di sviluppare le autonomie tramite un insegnamento strutturato [11]. Il teacch, è un intervento che prevede la collaborazione con la famiglia; la personalizzazione dell’intervento; la valutazione delle modalità di interazione sociale e di comunicazione; programmazione del lavoro educativo in tutti gli ambienti di vita. Gli obiettivi educativi, a lungo, medio e breve termine, vengono individuati nelle aree dell’autonomia, della socializzazione, della comunicazione, dell’apprendimento e del tempo libero. Occorre progettare e organizzare lo spazio fisico e lo scorrere del tempo per aiutare il soggetto a comprendere cosa ci si aspetta da lui in un dato momento, dove dovrà impegnarsi, per quanto tempo, cosa succederà dopo [12].

4.3 L’approccio Gestaltico integrato

Il terapeuta è il principale veicolo di comunicazione e di relazione che si focalizza su una valutazione fenomenologica del qui e ora. Nel modello della gestalt integrata le emozioni costituiscono un punto centrale di lavoro, esse determinano le risposte dell’individuo all’ambiente e ne condizionano i comportamenti. Tale modello si integra naturalmente con approcci di matrice umanistica come l’approccio centrato sulla persona, con il cognitivo-comportamentale, i modelli psicocorporei, la teoria dell’analisi transazionale e delle relazioni oggettuali. L’integrazione permette di strutturare interventi mirati e funzionali ai bisogni del paziente, tenendo in considerazione tre concetti fondamentali: esperienza, consapevolezza e responsabilità. La sfera dell’esperienza è particolarmente approfondita dalla considerazione di vari livelli d’esperienza, cinque complementari e compresenti: cognitivo-verbale, immaginativo, emotivo, sensoriale, corporeo. Costituiscono una chiave di accesso per entrare in relazione. Nel caso del soggetto disabile rappresentano una possibilità di sperimentare il mondo e le relazioni. È proprio nel flusso dell’esperienza che i livelli emergono [1]. Nella presa in carico della famiglia del soggetto con disabilità centrarsi sulle emozioni, sui vari livelli d’esperienza e sulla presa di consapevolezza e responsabilità è un lavoro clinico complesso, che richiede un adeguato supporto e una costanza dell’intervento. Il dolore dei familiari che non riescono a sopperire alle esigenze fisiche e psichiche dei loro figli adulti con disabilità, anestetizza il “sentire” se stessi, le emozioni, il corpo, e ciò genera una concatenazione di frustrazione e senso di inadeguatezza che porta inevitabilmente al bisogno di essere accolti, sostenuti e guidati nella possibilità di costruire una nuova forma di accudimento per il figlio con disabilità, che sia forgiata sull’esperienza e sul potenziamento delle autonomie personali [13]. Per la psicoterapia della Gestalt il processo di crescita della persona si realizza attraverso la relazione con l’altro, che avviene a confine di contatto. Le funzioni di contatto sono: guardare, ascoltare, toccare, parlare, muoversi, odorare e gustare [14]. I soggetti con autismo e disabilità intellettiva sono incapaci di fare buon uso di una o più funzioni di contatto nelle loro relazioni, potenziare queste e le attività derivanti favorisce una maggiore consapevolezza e possibilità di muoversi agevolmente nell’ambiente.

Il lavoro terapeutico con i soggetti con spettro autistico e disabilità intellettive in età adulta deve essere focalizzato sulla ricostruzione del senso di sé, rafforzare le funzioni del contatto e rinnovare il contatto con i sensi, il corpo, e le emozioni [15].

Uno strumento potente per la gestalt è il gruppo che si pone come una risorsa in grado di permette ai partecipanti di osservare e comprendere meglio le proprie modalità relazionali in un contesto più ampio e complesso. Il setting di gruppo costituisce un ambiente privilegiato, all'interno del quale i partecipanti, supportati dalla presenza del conduttore che coordina le attività, possono sperimentare una situazione che li aiuti ad adottare comportamenti spontanei e ad esprimersi liberamente [16].

5. Metodologia

Il "protocollo" che si intende mettere in atto seguendo il modello gestaltico integrato, mutuando importanti elementi dall'approccio cognitivo-comportamentale e Teacch, prevede un lavoro d'equipe, organizzato e strutturato, con la presenza di professionisti quali: psicoterapeuta della gestalt integrata, psicologo, pedagogo, operatori della relazione d'aiuto come educatori e assistenti all'autonomia. La messa in atto dell'intero percorso di mantenimento, potenziamento, abilitazione/riabilitazione e supporto alle famiglie prevede tre fasi concatenanti: valutazione del caso; stesura del progetto d'intervento; messa in atto del progetto.

La prima fase è costituita da 4 incontri della durata di un'ora. Lo psicoterapeuta nella prima fase di valutazione, si occuperà del colloquio con i genitori allo scopo di effettuare una raccolta anamnestica di tutte le informazioni passate e presenti utili alla stesura del piano di intervento rivolto al soggetto adulto con disabilità e utile a conoscere il vissuto e la storia della famiglia con i rispettivi limiti e possibilità. Parallelamente, psicologo e pedagogo, adeguatamente formati, incontreranno il soggetto adulto con disabilità intellettiva o spettro autistico, avviando una valutazione fenomenologica delle sue competenze e l'uso di strumenti diagnostici come test e checklist centrati sull'autonomia personale, sociale, relazionale, livello cognitivo e psicomotorio. La seconda fase è quella della stesura e restituzione del progetto d'intervento personalizzato. I professionisti dell'equipe si incontreranno per condividere le rispettive valutazioni e i risultati ricavati. Si procederà con la stesura del progetto d'intervento personalizzato, che coinvolga la famiglia, in base ai bisogni dell'utente e agli obiettivi da raggiungere. Seguirà da parte dello psicoterapeuta la restituzione di tale progetto ai familiari, fornendo chiarimenti e delucidazioni se necessario, con il supporto degli altri professionisti dell'equipe. La terza fase consiste nella messa in atto del progetto d'intervento personalizzato. Quest'ultimo prevederà almeno 2/3 incontri settimanali di durata varia da 2 a 4 ore, per permettere lo svolgimento di diverse attività volte allo sviluppo e al consolidamento di autonomie e apprendimenti utili a sperimentare le funzioni di contatto e la relazione con i pari, in un setting di gruppo. Un operatore inoltre, svolgerà incontri mensili al domicilio dell'utente per agevolare la famiglia nel seguire le linee guida del programma personalizzato stilato per il figlio. È fondamentale che i familiari che circondano il soggetto utilizzino le stesse modalità

relazionali e comportamentali, per escludere la possibilità di confusione e disorientamento. Il soggetto adulto con spettro autistico o disabilità intellettiva seguirà un piano di attività strutturate e non, con lo scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati nel progetto d'intervento. Le attività nei singoli incontri, proposte da educatori e professionisti della relazione d'aiuto, saranno mirate al mantenimento e potenziamento di abilità cognitive, relazionali e di autonomia, utilizzando strategie cognitivo-comportamentali e l'approccio teacch, quindi attività che migliorano la coordinazione e lo svolgimento della vita quotidiana come mangiare, lavarsi, vestirsi; attività di potenziamento cognitivo, unite ad attività esperienziali anche in gruppo che coinvolgono le funzioni di contatto e i diversi livelli di esperienza in base ai bisogni e alle caratteristiche del soggetto. Uno degli scopi del progetto personalizzato sarà introdurre l'acquisizione di competenze spendibili a livello sociale, poter permettere al soggetto di acquisire competenze importanti nell'autonomia fornisce la possibilità di inserirsi nel tessuto sociale adeguatamente con i propri limiti e possibilità. È previsto un monitoraggio e valutazione in itinere degli obiettivi raggiunti e non, per permettere la riformulazione di questi e la possibile evoluzione del progetto.

Il sostegno alla famiglia avverrà regolarmente con incontri mensili o quindicinali con lo psicoterapeuta. Questo incontro è fondamentale per la famiglia, che trova uno spazio proprio per parlare delle difficoltà nella gestione del figlio e delle emozioni che sottostanno ai loro comportamenti e scelte. Questo spazio serve per confronti e chiarimenti, aiuta a comprendere come si muove e interagisce l'intero sistema in cui il soggetto con disabilità è inserito, a prevenire crolli emotivi e ripercussioni psicopatologiche a cui possono incorrere i familiari, i quali troverebbero un contenimento e un luogo sicuro in cui poter trattare le difficoltà riscontrate nella gestione del figlio. Cruciale in questa terza fase sarà monitorare l'andamento del soggetto, gli obiettivi da perseguire e quelli raggiunti per riformulare un eventuale ulteriore progetto che riveda gli obiettivi iniziali.

Il trattamento proposto dal modello gestaltico integrato è intensivo e adeguatamente strutturato, prevede la costituzione di un'equipe di lavoro adeguatamente formata al modello, segue un ciclo di attuazione dell'intervento che va dal pre-contratto iniziale con l'utente e la sua famiglia, ad un contatto pieno centrale nella messa in atto del progetto, ad una fase di post-contatto nella valutazione e riformulazione degli obiettivi raggiunti e da raggiungere.

6. Risultati attesi

Il modello della gestalt integrata nel lavoro con i soggetti con spettro autistico e disabilità intellettiva in età adulta fornisce una guida esecutiva, una modalità di conduzione dell'intervento terapeutico e di abilitazione per questi soggetti e per le loro famiglie, grazie al quale è possibile fare esperienza, prendere consapevolezza e responsabilità.

La messa in atto del progetto d'intervento funge da contenitore per la totalità del sistema in cui sono inseriti i soggetti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro

autistico in adolescenza e età adulta, permettendo maggiore acquisizione delle autonomie, apprendimento di competenze spendibili per un possibile inserimento sociale e lavorativo, sostenendo la famiglia, in un'ottica di prevenzione e trattamento del disagio psicopatologico.

7. Conclusioni

I fattori comuni che in psicoterapia naturalmente si integrano permettono la costruzione di modelli di intervento cuciti addosso alle esigenze dei soggetti a cui sono rivolti [17]. Il modello della gestalt integrata per il trattamento dei soggetti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico in età adulta, è caratterizzato da paradigmi e linguaggi mutuati da altri approcci, che diventa fondamentale integrare. L'incremento delle autonomie e il concetto di creatività in gestalt si integrano consapevolmente costituendo un potente strumento utile per l'incremento delle relazioni tra pari e il possibile inserimento sociale e lavorativo di tali soggetti.

Il lavoro svolto con le disabilità intellettive e lo spettro autistico richiede la costituzione di un'equipe di lavoro formata per sostenere e promuovere continue strategie rivolte agli utenti e alle loro famiglie, proponendo percorsi da reinventare e cucire addosso al paziente nel "qui e ora", traendo vantaggio dalla potenza esperienziale del setting in piccolo gruppo. Prendere in considerazione il "campo" in cui è inserito il soggetto con disabilità è fondamentale per la progettazione e la messa in pratica del modello.

BIBLIOGRAFIA

1. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
2. Naranjo, C. (2009). *Per una gestalt viva*. Roma.
3. Ligotti, C., & Roccella, M. (2005). Autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo. Metodi e strategie di intervento educativo-abilitativo.
4. Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N. J., Mazefsky, C. A., & Eack, S. M. (2017). Perception of life as stressful, not biological response to stress, is associated with greater social disability in adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(1), 1-16.
5. Micheli, E., & Zacchini, M. (2009). *Verso l'autonomia: la metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*. Vannini.
6. Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Risultato per adulti per bambini con autismo. *Diario di psicologia infantile e psichiatria*, 45(2), 212-229.
7. Barale, F. R. A. N. C. E. S. C. O., & Ucelli di Nemi, S. (2003). L'adulto con autismo: una introduzione. *Noos-Aggiornamenti in psichiatria*, 9, 273-284.
8. Schopler, E. (2005). *Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per genitori*. Edizioni Erickson.
9. Ricci, C., Magaudda, C., Carradori, G., Bellifemine, D., & Romeo, A. (2014). *Il manuale ABA-VB-Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior: Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
10. Scarinci, A., & Lorenzini, R. (2014). Il cognitivismo clinico e la questione dell'integrazione. *QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA*.
11. Arduino, G., Avagnina, N., Gonella, E., Peirone, S., Terzuolo, C., Danna, E., & Destefanis, L. (2002). L'approccio TEACCH: esperienze ambulatoriali, domiciliari e scolastiche con un gruppo di bambini autistici. *Difficoltà di Apprendimento*, 8(1), 85-102.
12. Pavone, M. (Ed.). (2009). *Famiglia e progetto di vita: crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*. Edizioni Erickson.
13. Hanau, C., & Cerati, D. M. (2003). *Il nostro autismo quotidiano. Storie di genitori e figli* (Vol. 18). Edizioni Erickson.
14. Lobb, M. S. *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*.
15. Goodman, F. P. R. H. P. (1997). *Teorie e Pratica della Terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.
16. Zinker, J. (2002). *Processi creativi in Psicoterapia della Gestalt*. F. Angeli.
17. Giusti, E. (1997). *Psicoterapie: denominatori comuni*. *Epistemologia della clinica qualitativa*.

RICERCA ORIGINALE

Abitudini alimentari ed emergenza Covid-19

Sebastiana Cipponeri¹, Valentina Maltese¹, Milena Mazzara¹, Rocco Aldo Lucido¹,
Viviana Catania¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has significantly changed our habits, making us rediscover a different dimension from everyday life and forcing us, in no time, to change our life's style.

The situation of global emergency caused by diffusion of coronavirus disease (COVID-19) has had a huge psychological impact on individuals around the world.

In particular, individuals with eating and weight disorders may experience greater emotional distress resulting in an increase in food psychopathology, exacerbation of mental health and difficulties in self-management.

The aim of this research is to understand how the restrictive and isolation measures issued by governments to contrast and contain the spread of the SARS-CoV-2 virus are changing the eating habits and lifestyles of the population and what psychological consequences they entail.

To this end, an anonymous survey has been planned and launched through the development of an online questionnaire to be administered to Italian adult population.

The future intent is to be able to plan, taking into consideration the results obtained, interventions with an integrated Gestalt approach, which can contribute to achieving good food awareness and thus avoid an increase in all those psychopathologies that are favored or aggravated by behavioral habits incorrect, and to appropriately manage complications and critical issues in people suffering from eating and weight disorders.

KEYWORDS

eating habits, COVID-19 emergency, eating disorders.

ABSTRACT IN ITALIANO

La pandemia di COVID-19 ha modificato notevolmente le nostre abitudini facendoci riscoprire una dimensione diversa del vissuto quotidiano e costringendoci, in pochissimo tempo, a cambiare radicalmente il nostro stile di vita.

La situazione di emergenza globale determinata dalla diffusione della malattia da coronavirus (COVID-19) ha avuto un enorme impatto psicologico sugli individui di tutto il mondo.

In particolare, gli individui con disturbi alimentari e del peso potrebbero sperimentare un maggiore disagio emotivo con conseguente aumento della psicopatologia alimentare, esacerbazione della salute mentale e difficoltà di autogestione.

L'obiettivo della presente ricerca è comprendere come le misure restrittive e di isolamento emanate dai governi per contrastare e contenere la diffusione del virus SARS-CoV-2, stiano modificando le abitudini alimentari e gli stili di vita della popolazione e quali conseguenze psicologiche implicino. A tal fine si è progettata ed avviata un'indagine anonima nella popolazione adulta italiana attraverso l'elaborazione di un questionario online.

L'intento futuro è quello di poter programmare, tenendo in considerazione i risultati ottenuti, interventi ad approccio gestaltico integrato, che possano contribuire al raggiungimento di una buona consapevolezza alimentare ed evitare così un incremento di tutte quelle psicopatologie che sono favorite o aggravate dalle abitudini comportamentali scorrette, e per gestire in modo appropriato le complicità e criticità in soggetti affetti da disturbi alimentari e del peso.

PAROLE CHIAVE

abitudini Alimentari, emergenza Covid-19, disturbi alimentari.



Citation

Cipponeri S., Maltese V., Mazzara M.,
Lucido R. A., Catania V. (2020).
Abitudini alimentari
ed emergenza Covid-19
Phenomena Journal, 2, 71-81.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.104>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sebastiana Cipponeri
cipposebi@libero.it

Ricevuto: 18 maggio 2020

Accettato: 05 ottobre 2020

Publicato: 06 ottobre 2020



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

L'attuale situazione di emergenza sanitaria, dovuta alla diffusione mondiale dell'infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 (ovvero COVID-19), ha determinato un'interruzione significativa delle pratiche di vita quotidiana su scala globale a causa delle misure restrittive e di isolamento che i vari governi hanno adottato per prevenirne ed arginarne l'espansione.

Le misure di contenimento attuate hanno previsto la drastica riduzione degli spostamenti delle persone dalla propria abitazione, consentiti nei soli casi di necessità, ed il ricorso sempre più massiccio allo smart working. Ciò ha comportato un inevitabile cambiamento degli stili di vita, in primo luogo per quel che riguarda la possibilità di fare attività motoria, di fatto fortemente limitata, ma anche per il controllo delle abitudini alimentari e di quelle voluttuarie.

L'aumento del tempo non strutturato, l'enorme stress derivante dalla pandemia e le sue conseguenze di vasta portata anche sulla vita quotidiana, ha comportato diffuse preoccupazioni tra la gente in merito alla vulnerabilità, all'iperalimentazione, al comportamento sedentario e all'aumento di peso. Queste preoccupazioni si riflettono nell'esplosione dei post sui social media che fanno riferimento alla "quarantine-15" [1] inteso da molti memers media come l'aumento di peso di 15 libbre durante la quarantena [2].

I social media possono aiutare le persone a sentirsi connesse durante la fase di distanziamento sociale e i meme comici possono essere fonte di risate, distrazione e convalida per molte persone.

I Post positivi sui social media, che offrono suggerimenti per mantenere sane abitudini durante questo periodo di stress e isolamento, possono essere utili per coloro che cercano supporto e incoraggiamento. Tuttavia, molti dei recenti post relativi al coronavirus hanno incluso testo e contenuti visivi che trasmettono forti timori sull'aumento di peso o su diventare "grasso". Una rapida ricerca di "quarantine15" produce oltre 15.000 post di Instagram, senza contare migliaia di post che utilizzano frasi correlate (ad esempio, "corona-15") e quelli trovati su Twitter e Facebook.

Molti di questi post mostrano cibi indulgenti o piani di allenamento. Altri sono sfacciatati contenuti stigmatizzanti il peso, come i meme "quarantena prima e dopo" a schermo diviso che mostrano le persone nella schermata "dopo" con una quantità esagerata di aumento di peso, che continuano a mangiare quantità eccessive di cibo. Queste tipi di ritratti suscitano stereotipi comuni secondo cui le persone con obesità sono pigre, sciatte e carenti di autocontrollo [3], e che avere un peso corporeo più elevato sia un problema intollerabile da evitare a tutti i costi. Dall'altro canto messaggi relativi alla quarantena che promuovono ideali di magrezza irrealistici e pratiche estreme di controllo del peso sono state segnalate come pericolose anche dai sostenitori del disturbo alimentare [1].

In questo periodo di isolamento, infatti, le persone con disturbi dell'alimentazione hanno un alto rischio di ricaduta o peggioramento della gravità del loro disturbo, sia per la paura di infezione e l'effetto della quarantena, sia per la carenza di adeguati

trattamenti psicologici e psichiatrici che inevitabilmente sono associati ad una malattia pandemica.

I timori di infezione tendono ad aumentare la sensazione di non avere il controllo che, nelle persone con disturbi dell'alimentazione, è spesso gestita con un aumento della restrizione alimentare o altri comportamenti estremi di controllo del peso o con episodi di abbuffata.

D'altra parte, la quarantena, creando la separazione e la limitazione del movimento, può contribuire al mantenimento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione attraverso diversi meccanismi descritti dal dott. Dalle Grave [4]:

- La limitata possibilità di camminare ed esercitarsi può aumentare la paura dell'aumento di peso che viene, di solito, affrontata accentuando la restrizione dietetica;
- L'esposizione a elevate scorte alimentari a casa può essere un potente fattore scatenante gli episodi di abbuffata;
- La forzata e prolungata convivenza con i familiari può innescare o accentuare le difficoltà interpersonali;
- L'isolamento a casa può aumentare l'isolamento sociale e creare un ostacolo importante al miglioramento del funzionamento interpersonale: un obiettivo chiave per ridurre l'eccessiva valutazione del peso, della forma e del loro controllo.

L'isolamento sociale, inoltre, comporta un maggiore uso dei social media e di internet. Così, per esempio, si può focalizzare eccessiva attenzione su materiale online riguardante alimentazione, forma fisica e peso. Oppure, interagendo via social e postando foto e video, può crescere la preoccupazione per il giudizio degli altri sul proprio corpo.

Nelle persone con disturbi dell'alimentazione e altre comorbidità psichiatriche la ruminazione, la preoccupazione e l'ansia innescate dalla pandemia di COVID-19 possono accentuare la gravità della condizione di comorbidità, che spesso interagisce negativamente con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

Infine, le persone sottopeso con un disturbo dell'alimentazione sono a maggior rischio di complicanze mediche associate alla malnutrizione e, sebbene non disponiamo di dati, potrebbero essere esposte ad un rischio fisico più elevato, in caso di COVID-19 [4].

A causa dell'attuale emergenza sanitaria, ogni individuo sperimenta differenti emozioni spiacevoli, che se non ben elaborate lo possono condurre, nel peggiore dei casi, allo sviluppo di "stati di alienazione sociale e disagio psichico tanto intollerabili da provocare il ricorso a condotte patologiche discontrollate" [5].

Succede spesso che le persone non sappiano definire bene il sentimento negativo che provano e che tendano a mangiare quando l'emozione non è "etichettata".

Il mangiare spinti da "cause" emotive o in relazione a stati emotivi (emotional eating) è un comportamento alimentare che rappresenta una delle principali cause dell'instaurarsi di una relazione conflittuale con il cibo, che può dare luogo, in casi più gravi, al disturbo da alimentazione incontrollata.

Inoltre, all'interno del mondo dei "mangiatori emotivi", si incontrano persone consapevoli di esserlo ma che non riescono a uscirne, e persone inconsapevoli, che as-

sociano le problematiche legate al peso a credenze erranee, assumendo un atteggiamento deresponsabilizzante.

Per spezzare il circolo dell' emotional eating è di fondamentale importanza conoscere e saper identificare le proprie emozioni ed esprimerle. Di fatto, imparare a riconoscere l'emozione che scatena la fame emotiva è un passo importante per imparare a gestire la dipendenza dal cibo e quindi per cambiare le abitudini [6].

Evidenze della letteratura

Gli eventi traumatici incidono sulla salute mentale delle persone. L'isolamento sociale, la paura del contagio, il rischio di infezione e lo "stare a casa" rappresentano nel loro insieme una situazione difficile da gestire soprattutto per chi soffre di disturbi alimentari, già da tempo in lotta quotidianamente con le proprie fragilità.

Le preoccupazioni per i rischi interconnessi tra la *attuale pandemia* e i *disturbi della alimentazione* possono aggravare il pericolo di *ricaduta* o *peggioramento dei sintomi*.

Assistiamo ad un peggioramento degli effetti emotivi negativi in quarantena, descritti da Brooks e colleghi [7], dal momento che chi soffre di DCA è già isolato da tempo sia a livello emotivo che fisico [8].

Lo stile alimentare ha un impatto sul rischio di contrarre il virus e sulle sue complicanze [9].

Il periodo di *lockdown* e le relative restrizioni incidono negativamente sul decorso dei disturbi alimentari. Aumenta infatti il rischio di ricaduta per coloro che erano guariti e facilita il peggioramento dei sintomi attuali sia per la carenza di trattamenti adeguati, sia per l'accresciuta sensazione di solitudine [8]. Le preoccupazioni per i rischi interconnessi tra la attuale pandemia e i disturbi della alimentazione derivano da un insieme di fattori che rendono gli individui affetti da DCA ancora più vulnerabili e fragili di fronte alle conseguenze dell'emergenza COVID-19. Tra questi fattori, ricordiamo:

- La paura del contagio e la relativa sensazione di impotenza e fragilità, nonché mancanza di controllo della situazione.
- Lo stare a casa e le relative problematiche comunicative e interpersonali derivate da una convivenza obbligatoria, ventiquattro ore su ventiquattro, con i propri familiari, nonché l'esposizione ad immagini di cibi ipercalorici, autoprodotti o sponsorizzati, ritenuti convenzionalmente "*comfort food*".
- L'isolamento sociale che rende difficile la gestione delle relazioni interpersonali, già impoverite nei soggetti con disturbi alimentari.
- Il maggior rischio di infezione, in quanto le persone affette da disturbi alimentari e del peso presentano un maggiore pericolo di complicazioni mediche e di decorso problematico della malattia.

Le persone con un peso molto basso, affette da anoressia nervosa, possono essere particolarmente vulnerabili alla malattia da COVID-19 a causa della malnutrizione e della loro salute fisica compromessa; se contraggono l'infezione, è probabile che

l'effetto negativo sia maggiore rispetto ad altri soggetti [10].

Evidenze scientifiche sembrano confermare che l'obesità rappresenti uno dei maggiori fattori di rischio per l'aggravamento degli esiti dell'infezione, in particolare tra i pazienti più giovani. Queste persone risultano infatti avere il doppio delle probabilità di essere ricoverati in ospedale e una probabilità significativamente più alta di necessitare della terapia intensiva.

Gli esiti di un nuovo studio retrospettivo francese, pubblicato sulla rivista *Obesity*, mostrano un'alta frequenza di obesità tra i pazienti ricoverati in terapia intensiva per COVID-19, con un aumento della gravità della malattia al crescere del BMI [11]. Gli studi effettuati a New York presentano una situazione simile. Lighter e colleghi hanno scoperto che dei 3615 individui analizzati risultati positivi per COVID-19, il 21% aveva un BMI di 30-34 e il 16% un BMI ≥ 35 [12].

Esaurimento emotivo, ansia, disturbi del sonno, difficoltà nella concentrazione, irritazione e depressione possono sorgere nelle persone con disturbi dell'alimentazione e altre comorbilità psichiatriche (come ad esempio disturbi d'ansia o disturbo da stress post-traumatico) accentuando la gravità della condizione di comorbilità.

Inoltre, i Disturbi dell'Alimentazione spesso coesistono anche con l'abuso di sostanze e presentano tratti psicologici e comportamentali simili tra cui impulsività, perdita di controllo e l'aumentato rischio di comportamenti autodistruttivi [8].

Una ricerca inglese [13] ha raccolto le testimonianze sull'emergenza Covid 19 di alcuni soggetti affetti da disturbo alimentare.

Il campione è composto da 153 partecipanti, scelti tramite social media.

I criteri di inclusione sono: - età superiore ai 16 anni, - attualmente residenti nel Regno Unito; - con esperienza di disturbo alimentare (compresi coloro che erano in fase di recupero).

Dai risultati emerge un profondo e negativo impatto su individui con esperienza di disturbi alimentari.

La maggior parte dei partecipanti (86,7%) ha riferito che i loro sintomi erano peggiorati a seguito della pandemia.

I fattori riscontrati che potrebbero aver influito sull'esacerbazione dei sintomi sono: - L'interruzione delle situazioni di vita quotidiana, scolastica e lavorativa - Le difficoltà relazionali, - L'aumento dell'isolamento sociale, - La ridotta attività fisica, - Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari, - L'interruzione delle attività di routine - Le modifiche al rapporto con il cibo.

Alcune loro risposte esprimono perfettamente il loro disagio nell'affrontare le conseguenze del COVID-19. La pandemia ha inoltre determinato una maggiore difficoltà di accesso alla cura e al trattamento che quando possibile è stato sostituito da incontri virtuali.

I fattori psicologici legati ai sintomi dei disturbi alimentari potrebbero essere stati probabilmente esacerbati dalla pandemia e dal lockdown ad essa associato.

Per esempio stress, ansia, rispetto alla propria salute e paura del contagio, hanno determinato una perdita del controllo e problematiche di regolazione emozionale.

Primi studi da Singapore e da Barcellona mettono in luce un aumento dei sintomi

d'ansia, in Australia Phillipou et al. [14], hanno trovato delle evidenze rispetto all'aumento delle restrizioni, binge eating ed esercizio fisico in questo tipo di popolazione.

La ricerca effettuata sul campione inglese ha mostrato che la pandemia sta avendo un effetto sugli individui con disturbi alimentari e in particolar modo rispetto alla destrutturazione della propria vita, I risultati suggeriscono che i pazienti si mostravano grati per la possibilità di continuare il trattamento da remoto e hanno mostrato inoltre l'importanza della rete di supporto sociale. Le relazioni sociali possono infatti avere un ruolo protettivo sugli eventi stressanti. Questo effetto protettivo può essere diminuito durante il periodo di lockdown.

Lo stress altera l'assunzione complessiva di cibo, causando una ipo o iperalimentazione, che può essere influenzato dalla gravità del fattore di stress. Lo stress sembra essere associato a una maggiore preferenza per gli alimenti ricchi di energia e nutrienti, in particolare quelli ricchi di carboidrati e lipidi.

In un ampio studio di popolazione condotto in California per valutare le associazioni tra il tipo di stress auto-riferito ed i comportamenti alimentari, sono state stimate le associazioni tra lo stress percepito ed i modelli alimentari di 65.235 adulti. Esso ha dimostrato che un fattore di stress percepito era associato con un maggiore apporto di energia da cibi grassi. La spiegazione "organica" di questo è che la costante tensione e l'esposizione prolungata a stress psico-fisico creano un innalzamento nella secrezione di cortisolo che facilita l'aumento di peso ed incrementa l'accumulo di zucchero nel sangue, causando insulino-resistenza, diabete e sovrappeso. Sembra poi che lo stress non solo possa indurre a mangiare di più ma che faccia anche assimilare di più quello che si mangia [15].

Lo stress attiverebbe i nervi periferici che innervano il tessuto adiposo al rilascio dell'ormone *neuropeptide Y* (NPY) che stimola l'accumulo di grasso. Questo effetto diventa ancora più marcato quando si è presi da 'fame nervosa' e si mangia troppo. Ma ci sono anche alcuni soggetti che in periodi di stress tendono a dimagrire, in quanto i loro nervi periferici rilasciano un altro messaggero chimico, la noradrenalina, che al contrario di NPY induce a bruciare più grassi [15].

Ipotesi di studio

Il presente lavoro ha come fine quello di promuovere una ricerca per comprendere come le misure restrittive e di isolamento, predisposte dai decreti ministeriali per fronteggiare l'emergenza pandemica di Covid-19, stiano modificando le abitudini alimentari e gli stili di vita dei cittadini e, dunque, individuare persone con vulnerabilità rispetto alla patologia alimentare.

Questo ci ha portato a voler studiare ed approfondire la psicopatologia del comportamento alimentare durante questo periodo di emergenza sanitaria.

Nel campo della prevenzione secondaria, i dati raccolti si riveleranno utili prospettivamente per strutturare interventi ad approccio gestaltico integrato, mirati a sviluppare e potenziare la consapevolezza alimentare allo scopo di evitare un incremento

di tutte quelle psicopatologie che sono favorite o aggravate dalle abitudini comportamentali scorrette, e per gestire in modo appropriato le complicanze e criticità in soggetti affetti da disturbi alimentari e del peso.

Metodologia e strumenti

Il paradigma metodologico di riferimento è quello fenomenologico-gestaltico integrato che pone la consapevolezza emotiva al centro dell'esperienza umana come motore di cambiamento e come base per lo sviluppo di una metodologia di trattamento psicoterapico della psicopatologia del comportamento alimentare.

Nello specifico si è esplorato l'impatto dell'emergenza pandemica sulle abitudini alimentari raccogliendo dati attraverso la creazione e la somministrazione di un questionario anonimo diffuso attraverso canali digitali.

Il questionario è stato somministrato durante il passaggio tra la Fase 1 e la Fase 2 dell'emergenza e le domande fanno riferimento ai 30 giorni precedenti che corrispondono al lockdown avvenuto in Italia nel mese di marzo ovvero al periodo con le maggiori restrizioni.

Lo strumento somministrato risulta così strutturato:

- Una prima parte costruita appositamente al fine di rilevare i principali dati anagrafici, il livello d'istruzione, la regione di residenza, la professione svolta, le modalità lavorative adottate in emergenza (ad es. smart-working, utilizzo piattaforme online o sospensione attività lavorative), il cambiamento delle proprie abitudini di vita e soprattutto delle abitudini alimentari durante la quarantena, e infine la percezione del grado di peggioramento delle proprie relazioni e della propria "consapevolezza alimentare";

- Nella seconda e terza parte dello strumento sono stati inseriti due questionari standardizzati per la valutazione degli aspetti specifici dei disturbi dell'alimentazione:

1. EDE-Q 6.0 (Eating Disorder Examination Questionnaire) (Fairburn & Beglin, 1994).

2. IDEA (IDentity and EAting disorders) (Stanghellini et al., 2012).

L'EDE, nella sua versione auto-somministrata (EDE – Q), genera due tipi di dati. In primo luogo, fornisce dati di frequenza sulle principali caratteristiche comportamentali dei disturbi dell'alimentazione in termini di numero di episodi di comportamento e in alcuni casi il numero di giorni in cui si è verificato il comportamento nelle quattro settimane precedenti. In secondo luogo, fornisce i punteggi delle sottoscale che riflettono la gravità degli aspetti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione. Le sottoscale sono: Restrizione; Preoccupazione per l'Alimentazione; Preoccupazione per la Forma del Corpo e Preoccupazione per il Peso [16].

L'IDEA è uno strumento diagnostico in grado di descrivere il nucleo psicopatologico relativo all'identità personale e ai vissuti del corpo, validato attraverso l'integrazione della prospettiva cognitivista con quella fenomenologica. Lo strumento indaga 4 dimensioni: Sentirsi attraverso lo sguardo degli altri; Definirsi attraverso misure og-

gettive; Sensazione di estraneità rispetto al proprio corpo; Sentirsi attraverso la restrizione alimentare [17].

Risultati

Sulla base dei presupposti teorici e delle osservazioni esposte ci attendiamo che i risultati ci mostrino una correlazione tra l'esperienza altamente stressante della quarantena e l'aumento di comportamenti alimentari disfunzionali.

Da una prima analisi descrittiva dei dati emersi, possiamo osservare che il campione che ha partecipato alla ricerca alla data dell'11 maggio 2020 è composto da 269 soggetti, di cui il 74,7 % femmine e il 25,3 % maschi, di questi il 56,2% è residente in Sicilia.

Il 76,1 % ha un livello di istruzione pari o superiore alla laurea e il 41% del campione ha dichiarato che durante la fase I ha lavorato in modalità smart working, mentre il 35,2% ha dichiarato di non lavorare.

L'83,8% del campione dichiara di non soffrire di alcuna patologia cronica mentre il 38,7 % si sente preoccupato più del solito per la sua salute. All'interno del campione nessuno ha contratto l'infezione da Covid-19, mentre il 2,2% dichiara di aver perso una persona cara a causa del virus.

Come evidenziato dalla Tabella 1 posta in Appendice circa la metà del campione (45,3%) dichiara di aver avuto un peggioramento della qualità del sonno da moderato a estremo. Il 42,9 % ha avuto un peggioramento relativo all'ansia moderata e il 38,7 % un peggioramento relativo all'emozione della rabbia; mentre il 42,8% dichiara di sentirsi più triste.

A tali dati possiamo correlare un sostanziale aumento dell'appetito (da peggioramento moderato ad estremo 41,8%) accompagnato da un aumento dell'assunzione di cibo (da peggioramento moderato ad estremo 43,9%), in particolar modo di cibi dolci e grassi (da peggioramento moderato ad estremo 43,1%). Inoltre il 31% delle persone dichiara un peggioramento da moderato a grave nell'assunzione di cibo fuori orario e ben il 23% dichiara di avere avuto la sensazione di perdere il controllo sull'assunzione di cibo. Il 45,3% (da peggioramento moderato ad estremo) ha aumentato la sensazione di essere grassa e il 49,9 % ha avuto paura di ingrassare, a fronte di una netta diminuzione del tempo dedicato all'attività fisica. Il 63,7% dichiara di avere aumentato notevolmente il tempo trascorso sui social network e il 51,8% ha dichiarato di passare più tempo davanti alla TV. Il 45,3% ha dichiarato di aver avuto paura della morte dei propri cari.

Per quanto riguarda la tendenza all'"emotional eating" dai risultati esposti in Tab. 2 (in Appendice) possiamo osservare che il 50,9 % dichiara di aver mangiato a volte per gola (voglia di qualcosa di buono) e spesso il 16,3%. Il 7,43% dichiara di aver mangiato spesso per noia e 21,9% a volte. Il 7,8% per nervosismo, 21,6% a volte mentre il 4,8 % dichiara di aver mangiato spesso per tristezza 16,7 % a volte.

Discussioni

In questa prima fase le analisi descrittive delle risposte date dal campione fino alla data dell'11 maggio, hanno permesso di poter mettere in evidenza seppur in maniera ancora sommaria, la presenza di evidenti effetti della pandemia e della conseguente quarantena, sulle abitudini quotidiane dei soggetti e in particolar modo rispetto alle abitudini alimentari. Sembra infatti che i soggetti del campione mostrino accanto ad una maggiore sedentarietà dovuta al lockdown e dunque alla chiusura delle maggiori attività produttive del nostro Paese, anche un notevole ripiegamento sul cibo, mostrando un aumento dell'assunzione di cibo e in particolar modo di cibo dolce e/o grasso.

Nonostante i soggetti dichiarino un peggioramento rispetto alla qualità del sonno e un aumento delle paure e delle ansie connesse allo stato di salute proprio e altrui, non sembra esserci una consapevolezza effettiva rispetto alla correlazione tra stato emotivo e aumento dell'assunzione di cibo. Ciò è dimostrato dai risultati relativi al tema dell'"emotional eating", in cui i soggetti dichiarano di aver mangiato più per gola che per rabbia, tristezza o noia. Ciò a nostro avviso potrebbe essere stato determinato da una scarsa consapevolezza emotiva tipica del "mangiare per emozioni".

Conclusioni

Allo stato attuale la ricerca è ancora in corso e si prevede un incremento del campione che possa permettere di delineare un quadro più chiaro del fenomeno indagato.

Le analisi successive permetteranno di individuare la presenza o meno di caratteristiche comportamentali dei disturbi dell'alimentazione e dei nuclei relativi all'identità personale e ai vissuti del corpo. Questo ci darà la possibilità di individuare l'emergere di disturbi legati all'alimentazione e alla preoccupazione per la propria forma nel periodo di emergenza vissuto.

Tali risultati permetteranno di poter costruire un modello di intervento sui Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso basato sul modello gestaltico integrato, che metta al centro il concetto di consapevolezza emotiva, responsabilità e impegno (Gestalt Therapy). Mettere la persona al centro della propria esperienza emotiva, infatti, rendendola consapevole dei propri bisogni e delle proprie emozioni e dunque maggiormente responsabile delle proprie azioni, può permettere al soggetto di riacquistare la padronanza di sé intesa non come controllo ma come competenza personale.

BIBLIOGRAFIA

1. Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma and the “Quarantine-15”. *Obesity*.
2. Robinson, B. E. (2020). What is “Quarantine 15”? Why it’s bad for you and six steps to avoid it. *Psychology Today*.
3. Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Positive media portrayals of obese persons: Impact on attitudes and image preferences. *Health Psychology, 31*(6), 821.
4. Dalle Grave, R. (2020). Coronavirus disease 2019 and eating disorders. *Eating Disorders: The Facts*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/eating-disorders-the-facts/202003/coronavirus-disease-2019-and-eating-disorders>.
5. Carano, A., Totaro, E., Ranalli, C., Cicconetti, A., Mancini, L., Vizza, M., & Mariani, G. (2011). Alessitimia e disturbi del comportamento alimentare.
6. Smith M., Segal J., Segal R. “Emotional Eating and How to Stop It”, 2019, <https://www.helpguide.org/articles/diet-weight-loss/emotional-eating.htm>
7. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
8. Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19.
9. Armstrong-Esther, C. A., Lacey, J. H., Crisp, A. H., & Bryant, T. N. (1978). An investigation of the immune response of patients suffering from anorexia nervosa. *Postgraduate medical journal, 54*(632), 395-399.
10. Butler, M. J., & Barrientos, R. M. (2020). The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain, Behavior, and Immunity*.
11. Simonnet, A., Chetboun, M., Poissy, J., Raverdy, V., Noulette, J., Duhamel, A., ... & LICORN and the Lille COVID-19 and Obesity study group. (2020). High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity*.
12. Lighter, J., Phillips, M., Hochman, S., Sterling, S., Johnson, D., Francois, F., & Stachel, A. (2020). Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission. *Clinical Infectious Diseases*.
13. Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders.
14. Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders*.
15. Barrington, W. E., Beresford, S. A., McGregor, B. A., & White, E. (2014). Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114*(11), 1791-1799.
16. Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., ... & Dalle Grave, R. (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(3), 509-514.
17. Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients. *Psychopathology, 45*(3), 147-158.

APPENDICE

Tab. 1 Percentuali più significative sensazione di peggioramento e cambiamento di sensazioni e abitudini giornaliere

ITEM	<i>Nessun peggioramento</i>	<i>Lieve peggioramento</i>	<i>Moderato peggioramento</i>	<i>Forte peggioramento</i>	<i>Estremo peggioramento</i>
PEGGIORAMENTO NELLA QUALITA' DEL SONNO	35%	19,1%	24,5%	17,7%	3,6%
ANSIA MODERATA/PREOCCUPAZIONE	22,1%	34,4%	25%	16,7%	1,8%
IRRITABILITÀ/RABBIA	32,9%	28,5%	22,7%	11,9%	4%
DEMORALIZZAZIONE/TRISTEZZA	22,4%	35,4%	24,2%	13,7%	4,3%
	<i>Nessun cambiamento</i>	<i>Lieve cambiamento</i>	<i>Moderato cambiamento</i>	<i>Forte cambiamento</i>	<i>Estremo cambiamento</i>
AUMENTO DELL'APPETITO	33%	24,3%	24,3%	14,5%	4%
AUMENTO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO	26,7%	28,9%	22,4%	17,7%	4,3%
AUMENTO DEL CONSUMO DI ALIMENTI POCO SALUTARI VD. CIBI DOLCI/GRASSI	27,4%	29,2%	23,1%	15,9%	4,3%
AUMENTO DEL CONSUMO DI CIBO FUORI DALL'ORARIO DEI PASTI	35,5%	33%	14,9%	12,7%	4%
Aumento degli episodi in cui ho la sensazione di perdere il controllo sul cibo	56,2%	20,3%	12%	8,3%	3,3%
AUMENTO DELLA SENSAZIONE DI ESSERE GRASSO/A	29,2%	25,3%	17,3%	16,2%	11,9%
RIDUZIONE DEL TEMPO DEDICATO ALL'ATTIVITÀ FISICA	36,1%	17,3%	13,4%	14,4%	8%
AUMENTO DELLA PAURA CHE QUALCHE MIO CARO POSSA MORIRE	30,3%	24,9%	24,5%	12,6%	7,6%
AUMENTO DEL TEMPO TRASCORSO SUI SOCIAL NETWORK	15,5%	20,2%	27,8%	23,1%	13,4%
AUMENTO DEL TEMPO TRASCORSO ALLA TELEVISIONE	22,4%	26%	27,8%	14,4%	9,4%

Tab. 2 Percentuali risposte su "Emotional eating"

<i>In questo periodo, durante le limitazioni imposte per il covid-19, le è capitato di mangiare per una delle seguenti motivazioni?</i>	<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
<i>NOIA</i>	43,9%	22,3%	21,9%	7,43%	0
<i>NERVOSISMO</i>	41,6%	23,8%	21,6%	7,8%	0,3%
<i>TRISTEZZA</i>	51,3%	23,4%	16,7%	4,8 %	0,3%
<i>GOLA (VOGLIA DI QUALCOSA DI BUONO)</i>	11,2%	17,8%	50,9 %	16,3%	1,1%

ARTICOLO DI OPINIONE

La terapia della gestalt con gli attacchi di panico Modello Relazionale di Base, ciclo vitale e clinica in GTK

Gaspere Orlando¹

¹ GTK - Istituto Gestalt Therapy Kairos



Citation

Orlando G. (2020).
La terapia della gestalt
con gli attacchi di panico
Modello Relazionale di Base,
ciclo vitale e clinica in GTK
Phenomena Journal, 2, 82-91.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.39>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Gaspere Orlando
gaspereorlando69@gmail.com

Ricevuto: 27 aprile 2019

Accettato: 05 ottobre 2020

Pubblicato: 07 ottobre 2020

ABSTRACT

The article describes the study, research and clinic of Panic Attacks with a phenomenological and procedural reading, faithful to the theoretical-clinical orientation of Gestalt Therapy (gk institute). The Panic Attacks can be considered a dramatic request for a relationship to reconstruct that constitutive belonging to every integral and full identity. In this regard, in the contribution, the issues concerning the phenomenology of the Panic Attack in the Postmodern Society will be addressed, the meaning of the symptom in relation to the patient's Life Cycle with reference to the current context and to the Base Relational Model (BRM). Study and clinical research shed light on the diagnostic aspect of panic attacks (contact interruption and body-relational experience in the retroflexive relational style), and on the therapeutic one, taking into account the contact cycle theory, the theory evolutionary and of the theory of the self. Finally, emphasis will be given to the differential diagnosis between the Panic Attack and the Panic Crisis, since this aspect determines the specific clinical and therapeutic intervention.

KEYWORDS

base relational model, panic attacks, Gestalt therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo descrive lo studio, la ricerca e la clinica degli Attacchi di Panico con una lettura fenomenologica e processuale fedele all'orientamento teorico-clinico della Gestalt Therapy (Istituto GTK). Gli Attacchi di Panico possono essere considerati una drammatica richiesta di relazione per ricostruire quell'appartenenza costitutiva di ogni identità integra e piena. A tal proposito, nel contributo saranno affrontati i temi riguardanti la fenomenologia dell'Attacco di Panico nella Società Postmoderna e il significato del sintomo relativamente al Ciclo Vitale del paziente con riferimento all'attuale contesto e al Modello relazionale di base (MRB). Lo studio e la ricerca clinica fanno luce sia sull'aspetto diagnostico degli attacchi di panico (interruzione di contatto e dell'esperienza corporeo-relazionale nello stile relazionale retroflessivo), sia su quello terapeutico, tenendo conto della teoria del ciclo di contatto, della teoria evolutiva e della teoria del Sé. Infine verrà dato rilievo alla diagnosi differenziale tra l'Attacco di Panico e la Crisi di Panico, dal momento che proprio quest'aspetto determina lo specifico intervento clinico e terapeutico.

PAROLE CHIAVE

modello relazionale di base, ciclo vitale, attacchi di panico, psicoterapia della Gestalt.



Introduzione

In un contesto sociale e culturale come quello che stiamo vivendo, dove i cambiamenti avvengono con una velocità talune volte disorientante, parlare di attacchi di panico non tenendo conto della fenomenologia dei legami affettivi e dei vissuti relazionali riguardanti la postmodernità [1], può diventare fuorviante e confusivo, sia nel processo diagnostico che terapeutico.

A tal proposito, come ci ricorda Eugenio Gaddini, i cambiamenti dei nostri pazienti sono sempre da accostare ai cambiamenti epocali [2].

Aspetti teorico-clinici e di ricerca in Gestalt Therapy

Perls, Hefferline e Goodman [3], nel testo fondamentale *Teoria e Pratica della Gestalt*, costruiscono i principi teorico-clinici della Gestalt Therapy a partire da una epistemologia fenomenologica, attraverso la quale possiamo contattare gli strati più profondi della nostra esistenza (i vissuti), per poter fare l'esperienza del contatto (pieno) nel qui ed ora.

Sempre Goodman ribadisce che ogni teoria è stata generata a partire dalla concreta situazione terapeutica; l'intuizione di un approccio nasce infatti dall'esigenza di dare un primato epistemologico al lavoro clinico, pensandolo in profondità e modellando su di esso l'elaborazione teorica, per evitare l'astrattezza di un *logos* generalizzante e ritrovare tutta la densità di un'esperienza viva, ma insieme abitata da una razionalità che appartenga specificamente alla relazione terapeutica [3].

Meta di ogni terapia dovrebbe essere l'accrescimento della consapevolezza del paziente [4]. Scrive Salonia [5]: "Perché una persona possa diventare consapevole della propria esperienza, questa deve essere sempre dicibile" [5] (p. 49), e "la parola deve essere sempre copia fedele di quello che accade (ed è accaduto) nell'organismo" [5] (p. 49). Come ci ricorda Goodman [3] (p. 189) nel testo fondante della Gestalt Therapy, *Teoria e pratica della Gestalt*, la funzione-Personalità è "copia verbale del Sé!".

Psicopatologia dell'Attacco di Panico (Disturbo di Panico)

Fatte le dovute premesse, proviamo adesso ad addentrarci nella descrizione clinica della psicopatologia relativa agli attacchi di panico (disturbo di panico).

Troviamo per la prima volta la sintomatologia clinica sperimentata dai pazienti con attacchi di panico nelle descrizioni di Jacob Da Costa nel 1871, che la definì come "Sindrome del cuore irritabile" [6], caratterizzata da una estrema attivazione del sistema neurovegetativo e cardiorespiratorio in forma acuta e inaspettata, in soggetti reduci da guerra (prevalentemente nei soldati).

La letteratura scientifica conferisce al disturbo di panico autonomia diagnostica solo a partire dal 1980 con la pubblicazione del *DSM-III*. Ad oggi, nel manuale condiviso dalla comunità scientifica, la diagnosi si basa sugli aspetti descrittivi della sintomatologia clinica e sulla frequenza statistica con cui i sintomi si presentano (vedi criteri diagnostici del *DSM*).

Il *DSM-5* parla dell'attacco di panico non come una categoria diagnostica precisa, ma come una costellazione sintomatologica che possiamo riscontrare in diversi tipi di patologia, sia di natura psicologica che organica, in particolare nei disturbi d'ansia.

Lo stesso manuale definisce 'attacco di panico' l'esperienza relativa a "un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente e inaspettatamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di dieci minuti:

1. palpitazioni o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori (fini o a grandi scosse);
4. sensazione di soffocamento o dispnea;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazione di sbandamento, di instabilità o di svenimento;
9. derealizzazione o depersonalizzazione;
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie;
13. brividi o vampate di calore [7].

Perché gli attacchi di panico possano evolversi in 'disturbo di panico', è necessario che questi si ripetano per un certo periodo di tempo e con una certa frequenza.

L'originale lettura della psicopatologia dell'attacco di panico in GTK (Istituto di Gestalt Therapy Kairòs)

L'attacco di panico sembra porsi come una sfida per gli psicoterapeuti, in quanto non di rado si discute anche tra noi colleghi di casi in cui pazienti affetti da questa patologia sembrano non trarre benefici dalla terapia, anzi, talune volte sembrano avere delle ricadute 'inspiegabili'.

A tal proposito, Salonia (comunicazione personale, 7-8 giugno 2013) da tempo ribadisce che gli attacchi di panico sono da ritenersi una categoria diagnostica precisa e relativa a una specifica modalità relazionale con stile retroflessivo. L'autore argomenta e chiarisce con fermezza e rigore scientifico la differenza sostanziale tra attacchi di panico e crisi di panico, queste ultime appartenenti ai disturbi di ansia e che lo stesso Salonia ha trattato in maniera esaustiva in diversi suoi lavori [8] [9].

L'epistemologia ermeneutica della Gestalt Therapy ci permette di leggere i segni e i sintomi sopra descritti contestualizzandoli all'interno di una storia unica e irripetibile, e dentro una relazione specifica, dove la sofferenza che il paziente porta al confine di contatto col terapeuta viene esperita in un 'qui ed ora' pregno dei vissuti corpo-relazionali più autentici.

In Gestalt Therapy la diagnosi e la cura coincidono e il passato non assimilato, come

ci ricorda Antonio Sichera [10], diventa figura nel setting terapeutico, dove il sintomo, nonostante la sua problematicità in quel contesto, diventa un appello alla relazione e una drammatica richiesta di cura.

L'attacco di panico, nella sua drammaticità, disvela un senso di impotenza vissuto tanto dal paziente quanto dal terapeuta [11], e non saranno sicuramente le categorie verbali a rendere giustizia alla sofferenza esperita dal paziente, né tantomeno le parole avulse dall'esperienza corporea, che nello specifico non trovano espressione spontanea né contestualizzazione all'interno di un processo di consapevolezza [12] [13] [8] [2].

Psicopatologia e Modello Relazionale di Base (MRB)

Premesso ciò, la psicopatologia va sempre letta dentro uno specifico contesto sociale e culturale; di fatti, “assumendo la relazionalità (nella sua declinazione di schemi dell'esserci-con) come chiave di lettura della complessità del rapporto individuo-società [viene elaborato] il Modello Relazionale di Base (MRB) come chiave di lettura del rapporto tra contesti culturali e psicoterapia” [2] p. 16).

In questa teorizzazione Salonia descrive le differenze tra il MRB/Noi, che privilegia l'appartenenza e viene in figura nelle situazioni di pericolo, dove è richiesta una spinta alla sopravvivenza, e il MRB/Io, che privilegia la soggettività e l'autorealizzazione di sé. Possiamo dire che l'attacco di panico è da riferire a uno stile relazionale tipico di una società che risponde al MRB/Io.

Le nuove prospettive teoriche in Gestalt Therapy: ricerca e riletture teoriche in GTK

Fondamentale nel processo diagnostico (e di cura) in Gestalt Therapy è il *corpus* teorico sulle funzioni del Sé.

A tal proposito, accenneremo brevemente alla Teoria del Sé in Gestalt Therapy, e in particolare alle recenti ricerche (Salonia, Sichera, Conte, Orlando e altri) portate avanti dall'istituto di Gestalt Therapy h.c.c. Kairòs, in quanto indispensabile guida, insieme alla teoria del contatto e a quella evolutiva, per ogni orientamento diagnostico e terapeutico che voglia connotarsi di scientificità, capace quindi di replicare i risultati attesi e precedentemente ottenuti nella ricerca clinica. Goodman [3] afferma che il sé in Gestalt è principalmente una funzione del rapporto Organismo-Ambiente. Il sé è l'organismo in contatto, e ha, tra le altre connotazioni, tre sottostrutture importanti abitualmente così descritte: la funzione-Es (il corpo da cui emerge il movimento verso: 'Cosa sento'), la funzione-Io (per far proprio o alienare quello che emerge: 'Cosa voglio'), la funzione-Personalità (l'assimilazione dopo il contatto: 'Cosa sono diventato') [5].

La teoria del ciclo di contatto fa riferimento al processo che determina tempi e modi del rapporto organismo-ambiente; tale processo, nei suoi aspetti fisiologici e patologici ci consente di identificare il 'come', a livello di processo corporeo-relazionale, l'individuo raggiunga l'altro o meno, e quindi 'quando' e 'come' il soggetto *inter-*

rompe il processo di contatto (psicopatologia) con l'ambiente.

Infine, un accenno alla teoria evolutiva: 'faro' dell'iter diagnostico, senza la quale, sarebbe impossibile comprendere nel qui ed ora un passato vivo e presente nelle esperienze di contatto. Infatti gli schemi dell'esserci-con, esperiti dall'individuo a livello corporeo relazionale, fanno riferimento alle figure significative che si sono prese cura di lui. Illuminante a tal proposito la teoria evolutiva elaborata da Salonia [14], "dal Noi all'Io-Tu", e le successive teorizzazioni dello stesso con gli studi sull'"Edipo dopo Freud", e sul "triangolo primario" (la co-genitorialità come espressione della funzione-Personalità del Sé).

La ricerca nella pratica clinica

Genesi della "modalità relazionale retroflessiva" nei pazienti con attacchi di panico
Quanto segue, è frutto di una ricerca che sarà a breve pubblicata nei dettagli e di cui in questo articolo forniamo qualche stralcio al fine di chiarire al meglio quanto descritto in questo paragrafo.

La ricerca estrapolata dal lavoro clinico e corroborata dal supporto descrittivo di 400 cartelle cliniche di 40 psicoterapeuti diversi (10 cartelle in forma anonima fornite da ognuno). 30 colleghi terapeuti sono italiani ed operano in 5 regioni italiane diverse, 10 psicoterapeuti invece sono 5 dell'est Europa, 2 lavorano a Lisbona, 1 Barcellona e 2 a Londra.

Tutte le cartelle cliniche condividono simile sintomatologia clinica in forma descrittiva che riferisce ansia acuta con panico (crisi di panico e/o attacco di panico). Su 400 casi 277 nonostante la sintomatologia simile soffrono di attacchi di panico, rispetto alla restante parte che nonostante la similitudine sintomatologica e affetta da ansia con crisi di panico reattiva a specifica "situazione reale" (vedi breve descrizione nella diagnosi differenziale).

Nel lavoro clinico, sia nel processo diagnostico sia durante ogni fase della terapia con i pazienti affetti da disturbo di panico emerge una storia evolutiva caratterizzata da 'trame familiari disturbate'.

La cogenitorialità è condizionata negativamente a livello di 'rapporto coniugale' non paritario, "vissuto con ossessiva contrapposizione o dipendenza (*one up – one down*). La/il figlia/o diventa alleata/o con il genitore di sesso diverso e contro il genitore dello stesso sesso" [15] (p. 27). Il bambino è costretto a sacrificare parti di sé pur di essere come la madre lo vuole, compiacendo la stessa, rendendosi speciale ai suoi occhi; verranno così chiesti al bambino, implicitamente o no, comportamenti 'adulterizzati': "così sentirsi grande in un corpo piccolo diventa origine della modalità retroflessiva" [15] (p. 27). Il bambino per sentirsi speciale agli occhi del genitore del sesso opposto ha dovuto rinunciare all'esperienza di essere accolto e sostenuto nel suo bisogno di essere piccolo, ed è proprio tale esperienza che non gli ha permesso di lasciarsi andare all'ambiente con spontaneità e fiducia, mettendo in atto la retroflessione come interruzione di contatto. "Il controllo delle parti di sé ritenute dalla

madre brutte/cattive provoca quella scissione che Winnicott [16] chiama ‘vero sé’ e ‘falso sé’, e che in Gestalt Therapy è la ‘retroflessione’” [15] (p. 27), intesa come modalità di interruzione del processo di contatto nell’attacco di panico.

Valeria Conte [15], in modo esaustivo, descrive in diversi suoi lavori e articoli tale modalità relazionale, e a proposito del “narcisista retroflessivo” (p. 22), scrive che a differenza del “narcisista confluyente” (p. 21) e del “narcisista autistico” (p. 22), i quali legano la loro fragilità e vulnerabilità a delle esperienze mancate, e pertanto richiedono introiezioni, i ‘retroflessivi’, invece, “temono l’introiezione come annullamento della propria personalità” (p. 22). L’introiezione, infatti, in terapia potrebbe riguardare anche la chiarificazione dei ruoli (terapeuta-paziente) all’interno del setting. Il paziente con modalità relazionale narcisistica ha difficoltà a definirsi dentro una relazione terapeutica (in quanto non si fida dell’ambiente, O>A) come bisognoso di aiuto (disturbo della funzione-Personalità del Sé) per l’estrema incapacità ad affidarsi e di chiedere: egli sperimenta una vera e propria ‘fobia del legame’.

A seguito di quanto detto, possiamo affermare con rigore scientifico che la persona che soffre di attacco di panico interrompe il processo di contatto nella retroflessione. Nel disturbo di panico, il paziente sperimenta un crollo del grounding esistenziale (funzione-Personalità del Sé). La perdita di quella ‘falsa autonomia’ e di ‘sicurezze’ fa emergere nella persona con modalità relazionale retroflessiva, sebbene in forma ‘latente e sintomatica’, il bisogno di un legame significativo e autentico da sempre cercato e mai sperimentato. Ciò consente al paziente di accedere alla relazione terapeutica con una ‘implicita’ e più chiara definizione dei ruoli legata alla richiesta di aiuto. Il paziente, a questo punto, a differenza delle precedenti esperienze, dove i legami fragili e poco significativi accompagnavano l’esperienza dello stesso, ricerca solo pochi legami ma significativi e nutrienti a cui affidarsi (terapeuta, medico, moglie, fratello, genitori, etc.).

La diagnosi differenziale: attacco di panico o crisi di panico?

A questo punto possiamo entrare nel vivo della diagnosi differenziale relativamente al disturbo di panico; innanzitutto bisogna chiarire che in alcune circostanze il panico può essere considerato fisiologico quando è riferito ad un pericolo reale, a cui il soggetto si accosta improvvisamente. Ciò può innescare nella persona il meccanismo innato di ‘attacco fuga’, che lo fa rimanere paralizzato di fronte al pericolo reale ed inaspettato. Tale meccanismo può essere considerato conservativo e specie specifico. Il panico patologico, o crisi di panico, invece, si manifesta attraverso una reazione abnorme di natura psicofisiologica, con dei picchi di ansia acuta [17], incoerenti con il rischio o pericolo relativo alla situazione. Tale manifestazione è tipica dei soggetti ansiosi e insicuri. Nella loro storia di vita raccontata in terapia (estrapolata dalle cartelle), narrano di paure diffuse e generalizzate, ansia nelle situazioni di passaggio e/o laddove dovevano separarsi (scolarizzazione) e magari, sentire una adeguata autonomia legata al contesto e alla fase evolutiva. Inoltre, il panico o la crisi di panico è sempre connessa a una situazione reale e che si verifica nel qui ed ora ed in cui il soggetto non riesce a far fronte con le proprie risorse o almeno con quelle che crede

di possedere.

L'attacco di panico si riferisce invece ad una esperienza di ansia acuta con una attivazione neurofisiologica e del sistema neurovegetativo e vagale [18] (vedi criteri diagnostici *DSM-5* sopra descritti), che si manifesta inaspettatamente ed improvvisamente all'interno di una situazione ordinaria o abituale, ed è una esperienza tipica a cui possono andare incontro soggetti con uno stile apparentemente 'autonomo', molto efficienti nella vita e piuttosto anaffettivi [19] (G. Orlando, comunicazione personale, 22-25 settembre 2016). In verità, non c'è un pericolo immediato e reale nel qui ed ora, ma sentono una difficoltà legata al ciclo vitale (prossimità al diploma o laurea, perdita o cambio lavoro, matrimonio imminente, nascita di un figlio: paternità-maternità, ecc.). Ciò mette in crisi questi soggetti, in quanto non sentono adeguato il proprio autosostegno per fronteggiare tali eventi evolutivi del loro ciclo vitale, con il conseguente crollo della funzione personalità del Sé.

La terapia

A seguito di quanto detto, focalizziamo adesso l'attenzione sulle cure diametralmente opposte relative alla crisi di panico e all'attacco di panico - disturbo di panico (vedi tabella 2).

La terapia con i pazienti affetti da *crisi di panico* verterà sui processi e sui blocchi legati all'ansia di separazione, e quindi si andrà a sostenere la forza e l'autonomia nella persona in modo tale che la stessa possa contattare l'ambiente con spontaneità e sicurezza.

Al contrario, la terapia con i pazienti affetti da *disturbo di panico* muove i passi dal lavoro sulla funzione personalità del Sé. "Infatti ogni interruzione nel ciclo di contatto/ritiro dal contatto rimanda ad una storia di relazioni primarie nelle quali il soggetto ha vissuto ed appreso – a livello verbale e corporeo – esperienze disturbate della funzione-Personalità [...]. Fare emergere dallo sfondo e descrivere le trame familiari dentro le quali si è appresa una modalità di interruzione è un efficace procedimento terapeutico coerente con la matrice fenomenologica della Gestalt Therapy" [20] (p. 701, 702).

Obiettivo della terapia sarà quello di attraversare le angosce legate all'appartenenza, favorendo e sostenendo una sana confluenza.

Nella relazione terapeutica diventa fondamentale differenziare il rapporto nella sua dimensione asimmetrica, dove c'è un 'Tu' a cui il paziente si può affidare senza sentirsi squalificato e dentro il quale può ritrovare sé stesso.

È chiaro che, per quanto sopra descritto relativamente alla reazione abnorme che il corpo sperimenta durante l'attacco di panico, il lavoro sulla funzione-Es del Sé sarà centrale nella terapia, a partire dal respiro fino ad arrivare ai vissuti esperiti nel corpo come tensioni, espressione di blocchi della relazione con l'altro. Goodman a tal proposito parla del 'Sé che si concentra'; lavorare utilizzando le tecniche di concentrazione sul corpo, in modo tale che il paziente possa recuperare quei vissuti da sempre negati e retroflessi ma appartenenti a sé stesso, è buona prassi terapeutica con i pazienti affetti da disturbo di panico.

Lavorare sulle retroflessioni all'interno del percorso terapeutico aiuterà il paziente sostenuto dal terapeuta a fidarsi dell'ambiente e di sé stesso, superando quei blocchi legati ai propri vissuti corporeo-relazionali che non hanno permesso nel tempo di contattare l'altro e di affidarsi allo stesso.

La terapia potrà essere considerata conclusa nella misura in cui il paziente a livello di funzione-Personalità sperimenterà una co-centralità nel sentirsi unico, ma con gli altri. A livello di funzione-Es, avvertirà la sensazione di abitare il proprio corpo e la consapevolezza che i bisogni emergenti vengono integrati negli schemi dell'esserci-con, con responsabilità. A livello di ciclo di contatto il paziente sarà in grado di consegnarsi al *finally contact* e di vedere l'altro non come ostacolo, ma come una risorsa [21].

Considerazione conclusiva

La terapia potrà in tal modo offrire al paziente che soffre di disturbo di panico una personalità nuova ed integra, capace attraverso i nuovi schemi dell'esserci-con appresi nella relazione col terapeuta di raggiungere la pienezza da sempre voluta e 'finalmente' trovata.

APPENDICE

Tabella 1

**Spinte Motivazionali e Angosce Esistenziali
nel Modello Relazionale di Base Noi/Io**

MRB/Noi

- privilegia l'**appartenenza**
- lo riscontriamo in situazioni di pericolo
- e dove è richiesta una spinta alla sopravvivenza

Ansia di **Separarsi**

MRB/Io

- privilegia la **soggettività** e l'autorealizzazione di sé
- Ansia di **Consegnarsi****

Tabella 2

La differenza tra **Crisi di Panico e **Attacchi di Panico** non è dunque una questione di linguaggi, ma è fondamentale nel processo diagnostico e terapeutico.**

Crisi di Panico:

- Difficoltà reale e presente
- Passato costell. di paure e difficoltà a separarsi...

**SOSTENERE L'AUTONOMIA
E LA FORZA**

Attacchi di Panico

- Non c'è una difficoltà attuale ma nel ciclo vitale sta avvenendo qualcosa... matrimonio, maternità/paternità. Ecc
- Mai edidenziato problemi anzi spesso trattasi di gente molto affermata che frequentava diversi contesti fino all'attacco di panico

**SOSTENERE IL LEGAME
E L'APPARTENENZA**

TERAPIA

BIBLIOGRAFIA

1. Salonia, G. (2005), Cambiamenti sociali e disagi psichici. Gli attacchi di panico nella postmodernità. In G. Francesetti (ed.), *Attacchi di panico e postmodernità* (pp. 36-50). Milano: Franco Angeli.
2. Salonia, G. (2013). Psicopatologia e contesti culturali. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 17-32). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
3. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della Terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio. (ed. or. 1951).
4. Salonia, G. (2011). *Sulla felicità e dintorni. Tra corpo, parola e tempo*. Trapani: Il pozzo di Giacobbe.
5. Salonia, G. (2012). Teoria del sé e società liquida. Riscrivere la funzione-Personalità in Gestalt Therapy. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 3, 33-62.
6. Da Costa, J. M. (1871). On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 61, 121, 17-52.
7. American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2013).
8. Salonia, G. (2013b). Disagio psichico e risorse relazionali. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 55-67). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
9. Salonia, G. (2013c). L'anxiety come interruzione nella Gestalt Therapy. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 33-53). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
10. Sichera, A. (2013). Ermeneutica e Gestalt Therapy. Breve introduzione ai fondamenti di una diagnosi gestaltica. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 11-16). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
11. Francesetti, G. (2005). *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: Franco Angeli.
12. Salonia, G. (1986). La consapevolezza nella teoria e pratica della Psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 3, 125-146.
13. Salonia, G. (2008). La Psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness. In S. Vero, *Il corpo disabitato. Semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness* (pp. 51-71). Milano: Franco Angeli.
14. Salonia, G. (1989). Tempi e modi del contatto. *Quaderni di Gestalt*, V, 8/9, 55-64.
15. Conte, V. (2013). La modalità relazionale narcisistica nella post modernità e il lavoro terapeutico in Gestalt Therapy. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 4, 17-38.
16. Winnicott, D. W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando. (ed. or. 1965).
17. Kandel, E. R. (2007). *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2005).
18. Porges, S. W. (2014). *La teoria Polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fiorini.
19. Castrechini, A. (2014). Con te non ho paura. Per una rilettura di *Attacchi di Panico e Postmodernità*. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 5, 104-105.
20. Salonia, G. (2014). Dalla grandiosità dell'immagine alla pienezza del contatto. Pensieri sulla psicoterapia della Gestalt e i vissuti narcisistici. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (A cura di). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica* (pp. 697-713). Milano: Franco Angeli.
21. Salonia, G. (2013d). Pensieri su Gestalt Therapy e vissuti narcisistici. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 159-179). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.

IPOSTESI E METODI DI STUDIO

La Gestalt-Play-Therapy: un intervento psicoterapeutico integrato per le famiglie – oncologiche

Miriam Abbate¹, Angela Ciulla¹, Letizia Cacciabauda¹, Francesco Paolo Scarito¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Abbate M., Ciulla A., Cacciabauda L., Scarito F. P. (2020).
La Gestalt-Play-Therapy: un intervento psicoterapeutico integrato per le famiglie – oncologiche
Phenomena Journal, 2, 92-100.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.94>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Miriam Abbate
mimiabbate@hotmail.it

Ricevuto: 18 maggio 2020

Accettato: 07 ottobre 2020

Publicato: 08 ottobre 2020

ABSTRACT

The diagnosis of a neoplastic disease brings with it the experience of body pain, sadness, fear of death, detachment from everyday life; this is experienced by both the patient and the family. The “stress of cancer disease” is experienced as “family disease”. Hence the term family-oncology.

The aim of the research is to evaluate: (1) the effectiveness of Gestalt-Play-Therapy (G.P.T) in oncology wards with patients and family members (2) moderate levels of di-stress in the family-oncology (3) increase awareness of needs, emotions through the game. Working only on suffering often does not help, especially if the disease cannot be cured. Help for the patient and the family can be to use the G.P.T to improve health and psychological well-being. Exploring what is behind the suffering helps to find a new way to live despite the diagnosis.

Sample: 40 patients and caregivers divided into groups: (1) classical program (2) Gestalt Play therapy psychotherapy group.

Method: Group, G.P.T techniques, questionnaires administration:

- PSS, *Perceived Stress Scale*

- BAI Beck anxiety inventory self-report test to measure anxiety

- The multidimensional scales of pain Brief Pain Inventory

- GPTIO Gestalt Play Therapy Test in Oncological phenomenological test in planning

Results: we hypothesize a reduction of anxiety and di-stress in the cancer family, an improvement in lifestyle, better ability to satisfy needs, greater awareness and acceptance of the disease.

Conclusions: Prevention of traumatic experience, better awareness of the disease and the ability to meet the needs of the cancer family are expected.

KEYWORDS

Gestalt play therapy, oncological diagnosis, Family-oncology.

ABSTRACT IN ITALIANO

La diagnosi di una malattia neoplastica, porta con sé l'esperienza del dolore del corpo, la tristezza, la paura della morte, il distacco dalla quotidianità; ciò viene vissuto sia dal paziente che dalla famiglia. Lo “stress della malattia oncologica” viene vissuta come “malattia-familiare”. Da qui nasce il termine famiglia-oncologica. Obiettivo della ricerca è valutare: (1) l'efficacia della Gestalt-Play-Therapy (G.P.T) nei reparti di oncologia con pazienti e familiari (2) moderare i livelli di di-stress nella famiglia-oncologica (3) aumentare la consapevolezza dei bisogni, delle emozioni attraverso il gioco. Lavorare solo sulla sofferenza spesso non aiuta, specie se la malattia non può essere guarita. Un aiuto per il paziente e per la famiglia può essere usare la G.P.T per migliorare la salute e il benessere psicologico. Esplorare cosa c'è dietro la sofferenza, aiuta a trovare un modo per vivere nonostante la diagnosi.

Campione: 40 pazienti e caregiver suddivisi in 2 gruppi: (1) programma classico (2) Gruppo di psicoterapia Gestalt Play therapy per pazienti e caregiver.

Metodo: Gruppo, tecniche G.P.T, somministrazione questionari:

- Scala per lo Stress Percepito, *Perceived Stress Scale* (PSS)

- Test (BAI) Beck anxiety inventory self-report per misurare l'ansia

- Le scale multidimensionali del dolore Brief-Pain-Inventory

- Test fenomenologico (GPTIO) Gestalt Play Therapy Test in Oncologia in progettazione

Risultati: ipotizziamo una riduzione di ansia e di-stress nella famiglia oncologica, un miglioramento dello stile di vita, migliori capacità di soddisfare i bisogni, maggiore consapevolezza ed accettazione della malattia.

Conclusioni: Ci si aspetta una prevenzione dell'esperienza traumatica, migliore consapevolezza della malattia e della capacità di soddisfare i bisogni della famiglia-oncologica.

PAROLE CHIAVE

Gestalt play therapy, diagnosi oncologica, famiglia-oncologica.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La diagnosi di una malattia neoplastica, porta con sé non solo l'esperienza del dolore del corpo, ma anche delle intense emozioni difficili da gestire come: la tristezza, la paura, il distacco dalla quotidianità e la rabbia. La persona infatti deve fare i conti con un vissuto emotivo forte e dirompente, ma anche con un cambiamento oggettivo della propria vita e deve trovare il modo di adattarsi creativamente a tutto ciò [1]. Una diagnosi di tumore infatti richiama automaticamente al concetto di morte, genera confusione, incertezza per il futuro e scoraggiamento, non solo del singolo ma anche dell'intero sistema familiare. I familiari, tendono, per amore e delicatezza, a proteggere il paziente oncologico non parlando della malattia, né con lui né in famiglia, cercando di rendere il tutto un tabù. Il non detto, tra malato di cancro e i familiari, per la forte paura e angoscia della possibile o probabile morte, ostacola la libera comunicazione, facendo emergere imbarazzo, nel parlare apertamente della malattia. Tali condizioni creano palesemente distanza emotiva, senso di inadeguatezza e sofferenza, aumentano lo stato di angoscia e di-stress. Lo "stress della malattia oncologica" viene vissuta come "malattia-familiare". Da qui nasce il termine famiglia-oncologica. Ovvero uno stato generalizzato di-stress, tensione emotiva, paure, preoccupazioni e angosce inesprese, presenti nel campo familiare. Il dolore emotivo è forte e viene vissuto in maniera drammatica da parte di tutta la famiglia; ma nonostante ciò si è focalizzati sulla malattia a livello fisico, fino a rifiutare, spesso il supporto psicologico o spirituale, perché giudicato "banale" rispetto alla gravità di una malattia oncologica, aumentando così i livelli di-stress e di sofferenza emotiva, o congelamento emotivo [2]. Il cancro è una malattia che traumatizza il corpo e la psiche; crea gravi conseguenze psicologiche al soggetto che ne riceve la diagnosi. Anche la famiglia-oncologica, viene sopraffatta da un forte disagio psicologico e questo comporta notevoli ripercussioni sia sulle relazioni familiari che sulla gestione della vita quotidiana. Infatti nel momento in cui la persona si ammala di cancro, la famiglia viene investita da molteplici responsabilità che riguardano la cura e l'assistenza del familiare. Tale processo di sostegno e cura comporta un blocco del normale ciclo di vita, tutti gli sbocchi vitali ed energetici si arrestano; la famiglia-oncologica cessa la sua normale capacità di esperire e soddisfare i bisogni. Il coinvolgimento dei familiari, con l'avanzare della patologia oncologica diventa fondamentale, poiché sono chiamati a gestire una serie di mansioni e di tensioni emotive; tale sostegno è stato definito "il peso della cura", una cura non solo sul fare ma anche una cura emotiva (burden care) [3]. Un numero considerevole di studi evidenziano l'importanza del ruolo del primary caregiver; il familiare che ha il compito di occuparsi del malato oncologico, sia per ciò che concerne la cura fisica, la gestione delle attività ospedaliere, sia il supporto e il sostegno psicologico. Numerose ricerche [4] dimostrano come nel percorso di malattia oncologica si possano identificare tre macro-fasi, ciascuna caratterizzata da specifici bisogni e compiti di sviluppo per tutti coloro che fanno parte della famiglia.

Esse possono essere così distinte in:

1 Fase seguente alla diagnosi, definibile anche come fase di “crisi”: riguarda il periodo iniziale, in cui si viene a conoscenza della diagnosi e si rende necessaria la prima forma di adattamento all’evento inaspettato. Questa fase è caratterizzata da livelli molto alti di stress, associati ad ansia e tristezza sia per il malato, che per i familiari i quali iniziano a percepire la difficoltà della gestione emotiva e pratica della situazione stressante, risultando così vulnerabili su più fronti.

2 Fase di progressione della malattia oncologica, caratterizzata dal peggioramento dei sintomi, nonché da un decadimento più o meno grave delle funzioni del paziente e un conseguente aumento della sua dipendenza. In questo stadio la famiglia si sforza di mantenere, non senza difficoltà, l’apparenza di una vita normale. Sarebbe perciò utile incoraggiare l’autonomia di ogni suo membro e l’elaborazione dei sentimenti di rabbia e perdita, esperiti in relazione al cambiamento, prevenendo circoli viziosi caratterizzati da vergogna e senso di colpa per le emozioni provate, e favorendo lo sviluppo di modalità relazionali più funzionali tra i membri della famiglia.

3 Fase terminale della malattia oncologica, in cui, in caso di guarigione, si può elaborare il vissuto connesso all’esperienza e favorire l’inizio di un nuovo “capitolo” di vita slegato dall’ansia e dalla preoccupazione costante, mentre nel caso in cui, sia la famiglia che il malato debbano accettare l’idea della fine e della separazione, l’aiuto degli esperti può permettere di far vivere questa fase come un’opportunità di condivisione finale e di riorganizzazione globale del proprio percorso, preparandoli ad affrontare il lutto.

Troppo spesso, però, il ruolo dei caregiver e della famiglia del paziente sono sottovalutate, trascurando i sintomi di stampo ansioso o depressivo di cui possono soffrire e che di conseguenza danneggiano anche il paziente oncologico e l’intero sistema [4]. Questo rende necessario allargare il concetto di burden o carico di malattia, inteso come l’insieme del contributo dei fattori di rischio per lo stato di salute, dal singolo paziente all’intero nucleo familiare. Più specificatamente si ritiene necessario un intervento di campo familiare, in cui il focus diretto, non sia principalmente il sostegno al paziente oncologico e l’accettazione dei cambiamenti fisici o l’accettazione della malattia, ma un intervento che lavori sui bisogni che continuano ad essere vitali anche con il cancro, i quali sono fondamentali per la qualità di vita. Tale intervento deve attenzionare le capacità di resilienza e regolare l’omeostasi della famiglia-oncologica, nonostante la crisi evolutiva. Tale intervento in maniera trasversale favorisce l’accettazione del cancro e l’adattamento creativo della famiglia-oncologica nel vivere ciò nel qui e ora.

L’intervento in questione dovrebbe lavorare sulla famiglia-oncologica e sulla possibilità di prendere consapevolezza degli:

- aspetti oggettivi, che riguardano il poco tempo dedicato a se stessi;
- aspetti evolutivi, ossia connessi alla sensazione del caregiver o componente della famiglia, di perdere opportunità ed esperienze idonee alla propria età, che vengono comunemente svolti dai coetanei;
- aspetti sociali, vi è un cambiamento di ruolo nella propria famiglia e fuori da essa;

– aspetti emotivi, associati ai sentimenti di vergogna, rabbia nei confronti del malato oncologico, e al grande senso di colpa provato per queste emozioni che si sentono dentro di sé.

Proprio questi ultimi elementi, di natura emotiva, sono stati messi in luce solo negli ultimi anni. Ciò a fronte della crescente consapevolezza degli effetti, che le condizioni di vita del caregiver e dei componenti della famiglia determinano, sui vissuti di ansia e/o depressione i quali dipendono prettamente dalla responsabilità data, dalla necessità di assistenza e dall'incertezza sul futuro del proprio caro, che conducono, in coloro che dispongono di strategie di coping meno efficaci, ad alti livelli di rimugini, di stress e di malessere psico-fisico [5]. Inoltre da non sottovalutare è lo stress cronico, a cui la famiglia-oncologica e il paziente oncologico sono sottoposti in tale periodo. Lo stress porta ad un'alterazione delle difese immunitarie e rende il sistema familiare e quindi ogni singolo componente, più vulnerabile fisicamente, aumentando la possibilità di ammalarsi. Un importante fisiologo H. Seyle, studiò in maniera accurata e precisa i correlati fisiologici e comportamentali dello stress. Tale studio lo portò a pubblicare la prima teoria sulla relazione tra stress e malattia. In base a questi studi si identificò lo stress come: “la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta di cambiamento” (1936-1973). Il viennese Seyle introdusse un nuovo ed importante concetto: la Sindrome Generale di Adattamento; ovvero una risposta biologica ad uno stimolo nocivo con un significato difensivo e di adattamento. Tutto ciò crea una risposta specifica agli agenti stressanti, i quali attivano il sistema ipotalamo – ipofisi, con la conseguenza dell'incremento dell'ormone adrenocorticotropo e l'aumento degli ormoni surrenali. Gli studi dimostrano che gli ormoni surrenali: svolgono un lavoro importantissimo per la nostra salute; un'eccessiva stimolazione porta all'esaurimento e di conseguenza ciò crea danni all'organismo [1]. Le modificazioni del sistema immunitario e lo stato di infiammazione cronica rappresentano due eventuali cause biologiche, alla base della teoria, che lo stress aumenti il rischio di sviluppare una malattia psicosomatica o nella peggiore delle ipotesi anche una neoplasia. Un sistema immunitario fragile ed un'infiammazione persistente, possono infatti rendere l'organismo più vulnerabile, favorendo la nascita e il progredire di malattie [6]. Tali ripercussioni ledono e peggiorano chiaramente lo stato di salute fisico e psicologico del paziente oncologico e della famiglia-oncologica. È necessario quindi, per le motivazioni appena esposte, che il contesto delle cure psicologiche e il setting psicologico, sia allargato alla famiglia-oncologica, con un intervento psicoterapeutico, che non punti solo sull'elaborazione della malattia, ma che migliori la qualità della Vita per la famiglia-oncologica e accompagni la famiglia in maniera semplice e giocosa a temi che spesso sono bloccati, nascosti, che danno vita a non detti e allo sviluppo di blocchi emotivi e dell'arresto del ciclo del contatto. Un intervento terapeutico che punti ad individuare e far emergere eventuali desensibilizzazioni o resistenze al contatto [2]. Da ciò emerge l'importanza di strutturare un intervento terapeutico di campo-familiare, il cui obiettivo è quello di ripristinare i cicli di contatto dei componenti della famiglia e del paziente oncologico, cercando di ristabilire l'omeostasi e soddisfare i bisogni inespressi. Gli interventi terapeutici sulla famiglia

permettono di lavorare in maniera contemporanea sia sul paziente oncologico sia sulla famiglia oncologica. Tali interventi permettono di far circolare all'interno del campo familiare, emozioni bloccate o inesprese. Lavorare con gruppi tematici sulla sofferenza spesso non aiuta a stare meglio emotivamente, ma cronicizza le emozioni di dolore e sofferenza; specie se la malattia non può essere guarita [7]. Stimolare invece il benessere e la soddisfazione dei bisogni, specie quelli più intimi, aiuta la persona e la famiglia-oncologica a stare meglio e ciò viene agevolato dal gioco. Questa capacità può essere stimolata, attraverso l'uso della Gestalt Play Therapy, ovvero l'uso del gioco per favorire la comunicazione emotiva. La Gestalt Play Therapy è un modello terapeutico psicologico, estremamente utile nel lavoro psicoterapeutico con i bambini e adolescenti con disagi emotivi o problemi psicologici, di grande potenza ed efficacia [8]. In quest'ottica la Gestalt Play Therapy bene si adatta ai contesti oncologici in cui la spensieratezza, il sorriso e l'allegria che porta il giocare è completamente assente, dimenticato e demonizzato.

Ipotesi della ricerca

L'ipotesi di base è che la Gestalt Play Therapy è un approccio utile anche con gli adulti con grosse difficoltà emotive e traumi importanti, poiché facilita la presa di contatto e l'espressione di vissuti interni e nascosti, come quelli presenti nella famiglia-oncologica e del paziente, soprattutto in situazioni difficili della vita come il cancro, in cui le priorità del fare e del doverismo sono molto presenti. Per tali ragioni si ipotizza che l'uso del gioco sia una tecnica innovativa nella gestione ed elaborazioni delle emozioni forti e traumatiche come quelle che emergono nella malattia-cancro. Il gioco infatti permette di abbattere le barriere del doverismo, le difese, gli stereotipi legati alle psicoterapie di gruppo proposte al momento negli ambienti ospedalieri o nei setting in studio, per affrontare tematiche come la malattia-cancro. Si ipotizza che una terapia fondata sul gioco possa coinvolgere ed incentivare il gruppo e creare in maniera più semplice un'alleanza di gruppo; poiché non sai dove ti porterà un disegno, un lavoro con l'argilla o il giocare con la sabbia, tutto avviene in naturalezza, in un setting accogliente e non giudicante, ludico e gioioso.

L'uso del gioco e della Gestalt-Play-Therapy incentiverà i seguenti processi:

- La Focalizzazione sul “qui ed ora”, su aspetti emozionali, percettivi, mnestici, relativi alle esperienze di contatto con l'ambiente;
- L'accettazione dell'esistenza di un problema;
- La motivazione ad affrontare il problema;
- La riproduzione delle esperienze, vissute “qui ed ora”, in maniera vivida e pregnante;
- La comunicazione emozionale con sé, con il terapeuta, con il gruppo e tra i familiari;
- La costruzione progressiva della consapevolezza di sé e dei problemi presenti;
- La capacità di sentirsi protagonisti attivi della propria vita e di essere responsabile delle scelte fatte e da fare;

- Un aumento di un benessere emotivo e un incremento degli indici di qualità della vita;
- Accettare emozioni che si credevano non adatte o sbagliate.

Si ipotizza che tali obiettivi siano più facilmente raggiungibili, poiché l'utilizzo del gioco e di alcune tecniche risultano dei facilitatori che agevolano la presa di consapevolezza nel qui e ora dei sentimenti che difficilmente i familiari di un paziente oncologico e lo stesso paziente oncologico farebbero emergere in un setting ordinario. L'uso di materiali ludici, inoltre permette di creare all'interno del gruppo un'atmosfera, di leggerezza e morbidezza, utili a preparare, ogni singolo componente del gruppo del gruppo, a temi molto delicati e dolorosi. Il gioco nei reparti di oncologia-pediatria è alla base degli interventi psicoterapeutici già da molti anni [9], data la potenza terapeutica del gioco e la sua possibilità espressiva, sembra una tecnica utile e di facile applicabilità anche nei reparti di oncologia con pazienti adulti.

Metodi e Strumenti

Il metodo elettivo in cui svolgere sessioni di Gestalt-Play-Therapy è il Gruppo. Saranno presenti due gruppi gioco e un gruppo di controllo al quale verranno somministrati dei test. I gruppi gioco riguardano: un gruppo per i pazienti oncologici e un gruppo distinto per i familiari del paziente (madre e padre, figli). I test sono i medesimi:

- Scala per lo Stress Percepito, *Perceived Stress Scale* (PSS);
- Test *BAI self-report* per misurare l'ansia;
- Le scale multidimensionali del dolore *Brief-Pain-Inventory*;
- Test fenomenologico *GPTIO* in progettazione.

La scelta di inserire un test che valuti lo stress nasce, dall'ipotesi per cui alti livelli di stress peggiorano la salute psico-fisica dei pazienti e dei componenti della famiglia-oncologica. Nello specifico tra i test scelti è presente un test attitudinale che misura la percezione soggettiva dello stress; il "*Perceived Stress Scale*" o *PSS* (la scala per lo stress percepito) sviluppata da Sheldon Cohen [10]. Questa scala viene usata per valutare la percezione del soggetto a particolari situazioni di vita quotidiana, e la reazione in risposta a questi avvenimenti, percepiti come destabilizzanti e rischiosi. Il questionario è costituito da 10 domande, il valore va da 1 a 5 in funzione della gravità. Si è scelto proprio questa scala poiché le domande riguardano i sentimenti e pensieri che interessano l'ultimo mese passato.

La situazione in questione necessita la misurazione dell'ansia percepita; nello specifico si è scelto la *Beck Anxiety Inventory* (*BAI*), una scala di autovalutazione per l'ansia in generale, che comprende 21 item che valutano in che misura il soggetto ha percepito, nell'ultima settimana l'ansia. In questa scala particolare attenzione hanno i sintomi causati dall'ansia; come la presenza di nervosismo, difficoltà a rilassarsi, palpitazioni, sensazioni di svenimento, eccetera. Gli item vengono espressi con una scala a 4 punti. Tra le diverse scale la *BAI* è molto affidabile per la valutazione dei sintomi ansiosi, ma nello specifico quelli somatici, che possono peggiorare il quadro

clinico dei pazienti e dei caregiver [11].

Una valutazione del dolore quanto più oggettiva possibile è necessaria in questa circostanza per comprendere se la psicoterapia attraverso il gioco possa alleviare il dolore fisico o permettere di gestirlo meglio, così da migliorare la qualità di vita.

Il *Brief Pain Inventory* (BPI) al suo interno è composta da 7 aree, relative alla sfera fisica e psicosociale. La scelta di tale scale è dovuta alle due dimensioni che prende in considerazione; l'intensità del dolore e le ripercussioni che il dolore ha sulle attività di vita quotidiana. Il punteggio viene calcolato tramite scale numeriche con valore compreso tra 0 a 10. Un punteggio di 4 è indicativo di un dolore che non modifica lo svolgimento delle azioni svolte nella quotidianità, punteggi superiori evidenziano un dolore non indifferente, che ha un impatto importante sulle normali abitudini di vita [12]. La sintomatologia dolorosa è fondamentale e deve essere inquadrata nella sua globalità, non solo sulla condizione fisica ma anche in quella psico-sociale poiché potrebbe dare una chiave di lettura diversa del sintomo fisico e permettere un trattamento farmacologico cucito su misura sul paziente e sulla reale sintomatologia dolorosa [13].

Infine un test in fase di realizzazione è il Gestalt Play Therapy Test In Oncologia, GPTIO, tale test vuole mettere in evidenza l'importanza della psicoterapia della Gestalt con soggetti oncologici e con le famiglie oncologiche. Tale test indagherà un eventuale correlazione tra il trattamento proposto e un aumento della capacità di soddisfare i bisogni dei soggetti e di conseguenza di migliorare la qualità di vita. Una specifica sezione di valutazione riguarderà anche il gioco come facilitatore che permette l'espressione più libera delle emozioni e dei sentimenti dolorosi.

Tali test verranno successivamente risomministrati a fine percorso terapeutico. Verranno proposte 8 sessioni ai due gruppi gioco per pazienti e per familiari, 2 sessioni in cui il paziente e il familiare si incontrano in gruppo allargato. Così da avere un'idea su ciò che accade nel campo familiare della famiglia-oncologica e allo stesso tempo lavorare sul benessere psico-fisico. I test vengono somministrati ai pazienti e ai loro familiari per valutare se esistono fattori coesistenti e quindi se il miglioramento dello stato emotivo del paziente oncologico, migliora il benessere e la qualità di vita della famiglia-oncologica. Per comprendere al meglio le nostre azioni comportamentali, è necessario prendere in considerazione tutte le variabili che intervengono contemporaneamente su di esse [14], sia a livello individuale che all'interno della famiglia-oncologica. Infatti una delle condizioni fondamentali della teoria del campo secondo Kurt Lewin è quella di dare enfasi ai fatti coesistenti, i quali hanno il carattere di un "campo dinamico", infatti lo stato di ogni singola parte del campo dipende da tutte le altre [15].

Campione: 20 pazienti e caregiver suddivisi 2 in gruppi: (1) programma classico somministrazione test (2) Gruppo gioco di psicoterapia Gestalt Play therapy per pazienti e famiglia-oncologica.

Nello specifico abbiamo 8 sessioni con GRUPPO PAZIENTI e 8 sessioni con GRUPPO FAMIGLIA-ONCOLOGICA le quali comprenderanno tutte una fase di pre-contatto e una di post-contatto:

1. compilazione dei questionari, sessione gioco con carte Dixit;
2. sessione gioco dipingere il posto sicuro;
3. sessione gioco dipingere nave in tempesta;
4. sessione musica e movimento danza delle emozioni;
5. sessione passato presente futuro con carte Dixit;
6. sessione uso della sabbiera;
7. sessione collage individuale;
8. sessione collage di gruppo e compilazioni questionari.

Incontri GRUPPO ALLARGATO:

1. sessione gioco con l'argilla;
2. sessione collage gruppo allargato.

Obiettivi della ricerca

1. l'efficacia della Gestalt-Play-Therapy nei reparti di oncologia con pazienti e familiari;
2. moderare i livelli di-stress nella famiglia-oncologica;
3. aumentare la consapevolezza dei bisogni, delle emozioni attraverso il gioco;
4. agevolare la comunicazione tra i familiari e la compliance alle cure;
5. migliorare la salute, il senso di auto efficienza ed efficacia del paziente e della famiglia oncologica;
6. un aumento del tono dell'umore grazie al rilascio di endorfine prodotte dal giocare in gruppo;
7. diminuzione dell'ansia;
8. aumentare l'accettazione della malattia e la capacità di godere del tempo presente;
9. una migliore gestione del dolore e agevolare la comunicazione medico paziente e medico familiari.

Risultati attesi

Ipotizziamo una riduzione di ansia e di-stress nella famiglia oncologica, un miglioramento dello stile di vita, migliori capacità di soddisfare i bisogni, maggiore consapevolezza ed accettazione della malattia una gestione e sopportazione del dolore fisico causato dalle cure grazie alla produzione di endorfine mediante il gioco. Ci si aspetta quindi una prevenzione dell'esperienza traumatica, una gestione della malattia e della sofferenza più dignitosa e un concedersi spazi di vita più gioiosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: *Il Pensiero Scientifico*.
2. Grassi, L., Morasso, G. (1999). Psico-oncologia: lusso o necessità? *Giornale Italiano di Psico-Oncoologia*, 1(1), 4-9.
3. Gritti, P., Di Caprio E., Resicato G. (2011). "L'approccio alla famiglia in psiconcologia", in *Clinica Psicologica*, 2, 115-135.
4. Gritti, P., Di Caprio E., Resicato G. (2011). "L'approccio alla famiglia in psiconcologia", in *Clinica Psicologica*, 2, 115-135.
5. Annunziata, M.A., Muzzatti, B., Bianchet, K., Berretta, M., Chimienti, E., Lleshi, A., e Tirelli, U. (2009). Sopravvivere al cancro: una rassegna sulla qualità di vita nella cancer survivorship. *Psicologia della Salute*, 10(3), 55-71.
6. Ganz, P.A. (a cura di) (2007). *Cancer survivorship: Today and tomorrow*. New York: *Springer*.
7. Grassi, L., Righi, R., Sighinolfi, L., et al. (1998). Coping styles and psychosocial related variables in HIV-infected patients. *Psychosomatics*, 39, 350-359.
8. Oaklander, V. (2009). Il gioco che guarisce. *La psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*, EPC Edizioni.
9. Guarino, A. (2006). Psiconcologia dell'età evolutiva. *La psicologia nelle cure dei bambini malati di cancro*. Erikson.
10. Cohen S, Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psyc*. Newbury Park. CA: Sage.
11. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
12. Cleeland CS, Ryan KM.(1994). *Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory*. Ann Acad Med Singapore, 23:129-38.
13. Melotti RM, Ivis S.(2013) La rete della terapia del dolore il modello organizzativo e formativo. *Il dolore cronico in medicina generale*. Ministero della Salute.
14. Lewin, Kurt. (1988). *La teoria del campo nelle scienze sociali*. Barcellona: Paidós.
15. Lewin, Kurt. (1997). *Risolvere i conflitti sociali: teoria dei campi nelle scienze sociali*. Washington, DC: American Psychological Association.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il disturbo autistico ad alto funzionamento: criteri per un modello clinico integrato

Flavia Morfini¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Morfini F. (2020).
Il disturbo autistico ad alto
funzionamento: criteri
per un modello clinico integrato
Phenomena Journal, 2, 101-113.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.107>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Flavia Morfini
flaviamorfini@virgilio.it

Ricevuto: 23 maggio 2020

Accettato: 23 ottobre 2020

Publicato: 24 ottobre 2020

ABSTRACT

The autism studies show a greater degree of scientific evidence. They derive from Applied Behavioural Analysis (Aba) and Cognitive-Behavioural orientation. Gestalt therapy deals with autism recently. The concepts of Gestalt psychotherapy, including the concept of contact boundary, the principle of creative adaptation and the phenomenological perspective of the organism-environment field, are central to the characteristics of autism. These concepts are important, in particular for autism high functioning. Gestalt therapists deal with the value of spirituality in the treatment of people with autism. This is of strong scientific significance. Health includes, in fact, the physical, social, psychological and spiritual aspects as represented by OMS in the 2004 Promoting Mental Health document. The purpose of this work is to produce a contribution in the direction of comparison and integration. The aim is to lay the foundations for the creation of an integrated model for the treatment of high functioning autistic disorder. In order to implement this integration logic, based on the study of scientific data and my clinical experience, the active ingredients present in these three approaches will be identified (Aba, Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Gestalt Psychotherapy). The development of a mix of active ingredients allows to obtain a greater control of the possible limits and side effects present in each orientation. The next step is to conduct the assessment through these integration criteria. For this purpose, areas of intervention will be identified in which the examination of the specific characteristics will be described.

KEYWORDS

Autism, intervention, integration.

ABSTRACT IN ITALIANO

Gli studi sull'autismo che mostrano un maggior grado di evidenza scientifica derivano dall'Applied Behavioral Analysis (Aba) e dall'orientamento Cognitivo-Comportamentale. La psicoterapia della Gestalt ha iniziato ad occuparsi di autismo recentemente.

I concetti della psicoterapia della Gestalt, tra cui il concetto di confine di contatto, il principio di adattamento creativo e la prospettiva fenomenologica del campo organismo-ambiente, sono centrali per le caratteristiche dell'autismo e, in particolare, per la specificità dell'autismo ad alto funzionamento. Psicoterapeuti della Gestalt hanno, inoltre, evidenziato il valore della spiritualità nel trattamento delle persone con autismo. Ciò è di forte pregnanza scientifica in quanto la salute comprende gli aspetti fisici, sociali, psicologici e spirituali come rappresentato dall'Oms nel documento Promoting Mental Health del 2004.

La finalità di questo lavoro è produrre un contributo nella direzione del confronto e dell'integrazione. L'obiettivo è porre le basi per la costituzione di un modello integrato per il trattamento del disturbo autistico ad alto funzionamento. Al fine di attuare tale logica d'integrazione, sulla base dello studio dei dati scientifici e della mia esperienza clinica, saranno identificati i *principi attivi* presenti in questi tre approcci (Aba, psicoterapia Cognitivo-Comportamentale e psicoterapia della Gestalt). La messa a punto di un mix di *principi attivi* consente di ottenere un maggior controllo dei possibili limiti ed *effetti collaterali* presenti in ciascun orientamento. Il passo successivo è la conduzione dell'assessment mediante questi criteri d'integrazione. A tale scopo, saranno individuate delle aree d'intervento in cui sarà descritto l'esame delle specifiche caratteristiche.

PAROLE CHIAVE

Autismo, intervento, integrazione.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Premessa ed obiettivi

La letteratura scientifica inerente l'autismo è costituita da un vasto campo di informazioni spesso scollegate. Non di rado, infatti, autori importanti, che hanno effettuato studi significativi, ignorano il contributo di studiosi di altrettanta spessore. È una letteratura, oserei dire, quasi autistica. Sembra, dunque, mancare l'evoluzione dei discorsi.

Nessun orientamento può avere, per sua natura, visione esaustiva e circolare. Ogni visione produce, naturalmente, dei limiti intrinseci poiché la sottolineatura di determinati aspetti implica, necessariamente, mettere sullo sfondo altri elementi. Da qui nasce l'importanza scientifica del confronto e dell'integrazione che rappresenta il principio sul quale si basa il presente lavoro.

Gli obiettivi sono l'identificazione dei criteri per l'implementazione di un modello integrato e la messa a punto di un protocollo di assessment integrato. Sono stati presi in esame l'Aba e la prospettiva cognitivo comportamentale i cui studi hanno dimostrato una maggiore evidenza scientifica. È stata, inoltre, analizzata la visione gestaltica i cui punti cardini sono centrali per il trattamento dell'autismo ad alto funzionamento. Di particolare attualità ed interesse scientifico è l'attenzione gestaltica alla dimensione spirituale quale aspetto centrale dello stato di salute.

2. Metodologia

In questo studio, mediante un lavoro di analisi delle componenti dei trattamenti che derivano dall'Aba, dall'orientamento cognitivo-comportamentale e dalla psicoterapia della Gestalt, sono state identificate le variabili maggiormente coinvolte nell'efficacia del trattamento. La terapia del disturbo autistico ad alto funzionamento, a causa dell'elevata eterogeneità che caratterizza questo quadro clinico, rappresenta un processo particolarmente articolato e complesso. L'aspetto della valutazione, non è scindibile, in modo particolare per l'autismo ad alto funzionamento, dall'aspetto terapeutico e costituisce parte integrante del trattamento. Per tale ragione, sulla base dei criteri di integrazione, si è ritenuto opportuno procedere alla messa a punto di un sistema di assessment che potesse valorizzare la ricchezza di una visione integrata cogliendo la specificità clinica di ogni singolo caso.

3. Principi attivi dell'Applied Behavioural Analysis (Aba)

L'ABA è la scienza che applica i principi identificati dall'Analisi del Comportamento al comportamento umano, allo scopo di affrontare problemi socialmente rilevanti nella vita quotidiana [1].

Uno degli scopi principali del metodo ABA è far in modo che la dimostrazione dell'efficacia delle procedure utilizzate per generare il cambiamento avvenga tramite il metodo scientifico.

Le origini di tale disciplina risalgono alla pubblicazione del "Il Comportamento degli Organismi" di Skinner [2] in cui si evidenzia che i principi fondamentali su cui si

basa l'analisi comportamentale applicata sono quelli della teoria dell'apprendimento e del condizionamento operante. Il comportamento, che opera nell'ambiente per produrre determinate conseguenze, è definito come "il movimento di un organismo o di alcune sue parti nella cornice di riferimento fornita dall'organismo stesso o da vari oggetti o campi esterni" [2]. La conseguenza di un comportamento è l'effetto che esso genera sull'ambiente. Il comportamento viene dunque modellato o plasmato dalle conseguenze che riceve. Il rinforzo produce un aumento della frequenza del comportamento mentre la punizione di un comportamento, al contrario, comporta la decelerazione della frequenza dello stesso.

Si esamina il comportamento in termini di topografia (le azioni del soggetto) ed in termini di funzione: relazione tra il comportamento e le conseguenze che produce (perché) [3].

L'analisi dell'aspetto topografico comporta l'individuazione della condizione antecedente e della conseguenza del comportamento. Vi sono due tipi di antecedenti: stimolo discriminativo (SD) ed operazione motivativa (MO). La funzione dello stimolo discriminativo è quella di indicare la disponibilità del rinforzatore. Ad esempio, se si ha la spia della benzina accesa sul cruscotto, uno stimolo discriminativo è l'insegna di un benzinaio che indica la disponibilità della benzina (rinforzatore). La MO può essere di tipo condizionato (appreso) e di tipo incondizionato (filogenetico). Ad esempio, l'esigenza di ottenere complimenti per un lavoro svolto rappresenta una MO di tipo condizionato, mentre, la fame è un'operazione motivante di tipo filogenetico che evoca le azioni che, in passato, hanno comportato l'ottenimento del cibo. La conoscenza delle MO rappresenta, dunque, un contributo importante alla comprensione della funzione del comportamento in quanto permette di comprendere la variabilità della frequenza del comportamento e aiuta a spiegare come, di fronte ad uno stesso stimolo, l'individuo può fornire risposte diverse. Tale principio è di peculiare rilevanza nel lavoro con gli autistici poiché rende più chiara le caratteristiche di eterogeneità di tale disturbo.

Per lo sviluppo delle abilità sociali le operazioni condizionate motivanti rivestono ruolo centrale. Tra queste, è fondamentale l'operazione condizionata motivante transitiva (CMO-t). Essa converte uno stimolo neutrale a diventare un rinforzatore condizionato. Ad esempio, se, nel lavoro con un bambino, si sta lavorando sullo sviluppo della comunicazione e dell'abilità conversazionale e quest'ultimo vuole mangiare il gelato, si può utilizzare una ciotola di gelato senza un cucchiaino, creando una condizione in cui si altera momentaneamente il valore del cucchiaino (che diventa un rinforzatore condizionato). Si evoca, in tal modo, qualsiasi comportamento che ha prodotto un cucchiaino in passato, come ad esempio, si attiva il gesto sociale della richiesta: il bambino chiede ad un'altra persona di fornirgli il cucchiaino.

Un'altra operazione motivativa condizionata, che si utilizza per l'evoluzione delle abilità sociali, è l'operazione motivativa riflessiva CMO-r. Si verifica una CMO-r nel momento in cui uno stimolo è stato ripetutamente correlato con una serie di condizioni di peggioramento. Frequentemente, alla base del rifiuto sociale di molti individui con autismo ad alto funzionamento, è presente un processo di condizionamento

in cui il comportamento dell'altro ha avuto funzione di CMO-r. Ad esempio, nel gioco di condivisione un bambino autistico ad alto funzionamento potrebbe tendere a monopolizzare la modalità di gioco provocando conflitto con i coetanei. Tale conflitto produce, verosimilmente, un rinforzo dell'isolamento sociale. Per tale ragione, nel momento in cui in un'attività ludica si avvicinerà un compagno, si potrebbe verificare una CMO-r.

L'esame delle operazioni motivative è fondamentale al processo di analisi funzionale la quale consente di stabilire da cosa un comportamento è mantenuto. Quest'ultima rappresenta, dunque, lo studio della relazione tra gli eventi antecedenti del comportamento (operazione motivativa e stimolo discriminativo) e le conseguenze al fine di giungere alla previsione e al controllo di classi di comportamento.

Successivamente all'espletazione dell'analisi funzionale, si mette a punto il piano di intervento in cui sono individuati obiettivi e procedure. Nel disturbo autistico ad alto funzionamento il piano di intervento è focalizzato sullo sviluppo delle abilità sociali avanzate in cui il linguaggio riveste, naturalmente, ruolo prioritario. Quest'ultimo è definito come comportamento verbale e può essere spiegato tramite le stesse variabili verbali che controllano ogni comportamento [4]. Esso è suddiviso in categorie funzionali chiamate operanti verbali. Tra queste il lavoro sull'acquisizione del mand, cioè sulla capacità del soggetto di emettere richieste, rappresenta, spesso, il primo step di un piano d'intervento. Il mand è un tipo di risposta comportamentale determinata dalla operazione motivativa e, essendo la risposta ad un bisogno del soggetto, insegna in maniera diretta il valore del comportamento verbale [4].

Il piano di intervento deve avere le seguenti caratteristiche:

- problemi misurabili;
- verifica dei risultati basata sulla misurazione;
- criteri di acquisizione sulla verifica dei risultati;
- obiettivi precisi, individualizzati e scomposti in step.

La finalità di un piano di trattamento è costruire una forte infrastruttura di apprendimento attraverso programmi terapeutici coerenti con le leggi dell'apprendimento, incentrati sull'acquisizione e sulla generalizzazione delle abilità sociali. L'obiettivo da cui si parte è sviluppare i precursori delle acquisizioni evolutive quali l'attenzione congiunta e l'imitazione. La prima parte dallo sviluppo del contatto visivo e rappresenta un valido indicatore prognostico in età adulta in termini di qualità della vita; la seconda consente al bambino di sincronizzare le proprie esperienze con quelle degli altri.

4. Principi attivi dell'orientamento cognitivo comportamentale

Nell'individuazione dei principi attivi cognitivo-comportamentali, è stato preso in esame, in modo particolare, il pensiero di Attwood, considerato uno dei più importanti esponenti mondiali del disturbo autistico ad alto funzionamento [5]. Egli descrive il funzionamento di questo quadro clinico attraverso l'analisi degli studi che hanno ottenuto maggiore rilevanza scientifica. Questi ultimi derivano dalla psicoterapia co-

gnitiva comportamentale di terza generazione e dalla teoria dei costrutti di Kelley. Attwood rappresenta gli aspetti del funzionamento da indagare e sui quali progettare un intervento. Essi sono:

- **Profilo cognitivo.** Nei soggetti con autismo ad alto funzionamento, il QI verbale è, in genere, significativamente superiore al QI di performance. Lo stile di pensiero di tipo visivo utilizza la fantasia come modalità di ripetizioni di pensieri ed azioni e non si configura, dunque, come attività mentale che modifica continuamente i dettagli.
- **Funzioni esecutive.** Si manifestano, frequentemente, problematiche nel funzionamento esecutivo. Esse sono caratterizzate dalle difficoltà nelle seguenti aree: abilità di organizzazione e pianificazione, memoria di lavoro, inibizione e controllo degli impulsi, autoriflessione e autocontrollo, gestione del tempo; comprensione di concetti complessi ed astratti; utilizzo di nuove strategie. Studi hanno evidenziato che nell'autismo ad alto funzionamento vi è la preferenza per un funzionamento locale in cui si presta iper-attenzione ai singoli elementi piuttosto che per un'elaborazione globale poiché sono presenti difficoltà nelle operazioni d'integrazione e sintesi delle informazioni. Si manifesta, inoltre, il mancato uso di strategie organizzative per supportare la memoria episodica.
- **Coordinazione motoria.** Si possono sviluppare segni di atassia, possibilità di deterioramento del movimento; movimenti involontari o tic.
- **Teoria della Mente.** Lo sviluppo della teoria della mente descrive la capacità di immaginare ed interpretare i pensieri e le emozioni degli altri. Essa dipende dallo sviluppo del linguaggio ed è correlata al concetto di empatia. Le persone nello spettro autistico hanno, frequentemente, un'empatia affettiva intatta quale tendenza a sentire le emozioni e gli stati d'animo degli altri e, al contrario, manifestano difficoltà nell'empatia cognitiva quale capacità di prendere in considerazione la prospettiva altrui (pensieri ed emozioni). L'empatia affettiva si distingue in consapevolezza empatica costituita da sentimenti di compassione orientati agli altri e sofferenza personale rappresentata da sentimenti di ansia e disagio orientati verso se stessi. Le persone che manifestano un livello elevato di sofferenza personale mettono in atto, spesso, il meccanismo dell'evitamento in cui si distaccano dagli altri per non soffrire e non per mancanza di desiderio relazionale [5]. A causa di differenze nell'acquisizione e nella natura della teoria della mente, i bambini con autismo ad alto funzionamento possono sviluppare una forma differente di consapevolezza di sé. Essi potrebbero acquisire le abilità di teoria della mente attraverso la riflessione sul proprio stato mentale e su quello degli altri e non attraverso l'intuizione. L'incertezza a proposito di ciò che l'altro pensa o sente può, inoltre, essere uno dei fattori che contribuiscono ad un sentimento generale d'insicurezza o di ansia. Allo stesso tempo, il ritardo necessario per l'elaborazione intellettuale crea nel ragionamento sociale mancanza di sincronia. Ciò può generare un comportamento scortese ed ostile. Un'ulteriore riflessione è che le difficoltà in quest'area possono comportare lo sviluppo di un senso di paranoia, poiché il bambino non riesce ad interpretare correttamente

i segnali sociali e, quindi se in passato è stato vittima di bullismo, può immaginare che tutte le interazioni successive siano ostili.

- **Linguaggio.** Lo sviluppo di una qualsiasi forma di linguaggio (sia esso vocale o dei segni) è una condizione necessaria per sviluppare una teoria della mente nella norma, poiché, esso consente di generalizzare la capacità di immaginare un differente punto di vista, dall'ambito fisico e visivo all'ambito sociale. Le abilità di linguaggio sono insolite. Spesso le persone con autismo ad alto funzionamento non comprendono l'uso della metafora ed il linguaggio retorico. Essi non si attengono, in genere, alle regole di conversazione per iniziare, mantenere e chiudere una conversazione. Bisogna individuare, attraverso l'analisi clinica della conversazione, le abilità pragmatiche del linguaggio al fine di preparare un programma per sviluppare: competenze di ascolto; capacità di fare e ricevere complimenti e critiche; consapevolezza di quando e come interrompere; capacità di fare commenti di collegamento per introdurre un cambio di argomento; capacità di utilizzare commenti riparatori; conoscenze su come porre domande quando si è confusi riguardo a cosa dire o fare.

- **Sviluppo sensoriale.** “ Imparare come funzionano i sistemi di ogni singola persona con autismo è una chiave fondamentale per capire questa persona” [6] e quindi progettare adeguati interventi. La percezione sensoriale è, infatti, la prima forma di contatto con la realtà ed è il filtro attraverso il quale si costruisce la propria visione del mondo. Essa produce l'interpretazione dei segnali sociali e la conseguente comprensione. Le persone autistiche tendono a saldare associazioni tra eventi e dettagli in modo da generare un tutto che è difficilmente generalizzabile in altri contesti anche minimamente differenti. Per rendere più chiaro ciò, si riportano le parole di una persona con autismo ad alto funzionamento: “Ogni esperienza si stabilisce nella mia mente come un fenomeno naturale, che ha dettato le regole del mondo. Ad esempio, se ho visto un uccello su un albero, e, in quel momento, ho visto qualcuno che attraversa la strada di fronte al nostro cancello, ho concluso che ogni volta che un uccello si posa su un albero, qualcuno ha bisogno di attraversare la strada. Se questo non accade potrei essere preso dal panico e diventare così ansioso che potrei urlare” [7].

Le differenze di percezioni incidono sullo sviluppo di diverse abilità, stili di pensiero e di comunicazione e non sono necessariamente problematiche. Al problema della stimolazione sensoriale è collegata la messa in atto di comportamenti bizzarri, i quali possono essere utilizzati dagli autistici come strategie compensative per regolare i loro sistemi e per fronteggiare il sovraccarico di informazioni.

- **Comportamenti bizzarri.** Essi sono, frequentemente, comportamenti autostimolatori quali il dondolio, lo strofinarsi la pelle, lo sbattere le mani, l'ondeggiare ed altri tipi di stereotipie. Valutare la funzione delle autostimolazioni è fondamentale. Esse possono avere funzione: difensiva al fine di eliminare l'assalto sensoriale che interferisce con il funzionamento oppure per uscire da uno stato di frustrazione; autostimolatoria per migliorare l'ingresso sensoriale in caso

di iposensibilità; compensativa al fine di interpretare l'ambiente in caso di informazioni sensoriali che non si comprendono. È importante comunicare con il paziente con la sua modalità sensoriale preferita ed analizzare le caratteristiche della percezione che può essere frammentata, distorta, ritardata ed iposensibile. Nel momento in cui i comportamenti bizzarri risultano pericolosi o distruttivi per la persona che li mette in atto, per gli altri o per l'ambiente, assumono la forma dei cosiddetti comportamenti problema (c.p.). È necessario valutare funzione, gravità dei c.p. e le emozioni ad esse correlate al fine di implementare lo sviluppo di risposte alternative funzionali.

- **Vissuti emotivi.** Disponiamo di elementi neuroatomici che suggeriscono che si manifestano problemi di percezione e regolazione delle emozioni a livello dell'amigdala unitamente alla produzione di un forte livello di cortisolo come risposta a situazioni di stress che, una volta che si è concluso l'evento stressante, comporta tempi di ripresa più lunghi. Pensare prevalentemente in modo visivo o schematico e non giocare spontaneamente al far finta possono rendere, inoltre, più faticosa l'elaborazione delle emozioni e vissuti. Di solito la maturità emotiva dei bambini con autismo ad alto funzionamento è indietro di almeno tre anni rispetto a quella dei pari. Il lessico di espressione delle emozioni può mancare di sfumature e varietà. Esiste una correlazione significativa tra il disturbo autistico ad alto funzionamento e problematiche emotive legate alla depressione, all'ansia, alla rabbia e alla comunicazione dell'amore e dell'affetto. Le difficoltà di funzionamento esecutivo possono incidere sul controllo cognitivo delle emozioni. È importante valutare il modo in cui il soggetto ripara le emozioni. Ad esempio, è fondamentale osservare il comportamento di un bambino con autismo ad alto funzionamento rispetto alla manifestazione di una profonda sofferenza della propria madre. È opportuno indagare sul livello e qualità dell'empatia. Nei bambini con autismo ad alto funzionamento, a causa della loro sensibilità sensoriale, la sofferenza delle persone amate è, spesso, percepita in maniera amplificata. Tale caratteristica percettiva genera, infatti, una sensazione di ansia che, a sua volta, accresce la percezione sensoriale generando un circolo vizioso. Agli stimoli ambientali si produce, dunque, un'iper-risposta che genera sensazioni percepite come negative. L'esposizione ripetuta agli stimoli ambientali e la sensazione d'imprevedibilità dovuta all'assalto sensoriale produce, pertanto, un condizionamento che renderà più facile provare ansia in futuro. Quando l'ansia è di grado estremo e si prolunga da tempo, può manifestarsi una perdita del contatto con la realtà. È possibile che si crei un quadro di ansia generalizzata la quale può comportare la messa in atto di meccanismi di difesa come l'evitamento che può assumere la forma del ricatto emotivo, della sfida e del disprezzo. Questo meccanismo di rabbia, avendo funzione difensiva, è, quindi, caratterizzato da un rinforzo di tipo negativo. La tristezza è particolarmente collegata alla rabbia poiché essa è, non di rado, espressa come rabbia. "Quando sono arrabbiato, dico mi voglio uccidere" [7]. Per quanto concerne le espressioni di affetto, quest'ultime sono sperimentate come piacevoli se sono brevi e di bassa intensità.

- **Interessi speciali.** Essi sono generalmente di tipo concettuale e, frequentemente, assumono la forma di bisogno di routine e stereotipie. Il bisogno di routine è significativamente correlato all'ansia, mentre le stereotipie senso motorie sono indipendenti da esse. L'interesse speciale agisce come rinforzo negativo e può anche funzionare come una forma di blocco del pensiero al fine di arrestare i pensieri critici e deprimenti. Alcuni aspetti dell'interesse speciale che si manifestano, ad esempio, come compulsione al completamento possono, inoltre, essere indicativi di difficoltà di funzionamento esecutivo. Gli interessi possono avere vari tipi di funzione. Secondo molti studiosi, essi possono costituire un tentativo di mettere ordine in ciò che appare come un caos [8]. Ciò è dovuto ad un diverso sistema di elaborazione delle informazioni dei soggetti autistici ad alto funzionamento che, come precedentemente esposto, comporta sovraccarico sensoriale e conseguente percezione di caos. Nel momento in cui l'interesse speciale è collegato al bisogno ossessivo di mettere ordine, si manifesta il bisogno di far riferimento ad un criterio, poiché deve esistere un'unità minima di ordine dentro la quale può regnare il disordine. Gli interessi a favore del macabro possono avere la funzione di comunicare confusione e tristezza. La persona autistica ad alto funzionamento ricava piacere nell'interesse speciale il quale è egosintonico. Per tale ragione, sul piano dell'intervento, è più utile agire "con" piuttosto che "contro" la motivazione a dedicarsi all'interesse speciale.
- **Aspetti sociali.** La maggior parte delle persone con autismo è interessata alla vita sociale ma per le persone autistiche ad alto funzionamento la scelta di comunicare è faticosa. "Comunicare non è facile, non è indolore. Decidere di comunicare comporta l'attivazione di un percorso complesso, comporta abbassare le proprie difese, spesso uscire dal proprio mondo, dalla propria sicurezza" [9].

5. Principi attivi della Psicoterapia della Gestalt

Nell'individuazione dei principi attivi di quest'orientamento, si rappresenta che l'essenza della psicoterapia della Gestalt non è nelle tecniche ma nello spirito generale dal quale essa nasce. Il contributo della psicoterapia della Gestalt alla ricerca sull'autismo è incentrato sui seguenti aspetti:

- **ottica di campo fenomenologico.** La visione fenomenologica supporta un modo di essere dinamico che pone al centro dell'interesse l'intersoggettività e può diventare, pertanto, il focolaio di un'apertura mentale che integra letture diverse di un quadro complesso quale l'autismo ad alto funzionamento. Al centro della relazione terapeutica è quindi l'individuo ed il suo modo personale di dare significato al mondo sociale.
- **Adattamento creativo.** La Gestalt restituisce dignità al sentito emozionale e corporeo favorendo il contatto autentico ed un adattamento creativo dell'organismo all'ambiente; essa valorizza, infatti, in primo luogo l'espressione del mondo personale dell'individuo, delle sue qualità esistenziali, del suo essere unico, creativo, originale " non attraverso l'adattamento, ma al contrario, attraverso

la capacità di inventare nuove forme” [10].

- **Concettualizzazione delle emozioni.** Alle emozioni è attribuita una razionalità operativa paragonabile a quella dei processi logici del pensiero [11]. Le emozioni si configurano pertanto come modalità di percezione e conoscenza inscindibile dalla cognizione.
- **Confine di contatto.** La psicoterapia della Gestalt considera unità di analisi principale ciò che accade nel confine di contatto: l’esperienza che si realizza tra l’io e il tu. La mancanza di modulazione sensoriale influenza la modalità in cui la persona si muove verso il confine di contatto [12]. Tale processo si distingue in fasi che consistono nel pre-contatto in cui il soggetto percepisce il bisogno; contatto in cui si manifesta l’emozione e la mobilitazione dell’energia; contatto finale in cui si verifica l’azione che soddisfa il bisogno; post contatto che rappresenta il vissuto del soggetto dopo la conclusione dell’esperienza. Si individua, dunque, attraverso la lettura del processo del ciclo di contatto, la fase in cui tale esperienza è stata interrotta.
- **Descrizione dei livelli dell’esperienza** che si distinguono in livello cognitivo di tipo verbale (linguaggio, pensiero, storia personale), livello immaginativo (fantasia e immaginazione), livello emotivo (emozioni e vissuti), livello sensoriale (processi percettivi), livello corporeo (gestualità e postura). Sul piano terapeutico è fondamentale cogliere il livello in cui il paziente sta comunicando per entrare in sintonia con lui rispondendo sullo stesso livello.
- **Intenzionalità comunicativa.** Ciò che le persone autistiche compiono nella quotidianità, corrisponde alla loro intenzionalità comunicativa. L’esame di questo aspetto è la chiave per essere sincroni nella relazione con loro [13].
- **Spiritualità.** La psicoterapia delle Gestalt sottolinea l’importanza della dimensione spirituale come aspetto centrale dello stato di salute. Essa rappresenta elemento fondamentale della ricerca di senso dell’esistenza. La spiritualità ha radici biologiche. È stato, infatti, dimostrato che il potenziale spirituale della mente è prodotto da aree associative del cervello quali l’area visiva, di orientamento, attentiva e concettuale verbale. Essa viene messa in relazione con l’outcome clinico/terapeutico [13]. Filippo Muratori, psicoterapeuta della Gestalt, esamina il pensiero di Bogdashina, ricercatrice russa, la quale sostiene che l’autismo ci può avvicinare alla comprensione del fenomeno della spiritualità, poiché l’esperienza originaria del mondo dei bambini con autismo, è basata sui sensi ed è, per questa ragione, più vicina alla spiritualità essendo quest’ultima un’esperienza pre-linguistica. Il pensiero autistico è soprattutto sensoriale e percettivo. Negli autistici è, infatti, molto sviluppata una memoria subconscia basata sui sensi di tipo implicito, procedurale e resistente all’oblio in cui i ricordi non sono tradotti in concetti verbali culturalmente determinati. Ciò determina, quindi, condizione di sovraccarico sensoriale e, allo stesso tempo, predisposizione ad esperienze sensoriali. Nei normotipici, al contrario, schemi mentali (filtri) proteggono i pensatori verbali da un sovraccarico emotivo, poiché è memorizzata l’etichetta verbale e non l’immagine.

Molte persone con autismo ad alto funzionamento entrano in simbiosi con lo stimolo stesso sperimentando un forte senso di dolore e caos che genera la chiusura autistica che assume funzione difensiva. Rabbia e paura sono spesso consolidati dall'incertezza dovuta all'incomprensione del mondo sociale. Si verifica la percezione di se stessi ma si manifesta l'incapacità di elaborare contemporaneamente le informazioni su se stessi e sugli altri. "È come se l'approccio dell'altro causasse la scomparsa del sé"[14].

Tale chiusura crea, allo stesso tempo, una predisposizione alle esperienze spirituali poiché "quando una persona può percepire connessioni diverse e sentirsi in relazione con tutto raggiunge una nuova percezione ed un nuovo livello di consapevolezza perché sviluppa la capacità di vedere oltre la visione della realtà creata dalla mente". Questa esperienza può essere definita spirituale [14].

Sono presenti, inoltre, altre importanti caratteristiche che rendono le persone con autismo ad alto funzionamento maggiormente predisposte alla percezione di esperienze spirituali rispetto alle persone normotipiche. Tali aspetti sono: Io meno sviluppato ma una connessione più forte con il vero sé; maggiore approccio logico, difficoltà nel cogliere l'inganno e difficoltà nell'interpretazione delle situazioni sociali. Gli autistici ad alto funzionamento riescono, in genere, a staccarsi dall'identità di gruppo, dimostrando la capacità di pensare per se stessi e di assumersi la responsabilità per le conseguenze.

Il difetto di empatia non consentirebbe, tuttavia, di vivere una piena ed autentica esperienza spirituale come risultato di un graduale processo di astrazione (che consente di porre il Sé come oggetto di analisi) [13].

6. Assessment integrato

La costituzione di un protocollo per l'assessment costituisce la base per l'ipotesi di un modello di trattamento con caratteristiche di operabilità in cui misura e verifica dei risultati si configurano come centrali. Gli aspetti da analizzare sono dettagliati e per ciascuna variabile, oggetto d'indagine, si rilevano gli indicatori comportamentali (I.C.) che, sulla base dell'utilità clinica, saranno descritti in termini di funzione, frequenza e livello di gravità (per eventuali comportamenti problema). Essi saranno misurati attraverso una Progettazione Multielemento. Tale disegno sperimentale sarà applicato, mediante l'utilizzo di specifici test e parametri definiti ad hoc, per ciascuna delle aree. Per le aree e per le variabili in cui l'individuazione di test di misurazione ortodossa non è possibile, si ricorrerà a valutazioni comportamentali attraverso l'osservazione degli esaminatori utilizzando parametri quali l'inter-rater reliability e l'inter-examiner reliability. Il metodo che si adopererà per la baseline sarà, naturalmente, congruente con il criterio che si impiegherà per la verifica dei risultati. Successivamente all'applicazione della griglia di assessment e alle relative misurazioni, si procederà alla messa a punto di un piano d'intervento definendo tecniche e procedure e stabilendo gli obiettivi specifici per ogni area (laddove presente, per ogni sotto area). In tal modo, sarà rappresentato un modello clinico la cui

sperimentazione partirà da studi sperimentali di disegni su singoli casi.

Si sottolinea, inoltre, che nel trattamento del disturbo autistico ad alto funzionamento, il lavoro sull'assessment deve essere svolto con peculiare rigore al fine di non trascurare gli aspetti di comorbidità psichiatrica, molto frequenti nell'autismo. Ciò consente di indirizzare la terapia in maniera più specifica al singolo caso. A tale proposito, è molto utile l'indagine sulle modalità difensive e adattive. La comprensione sull'origine e sulla funzione dei meccanismi di difesa rappresenta, infatti, l'aspetto centrale per la comprensione della specificità del disturbo autistico ad alto funzionamento. La griglia di valutazione è rappresentata in appendice.

7. Conclusioni

L'aspetto centrale del concetto di integrazione rappresentato in questo lavoro è di rendere, dunque, misurabili le osservazioni fenomenologiche e di scomporre in osservazioni fenomenologiche eventi regolarmente letti come atti comportamentali. È emersa, inoltre, l'importanza di individuare il giusto mix di fattori alla base del funzionamento autistico per lo sviluppo di un modello integrato; ciò costituisce la condizione essenziale per un intervento efficace.

La finalità è quella di aiutare le persone autistiche ad adattarsi al mondo sociale in cui vivono mantenendo la loro peculiarità incluso il proprio autismo.

APPENDICE

MACRO AREA	AREA	SOTTO AREA	
Funzioni cognitive	Livello cognitivo	Q.I.V.	I.C.
		Q.I.P.	
	Sviluppo sensoriale	Caratteristiche modalità percettive	
		Difficoltà	
	Attenzione	Contatto oculare	
		Attenzione condivisa	
	Memoria	Caratteristiche	
		Difficoltà	
	Linguaggio	Pragmatica del linguaggio	
		Uso delle metafore	
	Funzioni esecutive	Pianificazione dell'azione	
Flessibilità cognitiva			
Capacità decisionale			
Regolazione emotiva e comportamentale			
	Coordinazione motoria		
Teoria della mente	Empatia cognitiva		I.C.
	Empatia affettiva	Consapevolezza empatica Sofferenza personale	
Processo di apprendimento	Operazioni motivative	Assessment dei rinforzatori	I.C.
	Contesto di apprendimento		
Qualità della vita	Senso di identità		I.C.
	Valori esistenziali		
	Fonti di rinforzo		
	Interessi speciali		
Relazione	Consapevolezza		I.C.
	Bisogno di intimità		
	Bisogno di socialità		
Modalità difensive ed adattive	Aggressività		I.C.
	Negazione		
	Immaginazione		
	Depressione reattiva		
	Paranoia		
Emozioni	Intensità percepita		I.C.
	Consapevolezza		
	Manifestazione		
	Modulazione		

BIBLIOGRAFIA

1. Cooper, J.O., Heron, T. E. & Haward, W.L. (2007). *Applied behaviour analysis*. Upper Saddle River, NJ, Pearson Merrill Prentice Hall.
2. Skinner, B.F. (1938). *The behaviour of organism: an experimental analysis*. New York Appleton-Century.
3. Martin, G. & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento*. Psicologia McGraw Hill.
4. Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behaviour*. New York, Appleton-Century, Crofts.
5. Attwood, T. (2007). *Guida completa alla sindrome di Asperger*. Ediz. Edra (2018).
6. O'Neill, M., Jones, R. (1997). Sensory-perceptual abnormalities in autism: a case for more research? *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
7. Pilone, M. (2000). *Percezioni sensoriali nell'autismo e modelli cognitive*. Centro Paolo VI.
8. Frith, U. & Happè, F. (1994). Autism: beyond theory of mind. *Cognition* 50.
9. Faggioli, R. & Lorenzo, J.S. (2014). *Dentro l'autismo*. FrancoAngeli.
10. Polster, E. & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
11. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt*. Astrolabio Roma.
12. Ginger, S. & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Ediz. Mediterranee.
13. Narzisi, A. & Muratori, F. (2011). *Riflessioni sulla dimensione spirituale dell'autismo: tra ipersensorialità e ridotta influenza dei priors cognitivi*. FrancoAngeli.
14. Bogdashina, O. *Autismo e spiritualità* (2013). Giovanni Fioriti Editore (2016).

REVIEW

Disturbo dello Spettro Autistico e Aderenza al Trattamento

Patrizia Marone¹, Floriana Longobardi¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Marone P., Longobardi F. (2020).
Disturbo dello Spettro Autistico
e Aderenza al Trattamento
Phenomena Journal, 2, 114-124.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.109>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Patrizia Marone
maronepatrizia@gmail.com

Ricevuto: 24 maggio 2020

Accettato: 16 novembre 2020

Publicato: 17 novembre 2020

ABSTRACT

The work aims to highlight the results of the international scientific literature on the topic “Adherence to ABA (Applied Behavior Analysis) treatment in the parents of people with Autism Spectrum Disorder”. Interesting aspects emerge regarding the choice of treatment delivery modalities such as, for example, greater adherence by parents to use reinforcement rather than punishment in cognitive behavioral treatment. The literature highlights a poor knowledge of the contingencies that reinforce adherence to ABA (Applied Behavior Analysis) treatment and / or adherence to other treatments by parents and, moreover, only some studies include the coding on adherence to treatment by parents. Some authors have also highlighted a correlation between changing parents’ behavior and changing children’s behavior.

KEYWORDS

Autism, Adherence, Family, Parents, Psicoteraphy, Treatment, Autism Spectrum Disorder, Applied Behavior Analysis.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro vuole evidenziare i risultati della letteratura scientifica internazionale presente sull’argomento “Aderenza al trattamento ABA (Applied Behavior Analysis) nei genitori di persone con Disturbo dello Spettro Autistico”. Emergono interessanti aspetti relativi alla scelta delle modalità di erogazione del trattamento come, ad esempio, una maggiore aderenza da parte dei genitori ad utilizzare il rinforzo anziché la punizione nel trattamento cognitivo comportamentale. La letteratura evidenzia una scarsa conoscenza delle contingenze che rinforzano l’aderenza al trattamento ABA (Applied Behavior Analysis) e/o l’aderenza ad altri trattamenti da parte dei genitori e, inoltre, solo alcuni studi includono la codifica sull’aderenza al trattamento da parte dei genitori. Alcuni autori hanno anche evidenziato una correlazione tra il cambiamento del comportamento dei genitori e il cambiamento del comportamento del bambino.

PAROLE CHIAVE

Autismo, Aderenza, Famiglia, Genitori, Psicoterapia, Trattamento, Disturbo dello Spettro Autistico, Analisi Applicata del Comportamento (ABA).



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La review è stata motivata da due fenomeni che quotidianamente vivo nell'ambulatorio della clinica dove incontro i bambini con ASD e le loro famiglie. In particolare, le famiglie sono invitate ai workshop e alle supervisioni oltre che alla partecipazione sull'applicazione del monitoraggio per la rilevazione dei comportamenti problematici dei loro bambini e alla partecipazione sull'applicazione di tecniche di generalizzazione dei comportamenti appresi. Le osservazioni empiriche mostrano una netta prevalenza, negli ambulatori, della presenza femminile, e cioè del genitore-madre, rispetto a quella maschile, e cioè del genitore-padre (nel rispetto dei genitori omosessuali che, in questa ricerca non sono stati presi in esame). La ricerca è iniziata come approfondimento dell'aderenza al trattamento del genitore maschio (padre) e, tuttavia, è stata ampliata all'approfondimento sull'aderenza al trattamento di entrambi i genitori poiché nessun argomento era così specifico, ferma restando l'ipotesi di un'accentuazione della differenziazione dei ruoli nella coppia genitoriale nella fase di adattamento (madri si dedicano totalmente al figlio e padri lavorano di più per mantenere la famiglia) [1] che spiegherebbe la maggiore presenza delle madri (di genere biologico femminile) negli ambulatori.

Alcuni autori evidenziano che la valutazione dell'adeguatezza del supporto ricevuto dai servizi è un predittore [2] della qualità di vita familiare mentre una percezione negativa dei supporti socio-assistenziali ha una ricaduta negativa anche a livello familiare sotto forma di stress [3].

Evidenza della letteratura

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come aderenza terapeutica il grado in cui il paziente segue le raccomandazioni del medico riguardanti le quantità, i tempi e la frequenza della prescrizione terapeutica. Nel 2001 l'OMS, nell'ambito del progetto per l'aderenza terapeutica, adotta una definizione più ampia [4] che definisce l'aderenza terapeutica come corrispondenza dei comportamenti alle prescrizioni [5] dei professionisti sanitari condivise dal paziente.

Prendendo a prestito dal modello medico le percentuali sull'aderenza alle prescrizioni sanitarie [6] riportate dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali emerge che una percentuale di circa la metà su 100 segue i trattamenti consigliati per l'ipertensione, l'osteoporosi e la depressione (in cui vi è abbandono del farmaco nei primi sei mesi).

La percentuale scende per altre patologie arrivando al 40-45% per il diabete di tipo II, al 36-40% per l'insufficienza cardiaca e solo il 13-18% per l'asma e per le BPCO con ricadute e costi elevatissimi per il Sistema Sanitario per cui sono già attive metodologie di monitoraggio e tutoraggio dei pazienti attraverso strumentazioni programmate dalle case farmaceutiche e distribuite attraverso le disposizioni medico-farmacologiche direttamente a casa dei pazienti (come il pilloliere: DO-Pill: progetto Welcoop) che ricevono, quindi, feedback sulla esecuzione del programma.

Per migliorare l'aderenza al trattamento bisogna anche far riferimento ai domini che

la determinano.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità [7] sono 5 i fattori che contribuiscono a mantenere l'aderenza:

- Fattori sociali ed economici

Tra questi fattori (età, genere, stato di coppia, ricchezza, istruzione, supporto sociale, lavoro) non sono predittori di aderenza se presi in maniera indipendente [8] seppure in uno studio relativo all'età viene evidenziata una maggiore aderenza al trattamento nei bambini più piccoli rispetto a quelli più grandi [9].

- Fattori legati al paziente

Tra i fattori legati al paziente ci sono le credenze ma anche la percezione personale della malattia come, per esempio, la convinzione che l'assenza di sintomi sia assenza di malattia per cui si abbandona la terapia appena ci si sente meglio.

- Fattori legati al disturbo o alla condizione trattata

Patologie ego sintoniche come l'anoressia e la mania evidenziano notevoli difficoltà nel processo di aderenza a causa di uno scarso insight e della percezione distorta della patologia. Infatti alcuni studi evidenziano come la patologia debba essere vissuta come tale e come minaccia per essere affrontata [10] così come confermano alcuni studi sull'ADHD in cui si evidenzia una maggiore aderenza al trattamento nei casi più gravi [11] rispetto a quelli che presentano sintomi lievi.

- Fattori legati al trattamento

Tra i fattori legati al trattamento, oltre ad aspetti economici, logistici e temporali sono importanti le credenze soggettive, spesso legate alla cultura di appartenenza come lo stigma sociale per chi prende psicofarmaci o ricorre al trattamento psicoterapeutico.

- Fattori legati al sistema sanitario

Tempi, relazione medico-paziente [12]

È necessario un approccio multidisciplinare per aumentare l'adesione ai trattamenti terapeutici che includa sistemi di monitoraggio condivisi dai professionisti della salute, la comunità, la famiglia e l'organizzazione dei pazienti, non dimenticando che l'adesione è un processo continuo e dinamico. Si può migliorare l'adesione attraverso la combinazione, quindi, di più strategie, come di seguito elencate:

- educazione del paziente
- competenze comportamentali
- auto-gratificazioni
- supporto sociale
- follow-up telefonici [13]

Di seguito verranno presi in esame studi relativi all'aderenza al trattamento dei genitori di persone con Disturbo dello Spettro dell'Autismo. Gli analisti del comportamento applicato hanno sviluppato numerosi interventi efficaci per i comuni problemi dell'infanzia e hanno ripetutamente dimostrato che il comportamento dell'infanzia risponde a contingenze gestite correttamente. Il successo di questi interventi dipende dalla loro efficacia di base, come dimostrato in letteratura, dalla loro consegna precisa da parte del medico al genitore e dall'adesione o attuazione coerente dell'intervento.

– In questo studio del 2009 “Adherence to Behavioral and Medical Treatment Recommendations by Parents of Children with Autism Spectrum Disorders” gli autori [14] non rilevano il modo in cui i genitori di bambini con disabilità intellettive o dello sviluppo aderiscono ai trattamenti prescritti ma i genitori ($n = 220$) dei bambini con disturbi dello spettro autistico sono esaminati in merito all’implementazione dei trattamenti raccomandati per gestire il comportamento problematico dei loro bambini a casa. L’adesione generale alle raccomandazioni terapeutiche è stata significativamente maggiore dell’adesione alle raccomandazioni terapeutiche comportamentali ($p < .002$).

Tra le raccomandazioni sul trattamento comportamentale, i genitori hanno riportato una maggiore aderenza al rinforzo (81,7%) rispetto alla punizione (68,9%).

– Una ampia revisione della letteratura viene riportata nel 2015 [15]. Gli studi (33) si focalizzano sull’importanza di misurare l’aderenza da parte dei genitori al trattamento precoce sia di bambini con disturbi dello spettro autistico sia di bambini con altre disabilità.

In particolare si revisionano studi randomizzati e controllati sull’intervento precoce mediato dai genitori ponendo attenzione alla necessità di misurare l’aderenza al trattamento in cui i genitori erogano la terapia.

Gli studi possono essere raggruppati in due fonti:

- una recente recensione di Cochrane Collaboration
- una mappatura degli studi europei sull’intervento precoce nell’autismo pubblicati dal 2002.

I dati estratti si concentrano sui metodi per descrivere l’adesione dei genitori, cioè come e in che misura i genitori attuano le strategie insegnate loro dai terapisti.

Risultati

Meno della metà dei 33 studi esaminati includono qualsiasi misura di aderenza dei genitori.

Solo sette includono un metodo di valutazione diretta.

Aderenza dei genitori e aderenza dei terapisti:

Studi per garantire l’aderenza del terapeuta quando i primi interventi sull’autismo vengono erogati direttamente dai terapisti [16] evidenziano che un campione casuale del 10% delle sessioni di terapia è stato filmato per la revisione dei contenuti e l’aderenza all’intervento.

I terapisti hanno ricevuto supervisione clinica e formazione continue durante lo studio. Allo stesso modo, Landa e colleghi nel 2011 [17] riportano che “Gli interventisti sono stati filmati in media due volte durante ogni sessione di intervento senza sapere che il video fosse condotto allo scopo di codificare il comportamento o la fedeltà dei bambini”.

Tali esempi sono più difficili da trovare in letteratura sugli interventi mediati dai genitori per l’autismo.

Ciò è dovuto alle differenze tra intervento guidato dal terapeuta e intervento mediato dai genitori. In primo luogo, è più facile e più appropriato ottenere il consenso dei terapeuti per il monitoraggio della loro pratica di intervento in clinica piuttosto che farlo con i genitori in uno studio di ricerca.

In secondo luogo, i genitori possono offrire una formazione naturale durante il giorno, a casa, piuttosto che in una sessione specifica. Questi fattori di tempistica e ubicazione, sebbene costituiscano i punti di forza dell'utilizzo di un approccio mediato dai genitori, possono portare a fare affidamento solo sulle misure di fedeltà riportate dai genitori stessi.

Alcuni studi suggeriscono che in media i genitori possono ricevere insegnamenti efficaci e a loro volta utilizzare gli insegnamenti di diverse strategie di intervento con i loro figli autistici.

Numerosi studi riportano misure di interazione genitore-figlio [18, 19, 20, 21] in cui l'attenzione è focalizzata sulla qualità dell'interazione, sebbene tali misure possono anche documentare l'uso da parte dei genitori di strategie particolari. Può esserci una discreta distinzione tra "interazione genitore-figlio" e "aderenza genitore".

Ad esempio, Rogers e colleghi (2012) [22] riporta l'uso del "Early Start Denver Model Parent Fidelity Tool" che coinvolge sia i genitori nell'intervento sia i gruppi di controllo a cui viene chiesto di "giocare come si fa normalmente in casa", e la misura è utilizzata nell'analisi per esaminare se il cambiamento nelle capacità dei genitori si riflette nel cambiamento nelle capacità del bambino. Altri studi impiegano più direttamente campioni di interazione genitore-figlio per valutare il cambiamento delle abilità dei genitori al risultato [23, 24].

La frequenza con cui i genitori utilizzano effettivamente le strategie e le tecniche con i figli non viene stimata.

Infatti, le revisioni degli studi di intervento precoce concludono che il tempo impiegato e la qualità della consegna mediata dai genitori delle strategie di intervento ai propri figli non viene generalmente riportato [25, 26].

Nella Tabella (in Appendice) viene riportato uno schema riassuntivo dei principali studi come resoconto, pubblicata dagli autori nella rassegna di studi del 2015.

Nel seguente studio del 2013 [27] sulla formazione dei genitori di bambini piccoli con disturbi dello spettro autistico e comportamento distruttivo, gli autori (Karen Bearss, Cynthia Johnson, Benjamin Hande, Tristram Smith & Lawrence Scahill) evidenziano risultati promettenti al sesto mese di trattamento.

Questo dato appare molto interessante alla luce delle leggi amministrative che regolamentano le durate dei trattamenti sanitari di tipo clinico – riabilitativo che è pari, appunto, a sei mesi, rinnovabili su richiesta del terapeuta. Poiché è chiaro che se si riducono i tempi di intervento per il raggiungimento degli obiettivi, quindi, per l'efficacia dell'intervento, si riduce la spesa sanitaria.

Risultati

La ricerca su interventi efficaci per comportamenti distruttivi nei bambini piccoli con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) è limitata.

Vengono presentati dati di fattibilità e di efficacia iniziale su un programma strutturato di formazione dei genitori per 16 bambini (età 3-6) con ASD e comportamento disruptivo.

L'intervento precoce è durato 6 mesi e ha incluso 11 Core e fino a 2 sessioni opzionali.

Il programma era accettabile per i genitori, come evidenziato da un tasso di partecipazione dell'84% per le sessioni Core.

Quattordici famiglie su 16 hanno completato il trattamento.

Un clinico ha valutato 14 dei 16 soggetti molto migliorati o molto migliorati dopo 6 mesi (alla settimana 24).

Il controllo effettuato utilizzando l'ultima osservazione portata avanti evidenzia che la sottoscala Lista di controllo del comportamento aberrante Aberrant-valutazione dei genitori è diminuita del 54% da 16,00 (SD = 9,21) a 7,38 (SD = 6.15).

Questo dimostra che i genitori possono ricevere una formazione che a loro volta esercitano sui loro figli con ASD migliorando sia il proprio comportamento che il comportamento dei propri figli.

– Un ulteriore studio del 2015 [25] evidenzia interessanti relazioni tra supporto paterno e cambiamento dell'umore materno se sin dalla primissima infanzia il papà si occupa del bimbo.

Per studiare la relazione tra coinvolgimento del padre e sintomi depressivi materni nelle famiglie di bambini con disabilità o ritardi, i ricercatori hanno valutato 3.550 bambini e i loro genitori quando i bambini avevano 9 mesi, 2 anni e 4 anni. Entrambi i genitori biologici dei partecipanti allo studio risiedevano con il loro bambino durante i loro primi 4 anni di vita. Quando i bambini avevano 9 mesi, i sintomi depressivi sono stati valutati sia dai genitori che dai padri, con la frequenza con cui si sono impegnati in attività di alfabetizzazione e gioco, assistenza di routine e responsive.

Risultati

La ricerca ha dimostrato gli effetti positivi del caregiving paterno sulle madri di bambini con ASD. Tra le famiglie di bambini con disturbo dello spettro autistico, un maggiore coinvolgimento del padre nelle attività di alfabetizzazione e cura è stato associato a livelli più bassi di sintomi depressivi materni, secondo i risultati dello studio pubblicati nel *Maternal and Child Health Journal*.

Tra le famiglie di bambini con ASD, un maggiore coinvolgimento del padre nelle attività di alfabetizzazione e assistenza reattiva a 9 mesi era associato a livelli più bassi di sintomi depressivi materni all'età di 4 anni. Infatti le madri di bambini con autismo che avevano ricevuto la collaborazione del papà, presente sia assistendo il bimbo che calmandolo e istruendolo dai 9 mesi ai 4 anni, mostrano meno sintomi rispetto ad alcuni stati come la depressione, lo stress e l'ansia; stati più elevati in queste madri rispetto a quelle di bimbi normotipici.

Il coinvolgimento del padre non è stato associato a sintomi depressivi materni tra famiglie di bambini con disabilità o ritardi diversi dall'ASD o in genere bambini in via di sviluppo.

In questo studio (Università dell'Illinois) sono state considerate solo le famiglie con genitori biologici che convivono proprio per focalizzare l'attenzione sul coinvolgimento paterno. Tuttavia emerge da altre ricerche che proprio quando gli uomini sono più coinvolti nella cura del figlio il conflitto genitoriale aumenta ponendo il meritevole compito della coerenza pedagogica così come anche Laxman suggerisce nelle sue conclusioni all'articolo.

– In linea con la letteratura sull'argomento e ampliando la conoscenza del precedente studio, nel lavoro di Graziella Di Marco e Zira Hichy viene esaminato, attraverso un questionario, la gestione dello stress in 62 genitori (31 uomini e 31 donne) con figli autistici: gli effetti dell'autoefficacia e del supporto sociale sembrano migliorare la condizione di stress solo negli uomini mentre le donne risulterebbero più suscettibili di vivere una genitorialità vulnerabile dal punto di vista emotivo.

Conclusioni

Per concludere riporto l'esperienza di due papà, entrambi genitori di bambini/ragazzi con disturbo dello spettro dell'autismo. Entrambi questi genitori vivono attivamente la loro problematica trasformandola in una grande risorsa e mostrando come può cambiare, nel corso del tempo e affrontando l'esperienza, la reazione nel ciclo di adattamento familiare alla disabilità [1]. Infatti la prima reazione alla diagnosi di "Disturbo dello Spettro Autistico" che i genitori vivono è, spesso, una reazione di "crisi" poiché la presa in carico e la consapevolezza trasformano non solo il "Qui ed Ora" diagnostico ma l'intera prospettiva di vita stravolgendo abitudini consolidate e progetti futuri in tutte le aree della vita: cognitiva, affettiva, sociale, economica, professionale con un impatto molto significativo su tutta la famiglia nucleare ed estesa, un impatto che si trasforma in adattamento pian piano che si aumenta la conoscenza. Ancora una volta siamo davanti ad una importante evidenza "apprendere dal paziente" [28], infatti, come accennato nell'introduzione, molto resta da fare affinché, come afferma l'OMS [29], l'aderenza terapeutica sia non solo una corrispondenza dei comportamenti alle prescrizioni [5] dei professionisti sanitari ma una condivisione col paziente.

APPENDICE

Autore	Anno	Metodi	Risultati
<p>McConachie, H., Fletcher-Watson, S., e gruppo di lavoro 4, azione COST "Potenziare lo studio scientifico dell'autismo precoce". (2015). Costruire capacità per rigorosi studi controllati sull'autismo: l'importanza di misurare l'aderenza al trattamento. <i>Bambino: cura, salute e sviluppo</i>, 41 (2), 169-177.</p>	2015	<p>Studi randomizzati e controllati sull'intervento precoce mediato dai genitori da due fonti, una recente recensione di Cochrane Collaboration e una mappatura degli studi europei di intervento precoce sull'autismo pubblicati dal 2002. I dati estratti si sono concentrati su metodi per descrivere l'adesione dei genitori, cioè come e in che misura i genitori attuano le strategie insegnate loro dai terapisti. Meno della metà degli studi esaminati includeva qualsiasi misura di aderenza dei genitori. Solo sette includevano un metodo di valutazione diretta. Una revisione sistematica [25] con ulteriori sei studi identificati dalla pubblicazione (fino a fine settembre 2013); e i primi interventi mediati dai genitori dalla mappatura COST ESSEA degli studi europei pubblicati sopra descritti, compresi i progetti di gruppi controllati misti (ricerche fino alla fine di giugno 2014).</p>	<p>Dei 33 studi rappresentati, 19 non hanno riportato in alcun modo la registrazione dell'aderenza dei genitori. Sei studi hanno chiesto ai genitori di riferire sulle ore di consegna delle tecniche di intervento, di solito settimanalmente [30, 31, 32, 33, 34, 35], che includevano interventi congiunti di attenzione e reciprocità nonché approcci altamente strutturati come l'intervento comportamentale intensivo precoce. Due studi includevano test di conoscenza per i genitori [36, 37]. Uno studio di intervento di attenzione congiunto [19] ha sviluppato un questionario consegnato ai genitori settimanalmente, per "auto-didattare" sull'aderenza e su come si sentivano competenti. Infine, sette studi che utilizzavano una serie di modelli di intervento includevano la codifica dei ricercatori su quanto i genitori stavano attuando da vicino le strategie del modello di intervento [31, 36, 38, 39, 40, 41, 42]; sei di questi provenivano dal video e uno dall'osservazione domestica del genitore che insegnava al bambino. Solo Casenhiser e colleghi [41] e Strauss e colleghi [39] hanno utilizzato questi dati in analisi per dimostrare un legame tra il cambiamento del comportamento dei genitori e il cambiamento del comportamento del bambino. Nel caso di interventi congiunti di attenzione o reciprocità, il monitoraggio diretto da parte dei ricercatori in orari pianificati è inappropriato poiché l'aspettativa è che i genitori attuino strategie opportunisticamente e in modo flessibile e che obiettivi specifici potrebbero non essere fissati. Tuttavia, con la registrazione di video sempre più "mainstream", i genitori stessi potrebbero essere in grado di organizzare in futuro per registrare esempi di attuazione di strategie in ambito domestico. Il riassunto indica che il monitoraggio dell'aderenza dei genitori è relativamente raro negli studi sul trattamento dell'autismo, ma mostra anche che è possibile misurare questa variabile critica utilizzando una serie di metodi diversi, in particolare per approcci di intervento più strutturati. Anche per un intervento incentrato sulla reciprocità, i genitori sembrano in grado di autoriferire su tempi di attuazione delle strategie e fiducia nelle proprie capacità. Le possibili modalità di misurazione dell'aderenza dei genitori dovrebbero informare la progettazione e la pianificazione di studi futuri, incluso il modo in cui l'aderenza interagisce con altre variabili di mediazione o moderazione come le caratteristiche del bambino e dei genitori. La letteratura di intervento sull'autismo può trarre beneficio dal riferimento a modelli di misurazione della fedeltà derivati da altri contesti sanitari [43].</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Ricci C., (1994). Valutazione e handicap. In Tornar C. (a cura di), *La valutazione nella scuola elementare*, Teramo, Giunti, Lisciani.
2. Tosto, M., Salerno, A., & Fici, E. (2015). L'esperienza della maternità in adolescenza e le azioni di supporto al benessere psicologico e sociale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 19(2), 219-248.
3. Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., ... & Walter, SD (2004). Processo di caregiving e onere del caregiver: modelli concettuali per guidare la ricerca e la pratica. *Pediatrics BMC*, 4 (1), 1.
4. Haynes, R. B. (1979). Determinant of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Compliance in health care*.
5. Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American journal of cardiology*, 72(10), D68-D74.
6. Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia–Rapporto OsMed 2013.
7. Sabate, E. (2001). WHO adherence meeting report. *Geneva: World Health Organization*.
8. Scarinci, A., Lorenzini, R., & Mezzaluna, C. (Eds.). (2020). *Orientamenti in psicoterapia cognitivo-comportamentale: Dalla formulazione del caso alla ricerca sull'efficacia*. FrancoAngeli.
9. Volmink, J., & Garner, P. (2000). Interventions for promoting adherence to tuberculosis management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
10. Di Matteo, M. R., Haskard, K. B. e Williams, S. L. (2007). Credenze sulla salute, gravità della malattia e aderenza del paziente: una meta-analisi. *Assistenza medica*, 521-528.
11. Christensen, L., Sasané, R., Hodgkins, P., Harley, C., & Tetali, S. (2010). Pharmacological treatment patterns among patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective claims-based analysis of a managed care population. *Current medical research and opinion*, 26(4), 977-989.
12. Del Piccolo, L. (1998). Doctor-patient interaction: a comparison between analysis systems. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 7(1), 52-67.
13. Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical care*, 1138-1161.
14. Moore, T. R., & Symons, F. J. (2009). Adherence to behavioral and medical treatment recommendations by parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(8), 1173-1184.
15. McConachie, H., Fletcher-Watson, S., e gruppo di lavoro 4, azione COST "Potenziare lo studio scientifico dell'autismo precoce". (2015). Costruire capacità per rigorosi studi controllati sull'autismo: l'importanza di misurare l'aderenza al trattamento. *Bambino: cura, salute e sviluppo*, 41 (2), 169-177.
16. Begeer, S., Gevers, C., Clifford, P., Verhoeve, M., Kat, K., Hoddenbach, E., & Boer, F. (2011). Theory of mind training in children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(8), 997-1006.
17. Landa, R. J., Holman, K. C., O'Neill, A. H., & Stuart, E. A. (2011). Intervention targeting development of socially synchronous engagement in toddlers with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 13-21.
18. McConachie, H., Randle, V., Hammal, D., & Le Couteur, A. (2005). A controlled trial of a training course for parents of children with suspected autism spectrum disorder. *The Journal of pediatrics*, 147(3), 335-340.
19. Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), 1045-1056.
20. Weismer, S. E., Gernsbacher, M. A., Stronach, S., Karasinski, C., Eernisse, E. R., Venker, C. E., & Sindberg, H. (2011). Lexical and grammatical skills in toddlers on the autism spectrum compared to late talking toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1065-1075.

21. Siller, M., Morgan, L., Turner-Brown, L., Baggett, K. M., Baranek, G. T., Brian, J., ... & Kasari, C. (2013). Designing studies to evaluate parent-mediated interventions for toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Early Intervention, 35*(4), 355-377.
22. Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., ... & Dawson, G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(10), 1052-1065.
23. Oosterling, I., Visser, J., Swinkels, S., Rommelse, N., Donders, R., Woudenberg, T., ... & Buitelaar, J. (2010). Randomized controlled trial of the focus parent training for toddlers with autism: 1-year outcome. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(12), 1447-1458.
24. Schertz, H. H., Reichow, B., Tan, P., Vaiouli, P., & Yildirim, E. (2012). Interventions for toddlers with autism spectrum disorders: An evaluation of research evidence. *Journal of Early Intervention, 34*(3), 166-189.
25. Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 8*(6), 2380-2479.
26. Bearss, K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T., & Scahill, L. (2013). A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(4), 829-840.
27. Laxman, D. J., McBride, B. A., Jeans, L. M., Dyer, W. J., Santos, R. M., Kern, J. L., ... & Weglarz-Ward, J. M. (2015). Father involvement and maternal depressive symptoms in families of children with disabilities or delays. *Maternal and Child Health Journal, 19*(5), 1078-1086.
28. Casement, P. (1989). *Apprendere dal paziente*. Cortina.
29. Bennett, D. (1980). Compliance in Health Care. Edited by R. Brian Haynes, D. Wayne Taylor and David L. Sackett, London: The Johns Hopkins University Press. *The British Journal of Psychiatry, 137*(2), 190-190.
30. Remington, B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., Degli Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., ... & Ward, N. (2007). Early intensive behavioral intervention: Outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation, 112*(6), 418-438.
31. Hayward, D., Eikeseth, S., Gale, C., & Morgan, S. (2009). Assessing progress during treatment for young children with autism receiving intensive behavioural interventions. *Autism, 13*(6), 613-633.
32. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics, 125*(1), e17-e23.
33. Kasari, C., Gulsrud, A., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 1045-1056.
34. Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism, 15*(5), 563-577.
35. Schertz, H. H., Odom, S. L., Baggett, K. M., & Sideris, J. H. (2013). Effects of joint attention mediated learning for toddlers with autism spectrum disorders: An initial randomized controlled study. *Early Childhood Research Quarterly, 28*(2), 249-258.
36. Nefdt, N., Koegel, R., Singer, G., & Gerber, M. (2010). The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 12*(1), 23-32.
37. Reitzel, J., Summers, J., Lorv, B., Szatmari, P., Zwaigenbaum, L., Georgiades, S., & Duku, E. (2013). Pilot randomized controlled trial of a Functional Behavior Skills Training program for young children with autism spectrum disorder who have significant early learning skill impairments and their families. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(11), 1418-1432.
38. Fava, L., Strauss, K., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Vicari, S. (2011). The effectiveness of a

cross-setting complementary staff-and parent-mediated early intensive behavioral intervention for young children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1479-1492.

39. Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Fava, L. (2012). Parent inclusion in early intensive behavioral intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 688-703.

40. Welterlin, A., Turner-Brown, L. M., Harris, S., Mesibov, G., & Delmolino, L. (2012). The home TEACCHing program for toddlers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(9), 1827-1835.

41. Casenhiser, D. M., Shanker, S. G., & Stieben, J. (2013). Learning through interaction in children with autism: preliminary data from asocial-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220-241.

42. Kaiser, A. P., & Roberts, M. Y. (2013). Parent-implemented enhanced milieu teaching with pre-school children who have intellectual disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

43. Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., ... & Czajkowski, S. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23(5), 443.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La valutazione psicologica: dal colloquio clinico alla stesura di un report diagnostico in chiave Gestaltica integrata

Viviana Catania¹, Sebastiana Cipponeri¹, Lorena Vincenza Perrone¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Catania V., Cipponeri S., Perrone L. V. (2020).

La valutazione psicologica: dal colloquio clinico alla stesura di un report diagnostico in chiave Gestaltica integrata

Phenomena Journal, 2, 125-132.

<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.95>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Viviana Catania

dott.vivianacatania@gmail.com

Ricevuto: 18 maggio 2020

Accettato: 20 novembre 2020

Publicato: 21 novembre 2020

ABSTRACT

There have been several authors who in recent years have sought to clarify the world of psychodiagnosis: from the analysis of expert question to the criminological interview, from the structure of expert report to the development of new damage assessment criteria.

Also in the testological field, numerous researches have highlighted how the appropriate use of tests represents one of main sides in the evaluation process.

Latest studies in literature have been and are an important guide to interpretation and reporting both in the clinical and legal-expert field of the MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2), integrating insights related above all to its restructured form (MMPI-2 RF).

It becomes important, in fact, that there is attention in choice of tools not only “technical” but also “relational”, in order to constitute an “appropriate frame of meaning”, necessary for a careful and scrupulous psychological evaluation.

Within the scientific panorama main objective of the authors, after having performed a detailed and in-depth analysis of the literature in question, will be to propose through this contribution, a practical guide to outline the “good practices” indispensable for each type of intervention, in order to be able to conduct a Gestaltic psychological assessment (from the clinical interview to the collection of bio / psycho / social data up to the correct administration of the psychological tests) in the various professional fields (clinical, expert, etc.).

KEYWORDS

Psychodiagnostic report, Psychological evaluation, Integrated Gestalt therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Diversi sono stati gli autori che in questi ultimi anni hanno cercato di fare chiarezza nel mondo della psicodiagnosi: dall'analisi della domanda in ambito peritale al colloquio criminologico, dalla struttura della perizia all'elaborazione di nuovi criteri di valutazione del danno, etc.

Anche in ambito testologico, numerose sono state le ricerche che hanno evidenziato quanto l'uso appropriato dei test rappresenta uno dei versanti principali nel percorso valutativo.

Gli ultimi studi di settore presenti in letteratura, sono stati e sono oggi un'importante guida all'interpretazione e alla refertazione sia in ambito clinico che giuridico-peritale del MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*), integrando approfondimenti legati soprattutto alla sua forma ristrutturata (MMPI-2 RF).

Diventa importante, per eseguire una corretta valutazione psicodiagnostica che vi sia un'attenzione nella scelta degli strumenti non soltanto “tecnica” ma anche “relazionale”, al fine di costituire “una cornice di significato” adeguata, necessaria per un'attenta e scrupolosa valutazione psicologica.

All'interno del panorama scientifico, l'obiettivo principale delle autrici, dopo aver compiuto una dettagliata e approfondita analisi della letteratura in oggetto, sarà quello di proporre attraverso questo contributo, una guida pratica per delineare le “buone prassi” indispensabili per ogni tipologia di intervento, al fine di saper condurre una valutazione psicologica in chiave Gestaltica (dal colloquio clinico alla raccolta dei dati bio/psico/sociali fino alla somministrazione corretta dei test psicologici) nei diversi ambiti professionali (clinico, peritale, etc.).

PAROLE CHIAVE

Relazione psicodiagnostica, Valutazione psicologica, Terapia della Gestalt Integrata.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

In questi ultimi anni di formazione clinica e peritale portata avanti dal Centro Clinico della SiPGI di Trapani, si è resa evidente la necessità tra gli psicoterapeuti in formazione e non, di fare chiarezza nel mondo della psicodiagnosi.

È importante, infatti, soprattutto nel settore peritale che il professionista si attenga scrupolosamente a rispondere al quesito e/o quesiti posti dal giudice, mettendo da parte il proprio compito terapeutico, laddove naturalmente potrebbe anche essere in grado di cogliere problematiche di natura psicopatologica.

Ecco perché diventa rilevante che il report segua dei principi di validità scientifica circa i criteri e i metodi di indagine utilizzati dal clinico, affinché ogni esperto a prescindere dalla cornice teorica di appartenenza, possa leggere ed interpretare i dati dell'elaborato secondo un codice univoco.

La consapevolezza che emerge dalla letteratura presente sino ad ora, ha sottolineato la necessità di provare a mettere insieme una cornice epistemologica comune ai diversi ambiti professionali, per poter delineare delle “buone prassi” all'interno della complessità del lavoro psicologico.

L'obiettivo finale delle autrici, dopo aver compiuto una dettagliata e approfondita analisi della letteratura sull'argomento, sarà quello di proporre attraverso questo contributo, una guida utile per sviluppare quelle competenze “tecniche” ma anche “relazionali”, necessarie per potere costituire “una cornice di significato oggettiva, co-creata al confine di contatto”.

La realtà primaria considerata finalmente come un campo co-creato al confine di contatto, necessaria per un'attenta e scrupolosa valutazione psicologica in chiave Gestaltica (dal colloquio clinico alla raccolta dei dati bio/psico/sociali fino alla somministrazione corretta dei test psicologici) presente nei diversi ambiti professionali (clinico, peritale, etc.).

2. L'analisi della domanda in ambito clinico-peritale

Emerge sempre più all'interno di una macro-cornice professionale la necessità di fondere tre branche molto importanti: la Psicologia Clinica, la Psicodiagnostica con la Psicologia Giuridica.

La valutazione della personalità, la capacità d'intendere e di volere, la valutazione della pericolosità in relazione all'azione-oggetto di indagine, il grado di responsabilità sociale, la valutazione del danno e la capacità di analisi a testimoniare del soggetto preso in esame, richiedono da parte dell'esperto l'abilità nel saper integrare il campo clinico con quello sociale-giuridico in relazione all'analisi della domanda a cui lo psicologo è chiamato a rispondere.

Evidenziare, pertanto, le cornici situazionali, relazionali e simboliche, che fanno da sfondo all'attività peritale, per promuovere una sinergia diversa di senso e di contenuto con un doppio significato: da un lato offrire una relazione tecnica al sistema che deve valutare, dall'altra poter fornire una restituzione clinica all'esaminato in relazione anche alla sua storia giudiziaria [1].

Particolare rilievo assume il condurre un'accurata analisi della domanda per riuscire a cogliere ogni variabile, segno, tratto, contenuto confluito nel quesito, al quale l'esperto si accinge a rispondere. Analizzare gestalticamente, quindi, la natura del problema del soggetto da un punto di vista personale, sociale, relazionale senza però escludere l'appartenenza al campo, dove è inserito il soggetto e dove quindi la problematica ha preso forma.

Ogni corpo vivente andrà considerato, infatti, in relazione al contatto intenzionale con l'ambiente [2].

L'esperto, quindi non deve commettere l'errore di analizzare la figura senza integrarla con le caratteristiche peculiari, dalle quali ha preso origine.

Se per la psicoterapia della Gestalt, la psicopatologia è l'analisi di ciò che accade al confine di contatto, l'analisi psicodiagnostica e psicopatologica gestaltica dev'essere colta ed analizzata sempre all'interno di questa cornice, dove il soggetto non può essere visto come individuo a sé stante, ma sempre immerso nell'ambiente circostante. Secondo la definizione sviluppata da Carli, l'analisi della domanda è una metodologia psicologico-clinica, in grado di cogliere nella dinamica del "qui ed ora" la natura problematica del soggetto e della relazione "là ed allora", che ha motivato la committenza [3].

Non si può parlare di analisi della domanda senza considerare il colloquio clinico, strumento principale per instaurare la relazione tra lo psicologo e l'utente in esame, al fine di poter promuovere un processo di conoscenza e di promozione verso il cambiamento.

Alla luce delle premesse metodologiche fin qui esposte, diventa importante sottolineare la differenza principale dell'analisi della domanda in ambito clinico e peritale. Nell'analisi della domanda in ambito clinico, l'attenzione dello psicologo viene rivolta principalmente nel corso del colloquio all'analisi del quadro sintomatologico annesso alla problematica, manifestata dal soggetto preso in esame.

Al termine di tale fase valutativa, il clinico metterà in atto, inoltre, le sue conoscenze e competenze psicologico-psicoterapiche, al fine di promuovere un intervento.

Differente è, invece, il processo che si attiva in ambito peritale dove nel colloquio, l'esperto non accoglie il problema dell'esaminato, ma si limita a rappresentarlo e a misurarlo, al fine di renderlo esplicito nella stesura di un report.

In qualsiasi domanda di consulenza psicologica, gli attori principali sono il consulente, ovvero il professionista che si accinge a fare la valutazione, l'utente, come colui a cui è rivolto l'intervento e il committente che può essere in ambito peritale un Avvocato o un Giudice e in ambito clinico ad esempio uno Psichiatra o un Neurologo.

Riuscire a fare un'attenta e scrupolosa analisi della domanda significa essere in grado di saper scrivere un "report", che non andrà confuso con un elaborato centrato sulla "cura" ma avrà come base una cornice essenziale, dove la persona presa in esame, si sentirà accolta e messa a suo agio a fini valutativi e non terapeutici.

Un ulteriore elemento distintivo tra l'analisi della domanda in ambito clinico e quella in ambito peritale risiede nel processo motivazionale, che ha dato origine alla con-

sulenza.

Nell'ambito clinico la motivazione prende origine dalla persona stessa, che sente il bisogno di avviare un cambiamento e/o movimento, mentre nell'iter peritale la motivazione è strettamente estrinseca, in quanto potrebbe essere attivata da una committenza, che ha necessità di avere delle risposte.

Risulta molto importante che il contesto di appartenenza non vada confuso nel processo valutativo, in quanto nella cornice clinica si ha una finalità curativa, mentre in quella forense si ha una finalità esclusivamente conoscitiva, che porterebbe il tecnico alla realizzazione del prodotto ovvero la relazione per il quale era stato nominato.

La domanda [3] è inoltre legata al contesto e alla situazione in cui si agisce ed è molto importante nella definizione del problema.

L'analisi del compito e del ruolo risulta quindi strettamente connessa al tipo di intervento, che l'esperto andrà a proporre e alla gestione e/o mediazione dei rapporti all'interno del contesto di riferimento.

3. Materiali e metodi: l'impostazione psicodiagnostica clinico-peritale

A livello teorico-operativo degna di rilievo appare una cornice epistemologica comune ai diversi ambiti professionali, per poter avvalersi delle "buone prassi" presenti all'interno della complessità del lavoro psicologico.

Qualsiasi tipologia di consulenza, prevede, infatti, la stesura di un report in cui il professionista utilizza gli "strumenti" a lui più familiari, per poter rispondere ai quesiti formulati nella fase iniziale della valutazione.

Tali strumenti variano in relazione alla natura dell'incarico, in cui verte l'accertamento tecnico, ma ciò che resta una costante all'interno di ogni elaborato, sono i principi di scientificità richiesti in particolar modo nell'ambito delle valutazioni forensi.

Il modello epistemologico a cui si fa riferimento in una valutazione psicodiagnostica integrata consta di quattro momenti molto importanti quali: la fase dell'anamnesi, dell'esame psichico, della somministrazione dei test e la stesura conclusiva della relazione redatta sulla base dell'iter valutativo effettuato.

Per poter scrivere una valutazione psicodiagnostica integrata, va rivolta una particolare attenzione alla raccolta dell'anamnesi, nella quale si ripercorrono le tappe della vita del soggetto, partendo dall'infanzia fino ad arrivare nel "qui ed ora".

Tutto questo al fine di poter delineare la formazione e l'evoluzione dell'identità della persona presa in esame, nonché le sue identificazioni con la famiglia di appartenenza e con la cornice relazionale e sociale all'interno della quale risulta inserita.

Sempre in sede di anamnesi va altresì attenzionato il motivo della consulenza e la descrizione del problema/ disturbo con una condivisione ed esposizione delle procedure utilizzate per raccogliere le informazioni funzionali per potere indagare il problema.

Particolare enfasi viene data anche alla raccolta delle informazioni circa l'anamnesi della famiglia attuale, la presenza o meno di relazioni significative, l'iter scolastico

e l'evoluzione della vita lavorativa, ove rilevabile.

Nell'esame psichico vengono attenzionati maggiormente i domini neuropsicologici, con particolare attenzione alle aree cognitive legate all'orientamento e alla percezione (orientamento spazio-temporale, presenza e/o assenza di deficit percettivi), la cognizione (attenzione, concentrazione, memoria, presenza o assenza di deficit legati al pensiero, analisi e capacità critica di giudizio, presenza e/o assenza di progettualità futura), la dimensione affettiva (tono dell'umore, presenza e/o assenza di aggressività, gestione dell'affettività e l'analisi delle modalità verbali e non verbali (atteggiamento, modalità dell'eloquio, silenzio, mimica facciale, postura e orientamento dello sguardo)

La scelta degli strumenti diventa centrale nell'iter valutativo.

Innumerevoli sono i test esistenti nel panorama testologico per gran parte conosciuti seppur a volte utilizzati superficialmente dai professionisti.

L'MMPI-2 RE, oggi, rappresenta un importante strumento della diagnosi psicologico-clinica e forense insieme al reattivo Rorschach, per indagare la personalità del soggetto unitamente alle scale Wechsler come reattivi per indagare la componente cognitiva ed intellettuale.

MMPI-RE dove la sigla "RE" sta ad indicare la nuova versione dello strumento, rispetto alla precedente, ha permesso di delineare maggiormente gli aspetti della personalità clinicamente rilevanti attraverso il raggruppamento di sei domini quali le disfunzioni somatiche-cognitive, emozionali, del pensiero e comportamentali, il funzionamento interpersonale e gli interessi, con una integrazione sulle considerazioni diagnostiche e terapeutiche.

Per tali motivi, in letteratura l'MMPI-RE, è considerato lo strumento più rilevante, per poter effettuare uno screening psicopatologico, giuridico-forense etc., in grado di cogliere le più profonde dimensioni intrapsichiche e interpersonali, inerenti l'organizzazione personologica e i livelli di funzionamento psichico [4].

Insieme al MMPI-RE, anche il test proiettivo per eccellenza, il Rorschach ideato nel 1921 da Herman Rorschach è via via diventato uno degli strumenti di assessment più quotato in letteratura sia clinica che peritale [1] per la sua analisi rivolta non soltanto ai singoli tratti della personalità bensì alla sua globalità, alle diverse funzioni cognitive, adattive e relazionali.

Da molti anni ormai, è presente anche la WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale), che è entrata a far parte integrante della batteria dei test, che sarebbe importante somministrare per poter eseguire un esame psicodiagnostico completo.

Tale test, infatti, oltre che come strumento atto a misurare il livello di efficienza intellettuale, può servire anche a completare efficacemente le informazioni ottenute attraverso i test di personalità, senza sostituirle, ma acquisendo informazioni nuove per arrivare ad un quadro psicodiagnostico integrato [5].

Fare una corretta ed attenta valutazione psicodiagnostica significa mettere insieme tutto ciò che emerge durante un iter valutativo, partendo dall'anamnesi e dal colloquio clinico fino ad arrivare alla somministrazione ed analisi dei test utilizzati.

L'obiettivo finale ed innovativo sarà quello di aver condotto una valutazione psico-

diagnostica mettendo in rilievo quelle competenze “tecniche” ma anche “relazionali”, necessarie per potere costituire “una cornice di significato oggettiva, co-creata al confine di contatto”.

La realtà primaria considerata come un campo co-creato al confine di contatto, necessaria per un’attenta e scrupolosa valutazione psicologica in chiave Gestaltica integrata (dal colloquio clinico alla raccolta dei dati bio/psico/sociali fino alla somministrazione corretta dei test psicologici) presente nei diversi ambiti professionali (clinico, peritale, etc.).

Soltanto attraverso la sinergia di tutte le dimensioni, infatti, si può pervenire ad una valutazione completa senza lasciarsi condizionare da singole interpretazioni o singoli dati.

Si potrà così raggiungere la Gestalt psicodiagnostica, dove realmente il tutto non è più la somma delle singole parti, ma il risultato di un intreccio armonico delle varie dimensioni osservate.

4. La stesura di un report

La psicoterapia della Gestalt integrata rappresenterebbe la cornice teorica ideale per poter scrivere un report psicodiagnostico, in grado di raccogliere la complessità della persona nella sua interezza, con i suoi punti di forza e di debolezza, cogliendo le risorse dell’individuo prese in esame, ma nello stesso tempo individuandone le sue modalità difensive.

Spesso, infatti, in passato nella stesura di un elaborato l’attenzione dell’esperto veniva rivolta sostanzialmente alla descrizione della problematica, andandosi a concentrare maggiormente sugli aspetti psicopatologici del soggetto preso in esame, senza di fatto riuscire a dedicare la giusta attenzione alle “parti sane”.

Oggi, invece, è diventato sempre più rilevante scrivere un report, che comprenda una valutazione del soggetto nella sua globalità, per far sì che diventi non soltanto uno strumento valutativo, ma anche un mezzo atto a promuovere una maggiore consapevolezza, che generi un potenziale cambiamento, fornendo indicazioni utili al fine di un possibile intervento.

Il report rappresenta, quindi, il momento conclusivo all’interno di un processo psicodiagnostico di una valutazione psicologica ed ha il compito di fare chiarezza e delineare al meglio quanto riscontrato all’interno della valutazione.

Il report psicologico diventa così il punto di arrivo del processo di assessment, rappresentando la strada, attraverso la quale viene delineato da parte del professionista il funzionamento complessivo della persona presa in esame, integrandone gli aspetti cognitivi, affettivi e comportamentali [6].

Quest’ultimo per essere esaustivo ed efficace dovrà contenere il quesito e/o quesiti posto/i, la contestualizzazione del caso e del contesto nel quale è inserito, l’inserimento delle varie fonti di informazione, la scelta degli strumenti valutativi adottati in relazione agli aspetti clinici rilevati ed attenzionati ed infine la stesura dei risultati ottenuti, interpretati secondo la relativa cornice teorica di riferimento.

Il report psicologico rappresenta, pertanto, lo sforzo del professionista di integrare i risultati della valutazione in una cornice funzionale, che abbia un senso per il soggetto, in modo che le informazioni possano essergli utili per comprendere il suo disagio, al fine di poter promuovere un cambiamento e proporre indicazioni efficaci per eventuali trattamenti [7].

Nella articolata costruzione di un elaborato psicodiagnostico risulta, infatti, di fondamentale importanza poter approfondire diverse aree quali gli eventuali fattori personali ambientali, che possano aver influito sulle performance del soggetto, l'atteggiamento assunto dal soggetto verso il test e come questo possa aver influito sui risultati ottenuti.

Ed anche il suo livello generale di adattamento e /o disadattamento, l'eventuale quadro sintomatologico con le relative alterazioni cliniche comportamentali e il livello di gravità del suo quadro psicopatologico, la presenza o meno di assunzione di sostanze (alcol, droga o altro), lo stile e qualità delle relazioni interpersonali, l'analisi e lettura dei dati necessari, per poter delineare l'attendibilità e la validità del profilo clinico rilevato nella sua interezza e complessità attraverso gli strumenti utilizzati con il presumibile quadro diagnostico coerente con i risultati ottenuti dal soggetto e l'esplicitazione finale circa la possibilità o meno dell'efficacia di un trattamento.

Diventa importante, quindi, alla luce di quanto fin qui riferito, stilare un elaborato quanto più chiaro e comprensibile, in grado di integrare tutte le informazioni raccolte in relazione anche ai risultati ottenuti dalla valutazione, per poter essere letta da qualsiasi tipologia di lettore (il soggetto stesso, gli eventuali familiari di riferimento, il giudice e /o magistrato, il futuro terapeuta).

Attuare un processo psicodiagnostico integrato significa considerare la stesura del report come parte integrante di un processo valutativo.

La lettura e l'esposizione dei dati in un report ben fatto è quello di riuscire a fornire le basi per promuovere un processo di consapevolezza nella persona presa in esame, mettendo in rilievo non soltanto le sue criticità e punti di debolezza, ma anche evidenziando le sue potenzialità e risorse, per poter sviluppare strategie di intervento funzionali alla persona stessa.

Ecco perché come già scritto in precedenza è di fondamentale importanza fare una buona ed attenta anamnesi, un esame psichico adeguato, una corretta scelta degli strumenti con una relativa scrupolosa lettura di tutti i dati, emersi all'interno del processo valutativo.

Tale sinergia va ad essere integrata con la storia personale, familiare, sociale ed interpersonale del soggetto valutato con annesse le sue modalità comportamentali e le eventuali implicazioni nella sua vita quotidiana per delinearne il profilo personale completo delle risorse personali, familiari, relazionali, ma anche con quelle possibili legate al contesto di appartenenza.

5. Conclusione

Nonostante gli innumerevoli contributi psicodiagnostici sulla valutazione psicologica

presenti in letteratura, risultano invece mancanti e/o insufficienti le ricerche e gli studi sulla stesura di un report psicologico adatto a qualsiasi ambito professionale. Attraverso questo contributo, è stato possibile definire un modello teorico, che andasse a comporre una cornice comoda e completa per delineare al meglio le “buone prassi” indispensabili per ogni tipologia di intervento, al fine di saper condurre una valutazione psicologica in chiave Gestaltica integrata.

Le varie fasi delineate all’interno dell’elaborato hanno consentito di potere tracciare delle linee guida necessarie per la cruciale fase finale del processo valutativo in Psicodiagnosi, che è quella della stesura del report.

Particolare attenzione è stata rivolta, infatti, all’armonizzazione delle singole fasi valutative con una specifica rilevante nella scelta dei vari strumenti visti per la prima volta non soltanto come mezzi “tecnici” ma soprattutto “relazionali”, al fine di costituire “una cornice di significato” adeguata, indispensabile per un’attenta e scrupolosa valutazione psicologica in ambito sia clinico che forense.

BIBLIOGRAFIA

1. Abazia L., (2017). La perizia psicologica in ambito civile e penale. Franco Angeli
2. Minkowsky, 2005 in Francesetti G., e Gecele M., (2010). Psicopatologia e diagnosi in Psicoterapia della Gestalt in Quaderni di Gestalt, vol. XXIII 2010/I (51-78)
3. Carli, R., Paniccia, R. M., (2013). Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica. Es Il Mulino.
4. Caporale (2019). MMPI-2; MMPI-2 RE; MMPI-2 RF. Guida e pratica all’uso dei test in ambito clinico e giuridico-peritale. Franco Angeli.
5. Lang M., Michelotti, C., Bardelli, E., (2015). Wechsler Adult Intelligence Scale IV. Lettura dei risultati e interpretazione clinica. Raffaello Cortina Editore.
6. Abbate, L., Andraos, M., P., (2019). Scrivere la relazione psicodiagnostica. Dal test alla stesura del report in psicologia clinica e forense. Raffaello Cortina Editore.
7. Spagnuolo Lobb, M., (2002). Il now for next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna. Franco Angeli.