



phenomenajournal

Giornale ufficiale di **phenomenahub**

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università di Napoli Federico II

MARIO BOTTONE Università di Napoli Federico II

PAOLO COTRUFO Università della Campania L. Vanvitelli

DANIELA CANTONE Università della Campania L. Vanvitelli

SANTO DI NUOVO Università di Catania

COMITATO SCIENTIFICO AREA NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli Studi di Foggia

ALBERTO OLIVERIO Università La Sapienza di Roma

DAVIDE MOROCCO Università di Napoli Federico II

PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs

ELENA GIGANTE SiPGI Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:

Raffaele Sperandeo

Supervisore Scientifico:

Valeria Cioffi

Journal Manager:

Enrico Moretto



m@rpedizioni

www.phenomenajournal.it

VOL. 4 N. 1 / GEN • GIU 2022

INDICE	Il genere emotivo	Pag.	1-7
	Fenomenologia della Vergogna: una Review su Genesi e Sviluppi	Pag.	8-18
	Rappresentazione sociale della malattia mentale: una breve review sul ruolo dei mass media	Pag.	19-28
	Perdita traumatica: dal caos a una nuova narrazione del sé	Pag.	29-43
	Violenza e voyeurismo: le immagini pedopornografiche in internet	Pag.	44-54
	Considerazioni sulle caratteristiche ottimali della stanza di consulenza psicologica	Pag.	55-68
	Incorporating the Principles of Acceptance and Commitment Therapy into Equine-Assisted Psychotherapy	Pag.	69-76
	Le pratiche di parenting dei genitori di studenti in una Scuola Superiore della provincia di Salerno	Pag.	77-84
	Il tempo vissuto e l'atto di comprensione della sofferenza psichica	Pag.	85-105
	Olio essenziale di lavanda: benefici psicologici	Pag.	106-116

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il genere emotivo

Chiara Scognamiglio¹, Sara Scia¹¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy

ABSTRACT

This work aims to bring the attention of psychologists, psychotherapists and education operators to the theme of “gender”, understood as an aspect that strongly influences the identity, formation and existential growth of the individual. This conditioning, in fact, makes categories of “gender” and the culturally associated characteristics with them a potential factor of individual and social discomfort. In the current historical period, the “gender issue” is widely recognized and debated, which more often than not refers to an idea of deconstruction of social stereotypes, aimed at preventing and combating discrimination phenomena. This intent characterizes many of the educational interventions on the theme of “gender differences”, which sometimes run the risk of operating on an informative rather than an emotional level. This article aims to launch a reflection on the emotional aspects of gender identity, on the comforts and discomforts it entails, with the prospect of introducing a research-intervention method on the topic, which speaks less of “education” and “experience”.

KEYWORDS

Gender identity, educational gender, gender experience.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro intende portare l’attenzione di psicologi, psicoterapeuti ed operatori dell’educazione sul tema del “genere”, inteso come un aspetto che influenza fortemente l’identità, la formazione e la crescita esistenziale dell’individuo. Tale condizionamento, infatti, fa delle categorie di “genere” e delle caratteristiche culturalmente associate ad esse un potenziale fattore di disagio individuale e sociale. Nell’attuale periodo storico risulta ampiamente riconosciuta e dibattuta la “questione di genere”, che il più delle volte rimanda ad un’idea di decostruzione degli stereotipi sociali, finalizzata a prevenire e a combattere i fenomeni di discriminazione. Tale intento caratterizza molti degli interventi educativi sul tema delle “differenze di genere”, che rischiano, talvolta, di operare più su un piano informativo che emotivo. Il presente articolo si propone di avviare una riflessione sugli aspetti emotivi dell’identità di genere, sugli agi e i disagi che essa comporta, con la prospettiva di introdurre una modalità di ricerca-intervento sul tema, che parli meno di “educazione” e più di “esperienza”.

PAROLE CHIAVE

Identità di genere, educazione di genere, esperienza di genere.

Citation

Scognamiglio C., Scia S. (2021).
Il genere emotivo
Phenomena Journal, 4, 1-7.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.123>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Chiara Scognamiglio
chiarasco78@libero.it

Ricevuto: 9 maggio 2021

Accettato: 4 febbraio 2022

Pubblicato: 4 febbraio 2022



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

Introduzione

“Gender is a relation, a set of relations, and not an individual attribute”.

John Butler

Occuparsi della questione del “genere” risulta oggi particolarmente importante per psicologi/psicoterapeuti, operatori sociali, educatori e per tutti coloro che lavorano a stretto contatto con la persona e con il suo mondo emotivo. Lo psicoterapeuta, nella stanza di terapia, ha sempre davanti a sé un individuo che presenta una propria identità di genere e che si confronta (in alcuni casi si “scontra”) con le caratteristiche ed i ruoli che società e cultura attribuiscono a donne e uomini. Tutto ciò può restare implicito all’interno della relazione terapeutica o esplicitarsi, come nei casi in cui il paziente esprima vissuti relativi alla propria identità di genere o a fenomeni sociali oggi sempre più diffusi (bullismo, discriminazione di genere, violenza di genere, omotransfobia). Ad ogni modo, sia che caratterizzi gli aspetti identitari della persona sia che emerga come oggetto di lavoro in psicoterapia, il genere rappresenta un fattore che condiziona inevitabilmente la vita dell’individuo e che nel setting terapeutico non può essere trascurato. Un’altra ragione non meno importante per cui è fondamentale iniziare a guardare più attentamente alle implicazioni del genere è l’inevitabile influenza che esso ha sulla relazione terapeutica stessa. Il genere del terapeuta, così come quello del paziente, è una variabile che caratterizza quella specifica diade ed entra potentemente nel campo relazionale. Terapeuta e paziente, infatti, sono entrambi inseriti in un tessuto socio-culturale che attribuisce caratteristiche specifiche a donne e uomini e l’influenza, almeno parziale, di tale cultura non può che entrare anche nella loro relazione.

Secondo l’American Psychological Association “Il genere si riferisce agli atteggiamenti, ai sentimenti e ai comportamenti che una data cultura associa al sesso biologico di una persona [...] Il genere è un costrutto sociale e un’identità sociale” [1].

Il termine “genere” (gender) è stato introdotto nel dibattito scientifico dall’antropologa Gayle Rubin nel 1975, nel celebre saggio “The Traffic in Women: Notes on the ‘Political Economy’ of Sex”, in cui veniva evidenziato che l’esistenza di un sistema binario, basato sulle differenze biologiche tra uomo e donna, genera una divisione dei ruoli ed una disparità nelle relazioni. Successivamente il concetto di genere si è diffuso, perdendo la sua valenza critica ed assumendo significati differenti. In un primo momento il termine ha sostituito la parola “sesso” come variabile che distingue individui maschi e femmine; in seguito la categoria di genere è stata utilizzata come sinonimo di “condizione femminile”, in quanto la maggior parte degli studi e delle politiche relative al genere concentravano la loro attenzione sulla situazione delle donne, tralasciando il “maschile”. Tuttavia, la successiva evoluzione degli studi di genere ha prodotto due importanti cambiamenti: l’attenzione al genere come qualcosa di più fluido e la considerazione della pluralità come caratteristica essenziale di qualsiasi riflessione relativa al tema del genere. L’effetto principale di tali cambiamenti è stato il passaggio, nel discorso scientifico e nel dibattito culturale, da una concezione del maschile e del femminile come caratteristiche statiche dell’individuo ad

una rappresentazione che mette in evidenza le connotazioni sociali e culturali del genere e la dimensione processuale della sua produzione. In altri termini, l'attenzione degli studiosi è andata a focalizzarsi sempre di più sui processi di costruzione e produzione relazionale del genere [2].

In uno dei più celebri testi del femminismo statunitense, "Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity", Judith Butler afferma che non esistono vere identità di genere, bensì regimi culturali che definiscono la verità sui sessi e le loro differenze. Secondo l'autrice il "gender" è assolutamente contingente e mutevole e le "identità di genere" sono solo il prodotto di economie discorsive che delimitano e distinguono ciò che è normale da ciò che non lo è [3].

In "Undoing gender" Judith Butler sottolinea come una tendenza all'interno degli studi di genere sia stata quella di presumere che l'alternativa al sistema binario sia una moltiplicazione di generi e che tale approccio induce inevitabilmente a domandarsi quanti generi possano esserci e come si potrebbero chiamare. Secondo l'autrice l'interruzione del sistema binario non deve portare ad un'altrettanto problematica quantificazione dei generi [4]. Butler, dunque, evidenzia il carattere mutevole, contestuale e plurale delle identità di genere, senza alcuna intenzione di delimitare il campo delle loro possibilità.

In ambito psicologico e sociologico sono state proposte diverse teorie per spiegare lo sviluppo di genere:

- le teorie psicologiche danno maggiore risalto ai processi intrapsichici ed enfatizzano la costruzione cognitiva delle concezioni di genere e degli stili di comportamento all'interno del modello di trasmissione familiare;
- le teorie sociologiche, invece, si concentrano sui determinanti socioculturali dello sviluppo e del funzionamento del ruolo di genere;
- per le teorie biologiche le differenze derivanti dai ruoli biologici svolti da maschi e femmine nella riproduzione sono alla base dello sviluppo e della differenziazione del ruolo di genere;
- la teoria sociale cognitiva dello sviluppo e del funzionamento del ruolo di genere integra fattori psicologici e socioculturali. In quest'ottica, le concezioni di genere e i ruoli di genere sono il prodotto di una fitta rete di influenze sociali, presenti sia nel sistema familiare che nei numerosi contesti sociali incontrati nella vita quotidiana [5].

Al netto delle molteplici differenze tra le teorie, appare evidente il comune riconoscimento della natura processuale e relazionale dello sviluppo di genere. Ci si riconosce o meno in una categoria di genere attraverso un percorso, fatto di influenze relazionali e/o contestuali.

Obiettivo dello studio

Questo lavoro si pone l'obiettivo di avviare una riflessione sulla disciplina italiana in materia di educazione di genere e sulle sue modalità di attuazione nei contesti scolastici. Tale riflessione è finalizzata ad aprire un dibattito relativo ai fattori che pos-

sono rendere più o meno efficace l'esperienza educativa intorno al tema del genere. La scuola rappresenta un luogo di socializzazione ed un "laboratorio" di esperienze che formano l'individuo, contribuendo allo sviluppo della personalità e del pensiero critico. L'educazione formale e informale che si svolge a scuola, infatti, può influenzare significativamente le capacità di osservare, comprendere e riflettere sulla realtà. Se all'interno del contesto familiare la persona è esposta a determinati modelli di pensiero e di relazione, la scuola mostra inevitabilmente l'esistenza e la possibilità di modalità alternative. Ciò è possibile grazie al confronto tra individui portatori di esperienze emotive e relazionali differenti. Partendo proprio dalla consapevolezza di tale pluralità, alcune domande utili alla riflessione in oggetto potrebbero essere:

- Come viene vissuto dall'individuo il processo dello sviluppo di genere?
- Quanto sono rassicuranti e/o limitanti le categorie di genere nell'esperienza soggettiva delle persone?
- Come vengono vissuti i ruoli e le caratteristiche di genere culturalmente definiti?

Domande di questo tipo potrebbero guidare un'esplorazione dei vissuti della persona sul tema del genere, coinvolgendo non solo il suo sistema di credenze, ma anche e soprattutto la sua esperienza emotiva.

Metodologie

“Con Educazione di genere si intende l'insieme dei comportamenti, delle azioni, delle attenzioni messo in atto quotidianamente, in modo più o meno intenzionale, da chi ha responsabilità educativa (genitori, insegnanti, ecc.) in merito al vissuto di genere, ai ruoli di genere e alle relazioni di genere dei giovani e giovanissimi.” [6].

La Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW) adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979 (entrata in vigore il 3 settembre 1981) è stata la prima fonte di diritto internazionale a riconoscere l'istruzione come strumento utile a contrastare le discriminazioni tra donne e uomini, ad educare alla parità tra i generi e a contrastare gli stereotipi femminili e maschili.

La CEDAW dichiara che gli Stati devono adottare: “ogni misura appropriata per modificare i modelli socio-culturali di comportamento degli uomini e delle donne, al fine di conseguire l'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di ogni altro genere che sono basate sull'idea dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o su ruoli stereotipati per gli uomini e per le donne” (art. 5). In tal senso la famiglia viene sicuramente riconosciuta come il primo contesto socialmente rilevante in cui i bambini e le bambine possono essere educati alla parità di genere. Tuttavia, è pur vero che la famiglia può contribuire anche a consolidare gli stereotipi esistenti. È da questa consapevolezza che è derivata l'esigenza di coinvolgere le istituzioni scolastiche nell'educazione alla parità di genere e al contrasto degli stereotipi. La Convenzione prevede che gli Stati prendano ogni misura appropriata ad assicurare: “l'eliminazione di ogni concetto stereotipato dei ruoli dell'uomo e della donna

a tutti i livelli e in tutte le forme di istruzione incoraggiando la coeducazione e altri tipi di istruzione che contribuiscano a conseguire tale obiettivo e, in particolare, rivedendo i libri di testo e i programmi scolastici ed adattando i metodi di insegnamento”.

Nel 2017 il Comitato sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne evidenziava positivamente l'approvazione della legge n. 107/2015 (la c.d. legge sulla “buona scuola”) che per la prima volta ha introdotto nel sistema nazionale di istruzione e di formazione italiano un riferimento all'educazione di genere. Tuttavia, il Comitato precisava anche che l'Italia aveva adottato “limitate misure [...] per eliminare gli stereotipi nel sistema di istruzione, compresi i testi ed i curricula scolastici” ed anche la “mancanza nelle scuole di un'istruzione obbligatoria, omnicomprensiva ed appropriata all'età, con riguardo alla salute ed ai diritti sessuali e riproduttivi”.

Nell'art. 1, c. 16 della l. n. 107/2015 si legge che il PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) “assicura l'attuazione dei principi di pari opportunità promuovendo nelle scuole di ogni ordine e grado l'educazione alla parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni, al fine di informare e di sensibilizzare gli studenti, i docenti e i genitori”. Tale norma mostra una certa debolezza, in quanto dichiara che i PTOF devono “promuovere” e non “prevedere” o “attuare” l'educazione di genere. Inoltre la l. n. 107/2015 si concentra soprattutto sulla violenza di genere e l'obiettivo espresso è quello di “informare” e “sensibilizzare” gli studenti, i docenti e i genitori e non quello di rendere obbligatori i programmi educativi in materia di pari opportunità e di contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere.

In seguito all'entrata in vigore dell'art. 1, c. 16 della l. n. 107/2015 il MIUR ha approvato le Linee guida Educare al rispetto (per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione). Tuttavia, non è chiaro se le ideologie/teorie femministe e quelle riconducibili alla sfera LGBTQ, così come le questioni inerenti all'identità e/o all'orientamento sessuale facciano parte o meno dell'educazione di genere [7].

Alla luce delle informazioni sopracitate è possibile concludere che la disciplina italiana in materia di educazione di genere costituisce un insieme di principi che non risultano vincolanti riguardo alle azioni da intraprendere a livello operativo. Inoltre, le questioni inerenti all'identità di genere e/o all'orientamento sessuale non vengono espressamente considerate e le scelte relative all'educazione di genere vengono affidate alle istituzioni scolastiche senza fornire loro nessuna chiara indicazione.

Lo scenario descritto può risultare poco incoraggiante per coloro che desiderano un'educazione che sia al passo con i progressi scientifici e che contrasti efficacemente i fenomeni di discriminazione e violenza legati al genere. Tuttavia, vale la pena continuare a riflettere sulle possibilità di miglioramento delle strategie educative. Per farlo, può essere utile richiamare alcuni punti fondamentali:

1. lo sviluppo di genere è un processo, che coinvolge aspetti identitari ed emotivi che possono variare nel corso del tempo;
2. il genere è “relazionale”, poiché si sviluppa (nelle sue diverse manifestazioni) attraverso il contatto tra individui che si influenzano reciprocamente;
3. il concetto di genere varia in diversi contesti, in quanto risulta fortemente

condizionato da fattori socioculturali.

Un'efficace educazione di genere dovrebbe: mettere in luce il carattere arbitrario delle classificazioni di genere, facilitando una riflessione sulla loro funzione sociale e organizzativa; focalizzarsi sulle esperienze e i vissuti dell'individuo, legittimando qualsiasi espressione soggettiva della sua identità. In quest'ottica è possibile ipotizzare che gli interventi educativi finalizzati alla sensibilizzazione sui fenomeni sociali legati al genere (pregiudizi, discriminazioni, violenza di genere ecc.) o alla sostituzione dei termini ad esso relativi non tengano conto della complessità del tema. In risposta a tale problematica potrebbe essere utile la costruzione di uno strumento di indagine che sia in grado di prendere in considerazione le variabili precedentemente descritte: la dimensione processuale, relazionale e contestuale del genere.

A tale scopo si potrebbe condurre un'indagine di tipo qualitativo. Lo sviluppo di genere, infatti, è un fenomeno in rapida evoluzione che può assumere numerosi significati. Per una sua comprensione iniziale, dunque, può risultare efficace l'utilizzo di un questionario autosomministrato, che consenta di avvicinarsi il più possibile ai vissuti dell'individuo nella loro forma più pura. Solo in un secondo momento, forse, dopo aver individuato i significati necessari alla definizione chiara del costrutto oggetto di indagine, sarà possibile la realizzazione di una ricerca quantitativa. Considerando l'aspetto processuale e dinamico dello sviluppo del genere, il target ideale per questo tipo di indagine potrebbe essere individuato in adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 14 anni, soggetti nei quali il costrutto di genere manifesta tutta la sua complessità. In questa fascia di età, infatti, l'individuo è verosimilmente impegnato nella messa in discussione delle identificazioni infantili e nella difficile ridefinizione di numerosi aspetti identitari.

Conclusioni

In Italia alcuni aspetti significativi dell'educazione di genere, in particolar modo il vissuto di genere, le relazioni di genere e le questioni relative all'identità, sembrano piuttosto trascurati. Gli interventi implementati nelle scuole, infatti, tendono a privilegiare i temi relativi ai ruoli di genere, alle pari opportunità e alla violenza contro le donne. Con questo lavoro si vuole suggerire che l'educazione di genere debba guardare all'esperienza umana di ogni individuo e non focalizzarsi esclusivamente sulle "questioni problematiche" intorno al tema del genere. Le disparità ancora presenti tra donne e uomini e la violenza contro le donne sono temi riguardo ai quali è fondamentale tenere alta l'attenzione. Tuttavia, l'educazione di genere non può esaurirsi con interventi di informazione e sensibilizzazione, né si può pensare di educare mediante la sola sostituzione di termini o informazioni culturali. Queste operazioni hanno un senso solo se accompagnate dall'esplorazione dei vissuti emotivi dell'individuo. Se lo sviluppo di genere avviene attraverso un processo relazionale in un dato contesto, è presumibile che un'educazione di genere efficace debba avvenire attraverso un processo relazionale in quel dato contesto.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA.
2. Poggio, B. (2009). Ai confini del genere. *Prospettive emergenti di riflessione e ricerca, Edizioni, 31*, 13-26.
3. Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
4. Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Psychology Press.
5. Bussey, K., Bandura, A. (1999). Teoria cognitiva sociale dello sviluppo e della differenziazione di genere. *Revisione psicologica, 106*(4), 676.
6. Leonelli, S. (2011). La Pedagogia di genere in Italia: dall'uguaglianza alla complessificazione. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education, 6*(1).
7. Donà, A., Poggio, B. (2020). *Genere e R-Esistenze in movimento*. Editore dall'Università degli Studi di Trento.

REVIEW

Fenomenologia della Vergogna: una Review su Genesi e Sviluppi

Teresa Capparelli¹, Claudia Langella¹, Carmen Giannetti¹, Rita Scognamiglio¹, Martina Messina¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy



Citation

Capparelli T., Langella C., Giannetti C., Scognamiglio R., Messina M. (2021). Fenomenologia della Vergogna: una Review su Genesi e Sviluppi Phenomena Journal, 4, 8-18. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.124>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Teresa Capparelli
teresa.capparelli@hotmail.it

Ricevuto: 27 maggio 2021

Accettato: 4 febbraio 2022

Pubblicato: 4 febbraio 2022

ABSTRACT

Psychotherapy leads the patient on the path to self-awareness, based on self-acceptance and integration. Researchers have shown how some emotions activate deeper and more complicated processes in psychotherapy. Shame, with the meaning of “self-awareness emotion”, has a key role in the onset and development of mental disease like Eating Disorders, Depression, or Post-Traumatic Stress Disorder. It strongly depends on self-consciousness process and it is a consequence of self-judgement, concerning to the introjected standards. Shame also is related to a neurochemical factor and it can be a real dangerous mechanism for the Self, generating inhibition and increasing self-judgement for those parts that are believed unacceptable. So, what is the Phenomenology of Shame? Based on scientific literature, this work explores the genesis and the development of shame, in order to identify the phenomenological elements to look for in the relation between the patient and the psychotherapist.

KEYWORDS

Phenomenology, shame, awareness.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'esperienza della psicoterapia accompagna l'individuo in un percorso di autoconsapevolezza, attraverso l'accettazione e l'integrazione del Sé. Nel tempo, i ricercatori hanno evidenziato come alcune emozioni risultino più intime e complesse di altre nell'ottica di un percorso di psicoterapia. La vergogna definita come “emozione dell'autoconsapevolezza”, strettamente derivante dal processo dell'introspezione e consequenziale al giudizio che l'individuo esprime su se stesso in rapporto a norme interiorizzate, gioca un ruolo significativo nell'esordio e nello sviluppo di alcune condizioni psicopatologiche, quali i Disturbi Alimentari, la Depressione, il Disturbo Post-Traumatico da Stress. Correlata anche a un processo di derivazione neuro-chimica, la vergogna è in grado di diventare minaccia all'identità personale, generando inibizione e amplificando il giudizio rispetto a quelle parti del Sé considerate non accettabili. Ma qual è la fenomenologia della vergogna? A partire dalle evidenze della letteratura, questo lavoro ha lo scopo di analizzare la genesi e lo sviluppo della vergogna, al fine di individuare quelle caratteristiche fenomenologiche su cui il terapeuta dovrebbe porre l'attenzione nella relazione con il paziente.

PAROLE CHIAVE

Fenomenologia, vergogna, consapevolezza.



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

1. Introduzione

La vergogna (dal latino “*verecundia*”, der. di *verecundus*: verecondo) viene connotata come profondo e amaro turbamento interiore che ci assale quando ci rendiamo conto di aver agito o parlato in maniera riprovevole o disonorevole. Definita da Rycroft [1] la “Cenerentola delle emozioni spiacevoli” per la scarsa attenzione ricevuta nel passato da parte degli psicoanalisti, è riconosciuta, ad essa, la funzione positiva di promuovere e proteggere l’identità personale. La vergogna è diventata l’affetto chiave per la psicologia del Sé [2], determinante di un sentire ascrivibile ad ogni soggetto. L’interesse per gli affetti ha trovato negli ultimi anni un giusto sviluppo nell’ambito della ricerca psicologica e psicoterapica che oggi tende ad attribuire loro un ruolo fondamentale nello sviluppo della personalità, nei suoi aspetti fisiologici e patologici. In *Tipi psicologici* [3], Jung adopera una suggestiva metafora che ci aiuta nella comprensione dell’origine del fenomeno della vergogna. Secondo l’autore la nascita della coscienza si accompagna con il fondamento dell’Ombra e con l’esposizione vergognosa della propria identità, così come il biblico cogliere il frutto dell’albero della Conoscenza portò alla cacciata dall’Eden ed alla scoperta pudica della propria nudità. L’esperienza dell’Ombra è ineludibile e il vissuto di vergogna è una pietra miliare nel percorso esistenziale. L’Ombra si configura come la proiezione di un corpo opaco, esposto alla luce della coscienza e allo sguardo dell’altro che, permettendo di specchiarci, ci dà ulteriormente la possibilità di costituirci come individui.

La vergogna conduce ad un’autovalutazione globale, essa coinvolge l’intero individuo rispetto all’inadeguatezza che subentra quando ci si rende conto di aver fatto qualcosa per cui possiamo essere considerati dagli altri in maniera totalmente opposta rispetto a quello che avremmo desiderato e si presenta come un senso sgradevole di nudità. Provare vergogna significa avere la percezione di essere stati scoperti. Si tratta di una emozione complessa, più strutturata rispetto alle altre, ed è correlata alla percezione che si ha di sé stessi.

È stata spesso definita come “emozione dell’autoconsapevolezza” insieme all’imbarazzo, al senso di colpa e all’orgoglio, in quanto deriva dall’introspezione o meglio da una valutazione che l’individuo realizza su di sé, in rapporto a norme e standard interiorizzati [4].

Secondo Izard [5] la vergogna, come le altre emozioni fondamentali, dipende da un particolare processo neuro-chimico. I meccanismi coinvolti in questo processo sono soggetti alle stesse leggi genetiche che controllano altre caratteristiche strutturali e di comportamento. Poco si conosce circa le trasmissioni genetiche del meccanismo della vergogna. Le emozioni umane si sono evolute per milioni e milioni di anni e i loro processi di adattamento sono divenuti sempre più complessi.

Poiché le nostre emozioni sono un prodotto della nostra eredità di evoluzione biologica, si può dedurre che ciascuna emozione serviva come funzione adattiva nella filogenesi dell’essere umano. È piuttosto facile dedurre il ruolo di certe emozioni nell’adattamento, ma il ruolo della vergogna non è così ovvio. In superficie, la vergogna sembra avere solo conseguenze negative per l’individuo.

In una prospettiva temporale, la vergogna abbraccia il passato, il presente e il futuro, producendo manifestazioni di forte intensità e di dolore profondo. La vergogna può provocare un crollo della persona e diventare minaccia all'identità personale. La persona che si vergogna si percepisce confusa e disorientata. Il disagio che ne consegue è molto intenso e crea anche un blocco nella comunicazione.

Nella letteratura psicoanalitica questo affetto così complesso e multiforme ha assunto un ruolo marginale per lungo tempo, anche in virtù del fatto che in origine fosse mal differenziato dal senso di colpa. La colpa era l'argomento di gran lunga più diffuso. Secondo Lewis [6], una reazione tipica della vergogna è quella di celare, mascherare, o scappare; pazienti ed analisti provano ad evitare questa spiacevole condizione. Il senso di colpa, invece, è alleviato mediante la confessione ed espiazione. Pertanto, data la maggiore tollerabilità per gli esseri umani, la colpa è più spesso discussa in letteratura.

Una delle tendenze della vergogna è che si colloca tra il narcisismo e le relazioni oggettuali, coinvolgendo la sfera della massima privatezza ed intimità ed anche l'area delle relazioni e del sociale.

La vergogna fa parte di un'ampia famiglia di affetti, alcuni di chiara marca negativa come l'umiliazione, la mortificazione e l'imbarazzo, altri meno dolorosi e funzionali al mantenimento e all'integrità del sé ed alle sue relazioni, come la timidezza, la riservatezza ed il pudore. Ma qual è la fenomenologia della vergogna, cui un terapeuta dovrebbe porre la sua attenzione? Il più delle volte essa induce inibizione e tendenza al ritiro sociale: chi la sperimenta cerca di occultarla per evitare ciò che viene visto o colui che vede; inoltre, ha la tendenza ad amplificare quelli che si considerano aspetti non accettabili del sé inducendo intense reazioni somatiche che tendono a rivelarla (il rossore, una di queste). La vergogna risulta di difficile elaborazione, avendo anche la propensione a prolungarsi negli anni ed a suscitare le stesse reazioni anche dopo molto tempo che la si è sperimentata. È sicuramente una emozione *molto penosa*. Non è un caso che sia la prima ad essere descritta nella Genesi (Libro Terzo) quando Adamo ed Eva, a ragione della rottura del loro legame fusionale con Dio, riconoscono la loro nudità e se ne vergognano cercando di coprirsi.

2. Lo sviluppo della vergogna nei bambini

La vergogna è un'emozione che ha ricevuto particolare attenzione in psicologia dello sviluppo emotivo soprattutto da parte di Lewis, che ha dedicato a quest'esperienza emozionale numerose ricerche [6]. Essa è l'esperienza di un Sé messo a nudo, inadeguato rispetto a standard e richieste dell'ambiente e come tale giudicato dagli altri. Per questi motivi, può essere definita un'emozione sociale che Liotti [7] colloca a livello del sistema agonistico e sessuale.

La vergogna emerge con la consapevolezza di sé e si sviluppa nella fascia di età che va dal secondo al quarto anno di vita circa. Infatti, la comparsa e la manifestazione di questa emozione si correlano al particolare gesto del bambino, durante la nota prova di autoriconoscimento allo specchio [8], di portare la mano al naso dopo che

questo è stato colorato di rosso a sua insaputa. Comportamento che viene letto come segnale di autoconsapevolezza e che compare nel periodo evolutivo in cui i bambini iniziano a manifestare forme di imbarazzo e di vergogna. L'esperienza di vergogna in bambini di età scolare, invece, è stata studiata con una procedura che consiste nel presentare compiti di diversa difficoltà e nell'osservare le reazioni emotive in caso di riuscita o di fallimento nella risoluzione del compito [6]. I principali indicatori sono stati il movimento del corpo e la postura assunta, in particolare gli atteggiamenti di evitamento come curvare le spalle in avanti, abbassare il capo e nascondere il viso con le mani o le braccia.

Entro il compimento dei quattro anni tutti i bambini, con sviluppo tipico, manifestano questa emozione. La vergogna in età scolare, invece, viene per lo più determinata dal fatto di essere rimproverati o biasimati davanti agli altri. La progressiva interiorizzazione, attraverso le pratiche educative, della distinzione fra ciò che è corretto e ciò che non lo è, tra ciò che è permesso e ciò che è proibito, favoriscono nel bambino la valutazione delle proprie prestazioni in conformità a standard prestabiliti. Una riflessione su quanto sia pericoloso utilizzare la vergogna come metodo educativo, nasce dall'utilizzo ricorrente dei genitori di frasi del tipo "vergognati", "sei un bambino cattivo", rivolte ai bambini e, spesso, fatti vergognare pubblicamente, con l'idea che tale esposizione possa estinguere il comportamento non adeguato. La nascita dell'autostima inizia da piccoli attraverso un processo lento e delicato e i bambini imparano a vedere loro stessi nello stesso modo in cui i genitori e gli educatori guardano loro. Essere circondati da messaggi ed etichette negative avrà sicuramente un impatto sulla concezione di sé e sull'autostima attuale, da bambino, e futura da adulto. La sensibilità alla vergogna propria e altrui permetterà lo sviluppo dell'empatia, mostrando gentilezza e attenzioni alle emozioni altrui riducendo così comportamenti non sociali.

3. Vergogna e Adolescenza

Durante l'adolescenza risultano pregnanti le dinamiche legate al narcisismo, le quali si ripercuotono nella sfera relazionale e nella psicopatologia; di fatti l'adolescente si ripiega totalmente su se stesso per compensare la perdita dovuta al distacco dalle identificazioni infantili, dal momento che si avvia verso la costruzione di una nuova identità personale. Tale dinamica narcisistica potrebbe spiegare perché gli adolescenti siano tanto suscettibili ed inclini a provare il senso di vergogna [9].

A tal proposito, cruciali risultano le identificazioni dell'adolescente col gruppo dei pari e l'accettazione presso questo, che viene a costituire, in tal modo, una sorta di *Io ausiliario*. Di fatti, è all'interno del gruppo che si cerca di preservare l'immagine di sé, stagione critica della vita, se si pensa alla moltitudine di modificazioni e cambiamenti personali che l'adolescente deve affrontare man mano che si differenzia dal proprio nucleo familiare: modificazioni fisiche, psicologiche, emotive e sociali che ben possono rapportarsi al turbinio di emozioni, affetti e sensazioni adolescenziali tra cui trova posto proprio la vergogna.

La vergogna è un'emozione sociale, in quanto si forma in contesti caratterizzati non solo dalle norme, ma anche dalle emozioni e, più di altre, si manifesta sempre in collegamento con le emozioni espresse dagli altri. La collera, l'ira, l'indignazione mostrate nei nostri confronti provocano un senso di vergogna, perché sono emozioni che esprimono un giudizio negativo su di noi, su come siamo e su come veniamo percepiti: il cervello umano è sociale, soprattutto in adolescenza [10].

Dunque, la vergogna può essere considerata un fenomeno psichico e sociale nella misura in cui è vissuta come ansia sociale e paura di essere esclusi dalla società, anche solo immaginare la collera o il biasimo degli altri nei nostri confronti può allora indurci a evitare situazioni e comportamenti "vergognosi".

L'adolescente, dunque, è spesso preso da sentimenti di vergogna: vergogna corporea, vergogna della sua famiglia, la vergogna della sessualità, vergogna delle sue azioni; la vergogna danneggia l'immagine che l'adolescente ha di sé, anche in virtù della svolta degli affetti delle figure significative.

Questo periodo della vita è caratterizzato da un'estrema fragilità narcisistica dovuta alla metamorfosi corporea, da una possibile ideazione suicidaria, dalla fragilità degli investimenti libidici sulla scia del conflitto edipico, dal comportamento oppositivo e varie forme di trasgressione; di fatti, all'interno del gruppo, si cerca di preservare l'immagine di sé.

Alcuni studi hanno rintracciato, negli adolescenti, differenze relative al genere. Le donne adolescenti hanno la propensione ad attaccare il corpo proprio, mediante l'autolesionismo, disturbi del comportamento alimentare, dismorfofobia. Il corpo è vissuto dalla donna con odio e vergogna. L'anatomia femminile, per le sue caratteristiche peculiari, può diventare il luogo mentale dove vanno ad ancorarsi difese massicce e primitive.

Gli adolescenti maschi, diversamente dalle proprie coetanee, hanno una maggiore inclinazione ad attaccare il corpo sociale, attraverso la trasgressione delle norme e la violenza etero-diretta.

Secondo Labrune e Raoult [11] durante il periodo dell'adolescenza il tema della vergogna risulta predominante. Questo affetto testimonia, in forme differenti, la ricerca della pubertà e la necessità dell'adolescente di integrare il proprio corpo in sviluppo (istintuale, puberale, psichico- sessuale), ciò che tale sviluppo suscita per l'adolescente stesso nelle sue dimensioni fisiche, il corpo reale, l'immagine del corpo, le sue rappresentazioni fantastiche e cognitive.

È importante valutare le multiple ripercussioni dettate dai cambiamenti intrapsichici, specialmente con l'evoluzione delle relazioni con oggetti edipici e arcaici, i cambiamenti e i nuovi equilibri che connotano le sue interazioni a livello familiare e sociale.

B. Brusset [12] richiama la distinzione proposta nelle sue ricerche da J. Goldberg tra due tipi di vergogna, la prima centrata sulla pubertà nelle sue dimensioni corporali e sessuali, l'altra che colloca l'accezione più socio – relazionale verso l'età adulta: essere sessualmente maturi, ma essere anche più grandi, più adulti. In sintesi Brusset si riferisce ad una vergogna nell'adolescenza basata sul processo di crescita corporea e sessuale; il secondo tipo di vergogna, invece, si fonda su un processo evolutivo che

porta l'adolescente verso il mondo degli adulti.

4. Quali differenze di genere nella manifestazione della vergogna?

Dagli anni '70 gli studi sul genere sessuale hanno subito una spinta da parte dei movimenti femministi affinché si costruisse un modello di sviluppo della femminilità in polemica con quello evolutivo freudiano, che definisse la donna non come individuo "mancante" rispetto all'uomo, bensì differente. Le diversità che sono state prese in esame in termini di sviluppo, lasciano presagire delle differenze anche nella manifestazione della vergogna.

Secondo Nunziante Cesaro [13] vi sono fenomeni tipicamente femminili legati alla trasmissione di fantasmi, fantasie inconsce, ombre, ritenute innominabili. La donna, difatti, pur avendo una conoscenza somatica precoce del suo corpo, eredita una difficoltà nel nominare e nel rappresentare adeguatamente il proprio genitale (un conosciuto non pensato). Questa esperienza è nota come "sessuazione innominabile", ed è colorata di vissuti emozionali di vergogna, di mancanza, di segretezza, di colpa o disprezzo.

Secondo Lewis [6] i problemi di vergogna e di identità sono strettamente correlati tra loro. Nell'espressione della vergogna una persona si sente esposta all'ambiente al punto tale che si assiste ad una riduzione dei confini del sé. Lewis [6] ha discusso ampiamente le differenze tra uomini e donne nella loro esperienza di sé. In particolare le differenze del modo in cui essi esperiscono vergogna.

Secondo l'autrice, infatti, le donne sono più inclini a sperimentare reazioni di vergogna di quanto lo siano gli uomini: ci sono differenze sessuali geneticamente determinate nella soglia della vergogna o la tendenza a esprimere vergogna.

Wright [14] afferma che la vergogna sia una tipica caratteristica femminile che ha lo scopo di coprire i genitali. Lewis [6] in contrapposizione, ritiene che le donne siano più sensibili verso gli altri rispetto agli uomini; per tale ragione si può considerare "l'Altro" come determinante nell'esperienza di vergogna.

I processi di socializzazione promulgati nel contesto, insegnano alle donne a coltivare i legami affettuosi. È un aspetto, questo delle differenze di genere, che è stato ampiamente documentato in relazione alle diversità dello sviluppo maschile e femminile, dibattute da Freud e dalle autrici post-freudiane.

Studi sperimentali condotti da Witkin e Weil [15] hanno affermato che le donne siano più inclini a sperimentare vergogna. In particolare, secondo Witkin [16] c'è un legame tra suscettibilità, vergogna e campo-dipendenza. Campo-dipendenza e campo-indipendenza sono stili percettivi che differenzierebbero parzialmente i sessi. I campo-dipendenti sembrano essere maggiormente soggetti di sesso femminile, i campo-indipendenti soggetti di sesso maschile.

Anche dal punto di vista sociale e comunitario vi sono stereotipi che delineano differenze di genere condivise. All'uomo è attribuita l'immagine di "agentic", ossia di un soggetto agentic in grado di procurare reddito, di contribuire al mantenimento del contesto familiare e della figura femminile. Alla donna, viceversa, è attribuito un

esclusivo ruolo di cura, per il quale si parla di “communal”. È il *prendersi cura*, dunque, che caratterizza il modello femminile da sempre.

Uno studio condotto da Fallon [17], ha rilevato come uomini e donne diano luogo ad una distorsione del proprio corpo. Tuttavia le donne distorcono il proprio corpo negativamente, mentre gli uomini hanno la propensione a godere di una percezione di sé più positiva, manifestando un senso di grandiosità.

La storica disparità tra i sessi potrebbe basarsi sulla dismetria nelle reazioni di vergogna. L'esperienza clinica ha consentito di valutare come le differenze di genere nella manifestazione della vergogna possano essere determinanti di differenti aspettative in termini analitici. Levenson [18] e Sandler [19] hanno sottolineato che il ruolo dell'analista sia quello di svelare possibili collusioni, in seguito alle quali, il genere influenza le aspettative. I soggetti in ambito terapeutico manifestano talvolta un evitamento circa questioni potenzialmente dolorose o delle quali vergognarsi. Ma il “linguaggio della vergogna” ha anche i suoi vantaggi. Morrison fa notare che la vergogna, essendo una esperienza universale, aiuta a ridurre al minimo l'uso di un linguaggio tecnico relativo ai pazienti. Conduce, quindi, all'utilizzo di espressioni umane, di normalità, invece che del linguaggio della psicopatologia.

Alla luce di quanto affermato, è interesse del nostro gruppo di studio esplorare, mediante ulteriori ricerche, quali differenze di genere si verifichino nel manifestarsi della vergogna. La nostra ipotesi è che vi siano rappresentazioni comuni ad entrambi i sessi, ma reazioni differenti nell'esperienza di vergogna.

5. Vergogna e psicopatologia

Numerosi studi hanno indagato l'impatto della vergogna sullo sviluppo di diversi disturbi psicologici.

La vergogna gioca un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dei *Disturbi del Comportamento Alimentare* (DCA). Secondo Goss e Allan [20] la vergogna esterna, centrata sulle credenze degli altri, risulta essere principalmente associata ai sintomi dell'anoressia (AN), mentre la vergogna interna, legata all'autovalutazione (percezione di sé e della propria identità come inadeguate o inferiori), a quelli della bulimia nervosa (BN). È possibile, infatti, che i due tipi di vergogna intesi in termini disposizionali, costituiscano un indice di vulnerabilità nello sviluppo di un DCA specifico.

La vergogna riveste un ruolo significativo anche nell'esordio e nel mantenimento della *Depressione*, contribuendo allo sviluppo di circoli viziosi che rafforzano i vissuti depressivi [21; 22; 23].

Thompson e Berenbaum [24] hanno osservato che pazienti con fase depressiva attiva, così come individui con una storia passata di disturbi depressivi, riportano livelli di vergogna più elevati.

In uno studio longitudinale, Andrews [21] ha osservato che l'aver subito un abuso, sia in età infantile che adulta, è correlato all'insorgenza di episodi depressivi cronici o ricorrenti e che questa associazione è mediata dalla presenza di vissuti di vergogna

di tipo corporeo. Sembra che vi siano due fattori centrali che giocano un ruolo nella relazione tra vergogna e depressione, da una parte il maltrattamento infantile [25] e, dall'altra, la presenza di episodi traumatici incentrati sui vissuti di vergogna [26]. Questi due aspetti sembrano rappresentare dei fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di un disturbo emotivo ed in particolare della depressione. Dallo studio di Harman e Lee [27] è emerso che la vergogna ha un ruolo chiave nel creare e mantenere il senso di pericolo associato al *Disturbo Post Traumatico da Stress* (PTSD). Wong e Cook [28] hanno esaminato l'associazione tra colpa, vergogna, rabbia e gravità sintomatologica in un campione di veterani di guerra che aveva sviluppato un PTSD. L'inclinazione alla vergogna è risultata essere maggiormente correlata con la gravità dei sintomi post-traumatici. Bratton [29] sostiene che, di fronte ad un trauma, una bassa propensione a sperimentare vergogna sembrerebbe fungere da fattore protettivo nello sviluppo di sintomi di PTSD. Inoltre la vergogna sembrerebbe favorire lo sviluppo di emozioni secondarie, tra cui, soprattutto la rabbia e dato, inoltre, che l'intensità della rabbia risulta strettamente associata alla gravità della sintomatologia traumatica è stato ipotizzato che la combinazione di rabbia e vergogna potrebbe predire una maggiore difficoltà nella rielaborazione del trauma. All'interno del contesto psicoterapeutico la vergogna, così come la rabbia, riveste un ruolo importante nella comprensione e nella cura del PTSD.

Nella *Fobia Sociale* la vergogna è vissuta come un senso di inadeguatezza, caratterizzata da una bassa autostima e dalla sensazione di essere oggetto di rifiuto da parte di altri [30].

Diversi autori [31; 32] hanno suggerito che i pazienti con fobia sociale sono principalmente sensibili alla vergogna di tipo esterno, poiché particolarmente preoccupati del giudizio e del rifiuto altrui.

Inoltre, risulta di fondamentale importanza la presenza della metaverogna che spinge il soggetto a credere che vergognandosi non farà altro che confermare, agli altri, il proprio senso di inferiorità. Gli effetti della metaverogna incrementano la frequenza e l'intensità della vergogna primaria, innescando un circolo vizioso tra vergogna e metaverogna che, nel lungo termine, porta il paziente a confermare la propria idea di inadeguatezza ed inferiorità. Individui con bassa autostima, sono più compromessi nell'auto-valutazione: avere una buona immagine sociale, assume maggiore rilevanza poiché permette di confermare il proprio sé [33]. La vergogna è stata indagata in relazione al *Disturbo Borderline di Personalità* (DBP) e, in casi minori, nell'ambito del *Disturbo Narcisistico di Personalità* (DPN). Diversi studi, così come i criteri diagnostici all'interno del DSM - IV - TR (APA 2000) hanno mostrato come la vergogna sia un'emozione centrale negli individui con DBP. Secondo Lansky [34] le frequenti esperienze di abbandono e abuso da parte dei caregiver, subite dai pazienti borderline, contribuirebbero a sperimentare emozioni di vergogna in età adulta. Dati a favore di questa ipotesi derivano dalla ricerca di Rüsç et al. [35], la quale ha messo in evidenza come la presenza di emozioni di vergogna nel DBP, possa essere associata all'aver vissuto esperienze traumatiche e di umiliazione nell'infanzia. In questo studio, inoltre, è stata rilevata una forte associazione positiva tra alcune caratteristiche tipiche

del DBP (bassa autostima, bassa qualità della vita, rabbia ed ostilità) e misure di vergogna sia esplicita che implicita. Brown et al. [36] hanno osservato che un numero frequente di manifestazioni di vergogna ha maggiori probabilità di essere seguito da comportamenti autolesivi. Kleindienst et al. [36] hanno parlato di un vero e proprio circolo vizioso, all'interno del quale, la vergogna che spinge al comportamento autolesivo aumenta l'intensità di questa emozione favorendo il perpetuarsi dell'autolesionismo. Alcune ricerche e diverse osservazioni cliniche hanno identificato la presenza di disturbi di vergogna anche in pazienti con *Disturbo Narcisistico di Personalità* (DNP). [37; 38; 39]. Gli autori della Schema Therapy [37; 38] hanno identificato specifici schemi associati alla personalità narcisistica, tra cui quello della "inadeguatezza/vergogna". Questo schema è caratterizzato dalla sensazione dell'individuo di essere profondamente in difetto, sbagliato, diverso e inferiore rispetto agli altri. Spesso, quando nel paziente con DNP si attiva questo schema, l'individuo diventa ipersensibile alle critiche e al rifiuto e, provando un profondo senso di vergogna per i propri difetti, cerca di nascondersi dietro una eccessiva ostentazione di superiorità e infallibilità.

Wright et al. [14] hanno distinto due tipi di disfunzione narcisistica. Il primo sembra costituito da coloro i quali mostrano un'alta autostima, ma che disconoscono qualsiasi emozione di vergogna, il secondo tipo, invece, sembra caratterizzato da individui che sperimentano una bassa autostima e alti livelli di vergogna. Broucek [40] ha effettuato una distinzione tra narcisismo di tipo "egoistico non conflittuale" caratterizzato dal vantarsi sfacciatamente e, apparentemente, senza vergogna e un secondo tipo definito "dissociativo", contraddistinto da bassi livelli di autostima ed elevata vulnerabilità ed esperienze di vergogna. Diversi autori hanno suggerito che la vergogna gioca un ruolo di rilievo nella psicodinamica del comportamento suicidario. Secondo Breed [41], la vergogna rappresenta una delle cause che spinge a mettere in atto comportamenti suicidari. Lewis [6], ha osservato che il suicidio, in realtà, potrebbe essere causato da vissuti di vergogna o, indirettamente, da vissuti di rabbia rivolti verso il sé. Mokros [42] ha affermato che la stabilità e la sicurezza sociale costituiscono una motivazione fondamentale per l'individuo favorendo il senso di appartenenza e di identità. In quest'ottica, essendo la vergogna un'emozione sociale, il suicidio viene interpretato come una soluzione all'intollerabilità della sensazione di sentirsi ridicolo, diverso o inaccettabile e all'impossibilità di recuperare la propria posizione sociale all'interno del gruppo di appartenenza.

Nella teoria del comportamento suicidario di Baumeister [43], l'autore sostiene che le emozioni spiacevoli, fra cui la vergogna, possono far precipitare l'individuo in uno stato di "de-costruzione/strutturalizzazione cognitiva" caratterizzato da difficoltà di ragionamento e problem solving interferendo, quindi, con la capacità di focalizzare un obiettivo raggiungibile e di eliminare la sofferenza emotiva. Secondo Wilson [44] il fallimento e il mancato raggiungimento dei propri scopi possono contribuire ad una maggiore discrepanza tra sé ideale e sé reale, aumentando lo sviluppo di vissuti di vergogna che possono, infine, sfociare e risolversi in gesti suicidari, intesi come soluzione estrema all'intenso vissuto negativo.

6. Conclusioni

A partire dagli studi fatti nell'ambito della psicologia dello sviluppo emotivo è stata osservata la genesi e lo sviluppo della vergogna; in particolare, come essa si intersechi durante lo sviluppo e l'acquisizione dell'identità personale e come trovi la sua possibile manifestazione rispetto alle differenze di genere. Tenendo conto della peculiarità, della vergogna, di configurarsi come un'emozione sociale, particolare attenzione è stata rivolta alle possibili manifestazioni fenomenologiche che entrano in gioco, tanto nel legame tra vergogna e psicopatologia, quanto nella specifica relazione psicoterapica tra paziente e terapeuta.

Caratteristiche fenomenologiche che possono risultare utili, a quest'ultimo, al fine di condurre il paziente verso una maggiore autoconsapevolezza e una riorganizzazione, maggiormente adattiva, del Sé e dell'identità, nonché alla costruzione e mantenimento di relazioni sociali che risultino più funzionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Rycroft, C., & Gaddini, E. (1970). *Dizionario critico di psicoanalisi*. Astrolabio.
2. Broucek, F. J. (1991). *Shame and the self*. New York: Guilford Press.
3. Jung, C. G. (1948). *Tipi psicologici* (Psychologische Typen), trad. di Cesare Musatti. Roma: Astrolabio.
4. Lewis, M. (1995). Il sé a nudo. *Alle origini della vergogna*. Giunti Editore.
5. Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
6. Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free press.
7. Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
8. Gallup Jr, G. G. (1977). Absence of self-recognition in a monkey (*Macaca fascicularis*) following prolonged exposure to a mirror. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 10(3), 281-284.
9. Ammaniti, M. (2018). *Adolescenti senza tempo*. Raffaello Cortina Editore.
10. Blakemore, S. J. (2018). Avoiding social risk in adolescence. *Current directions in psychological science*, 27(2), 116-122.
11. Raoult, P. A., & Labrune, L. (2014). *La honte à l'adolescence: de l'affect au lien social*. In Press.
12. Brusset, B., & Ferro, N. I. (2002). *Psicopatologia dell'anoressia mentale*. Birla.
13. Cesàro, A. N. (2014). *Chiaroscuro dell'Identità. Sessualità, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica*. Franco Angeli.
14. O'Leary, J., & Wright, F. (1986). Shame and gender issues in pathological narcissism. *Psychoanalytic Psychology*, 3(4), 327.
15. Witkin, H. A., Lewis, H. B., & Weil, E. (1968). Reazioni affettive e interazioni paziente-terapeuta tra pazienti più differenziati e meno differenziati all'inizio della terapia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146 (3), 193-208.
16. Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal psychology*, 94(1), 102.
17. Levenson, E. A. (1972) *The fallacy of understanding*. New York: Basic Books.
18. Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of psychoanalysis*, 3, 43-47.
19. Broucek, F. J. (1991). *Shame and the Self*. Hardcover.
20. Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 303-316.

21. Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of abnormal psychology*, 104(2), 277.
22. Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition & Emotion*, 11(4), 373-381.
23. Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
24. Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2006). Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and research*, 30(4), 415-425.
25. Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010). Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms. *Child maltreatment*, 15(4), 305-314.
26. Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2013). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 149-165.
27. Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 13-24.
28. Wong, M. R., & Cook, D. (1992). Shame and its contribution to PTSD. *Journal of traumatic stress*, 5(4), 557-562.
29. Bratton, K. L. (2010). Shame, guilt, anger, and seeking psychological treatment among a trauma exposed population. *Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers.879*. University of Minnesota.
30. Anolli, L. (2000). *La vergogna*. Bologna: il Mulino.
31. Clark, D. M. (1995). A cognitive model. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 69-73.
32. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.
33. Castelfranchi, C. (1988). *Che figura: emozioni e immagine sociale*. Bologna: il Mulino.
34. Lansky, M. R. (1987). Shame in the family relationships of borderline patients. *The borderline patient*, 2, 187-199.
35. Rüsç, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 164(3), 500-508.
36. Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour research and therapy*, 47(10), 815-822.
37. Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., ... & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(3), 230-236.
38. Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
39. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.
40. Breed, W. (1972). Five components of a basic suicide syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2(1), 3-18.
41. Broucek, F. J. (1991). *Shame and the Self*. Hardcover.
42. Behary, W. T. (2021). *Disarming the narcissist: Surviving and thriving with the self-absorbed*. Oakland: new harbinger publications.
43. Mokros, H. B. (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1091-1103.
44. Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
45. Wilson, M. (1981). Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 11,131-14

REVIEW

Rappresentazione sociale della malattia mentale: una breve review sul ruolo dei mass media

Martina Messina¹, Teresa Capparelli¹, Carmen Giannetti¹, Sara Scia¹, Claudia Langella¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy



Citation

Messina M., Capparelli T., Giannetti C., Scia S., Langella C. (2021). Rappresentazione sociale della malattia mentale: una breve review sul ruolo dei mass media. Phenomena Journal, 4, 19-28. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.142>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Martina Messina
dr.martinamessina@gmail.com

Ricevuto: 28 luglio 2021

Accettato: 2 marzo 2022

Publicato: 2 marzo 2022

ABSTRACT

This work analyzes literature concerning social representation of mental illness, with a specific reference to the impact of mass media. The review explores how mass media affect people's opinion, encouraging social stereotypes and collective representations by the depiction of mental illness. This work shows that terminology is a starting point. Moreover, the review includes a focus on children dedicated TV programs.

KEYWORDS

Social Representation, Mental disease, Mass media.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questo lavoro analizza la letteratura esistente sul tema della rappresentazione sociale della malattia mentale, con una particolare attenzione all'impatto dei mass media. Obiettivo di questa review è indagare come le informazioni diffuse dai Mass Media influenzino l'opinione pubblica nella costruzione degli stereotipi sociali e come orientino le rappresentazioni sociali collettive, nella fattispecie della rappresentazione della malattia mentale. L'articolo passa in rassegna gli studi di diversi autori, a partire dalla scelta della terminologia utilizzata dai mass media.

L'analisi include, inoltre, un focus sui programmi televisivi e i contenuti rivolti ai bambini.

PAROLE CHIAVE

Rappresentazione sociale, Malattia mentale, Mass media.



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

1. Introduzione

Oggi, siamo costantemente bombardati da informazioni concernenti i più svariati argomenti. I mass media e i social network giocano un ruolo fondamentale in questo processo di diffusione delle informazioni. La conoscenza del contesto sociale in cui agisce è necessaria all'individuo per comprendere le regole di comportamento della propria società di appartenenza, per imparare a riconoscerle e riuscire in tal modo ad adattarsi e inserirsi in un gruppo sociale. Tale processo di comprensione passa anche attraverso i mezzi di comunicazione [1]. È importante, dunque, esplorare e indagare quale effetto queste informazioni possono esercitare sui processi di costruzione del senso comune. In particolare, questo lavoro di analisi della letteratura, si focalizza sul concetto di malattia mentale e sullo sviluppo della sua rappresentazione sociale.

2. Dalle rappresentazioni collettive alla rappresentazione sociale della malattia mentale

Possiamo considerare le rappresentazioni sociali come quei sistemi di interpretazione su cui si basano le nostre relazioni con il mondo e con gli altri, secondo cui si orientano e si organizzano i comportamenti e le comunicazioni sociali [2]. Dunque, definiamo la rappresentazione sociale come “un insieme di contenuti, di saperi che ci sono propri, ma che condividiamo anche con altri. Essa è una struttura dinamica, evolutiva, in ricostruzione quasi permanente” Galli [3]. Le rappresentazioni sociali rivestono, quindi, un ruolo di fondamentale importanza nella società e nella vita degli individui.

L'introduzione della nozione di rappresentazione in ambito sociale si deve a Émile Durkheim [4] sociologo francese, che fu il primo a esporre il concetto di “rappresentazioni socialmente condivise”, o come lo stesso autore le definisce “rappresentazioni collettive”.

Secondo il sociologo francese, il concetto di rappresentazione collettiva differisce da quello di rappresentazione individuale e ha origine dal concetto di coscienza collettiva, o comune, definita come “l'insieme delle credenze e dei sentimenti comuni alla media dei membri di una medesima società, che forma un sistema determinato avente una sua propria vita” [4] e trascendente le divisioni sociali. Potremmo definire la coscienza collettiva come il collante della società e parlare delle rappresentazioni collettive che da essa originano come di forme mentali socializzate, diversificate sia per l'oggetto cui si riferiscono, sia per natura. La rappresentazione individuale è, invece, secondo l'autore, prima di tutto un fenomeno psicologico associato alla memoria e alla rievocazione di ricordi che stimolano nell'individuo il ripresentarsi dello stesso stato neurologico rispetto all'oggetto della rappresentazione.

Le rappresentazioni collettive sono, secondo Durkheim [4] autonome rispetto alle connessioni organiche e allo stato neurologico in cui versa l'individuo e proprio in questo differiscono dalle rappresentazioni individuali, a cui somigliano per il fatto che in entrambi i casi si parla di rappresentazioni. “Esse sono dei fatti psichici, dotati di una realtà propria e di un'autenticità che attesta la loro persistenza (in qualità di

rappresentazione), così come la loro capacità di agire le une sulle altre” [3] e costituiscono la base di tutti i giudizi umani. Il passaggio dall’individuale al collettivo avviene nel momento in cui i sentimenti legati alla rappresentazione individuale si combinano tramite associazioni dovute al contesto sociale, alterandosi fino a divenire rappresentazioni collettive [4].

Moscovici [5] sposta il focus su un’analisi della struttura e dinamica di queste ultime, considerandole come “strutture dal carattere mobile e circolante”. Secondo lo psicologo francese, le rappresentazioni sociali possono essere distinte in almeno due categorie: le rappresentazioni basate sulla conoscenza e quelle basate sulla credenza. Le prime lasciano spazio a pensiero individuale, alle facoltà critiche proprie dell’individuo e si modificano in seguito al successo o al fallimento nell’applicazione; quelle basate sulla credenza, invece, sono le rappresentazioni comuni, che non lasciano troppo spazio al pensiero individuale, per lo più immuni all’effetto dell’esperienza o alle proprie contraddizioni, molto più forti e radicate, più difficili da modificare [5]. In questo quadro teorico si inserisce la rappresentazione sociale della malattia mentale. Jodelet [2] ha studiato le origini del concetto di follia, conducendo la sua ricerca in una comunità per persone con psicopatologia situata nella Francia rurale. Dalla ricerca si evince che la rappresentazione sociale della malattia mentale è ben radicata nella società. Andreoli [6] fornisce un’attenta analisi del termine follia: deriva dal latino *follicis*, che significa “soffietto”, “vescica”, “vuoto”, ed è stato impiegato soltanto in un periodo successivo all’età greco-romana per etichettare gli individui affetti da disturbi mentali conferendo al disturbo un’accezione negativa agli occhi della società. In età classica, infatti, la follia era strettamente legata alla sfera sacra, poiché il folle era inevitabilmente associato al divino. Allucinazioni uditive e visive erano infatti considerate nel mondo classico segnali inconfondibili della presenza degli Dei e coloro che ne erano affetti erano profondamente rispettati, poiché considerati in grado di avere un rapporto diretto con le divinità e interpretarne il volere. È stato solo in seguito, con l’avvento del Cristianesimo e delle religioni monoteiste che la follia ha cominciato ad assumere la sua accezione negativa. Nel Medioevo, ad esempio, la società associava la malattia mentale alla presenza del demonio e chiunque ne fosse affetto era dapprima sottoposto a stremanti rituali d’esorcismo e in seguito messo al rogo nel caso in cui l’esorcismo non fosse riuscito a guarire il disordine mentale. E ancora, nel Settecento, i malati di mente erano detenuti nelle carceri, per via della mancanza di strutture sanitarie apposite e perché considerati pericolosi per la società [6].

3. Contributi alla costruzione di una rappresentazione sociale della malattia mentale: i *mass media*

Molti fattori contribuiscono alla costruzione di una rappresentazione sociale [3]. I *mass media*, per esempio, giocano un ruolo importante nella concretizzazione dell’opinione pubblica, i vecchi e nuovi mezzi di comunicazione alimentano spesso miti e credenze, che siano essi errati o verificati [8]. Cronaca, film e talvolta persino can-

zioni, provvedono a mettere in atto un vero e proprio “bombardamento” di informazioni che, per via dell'immediatezza e dell'efficacia del materiale impiegato nella comunicazione, influenzano inevitabilmente l'opinione pubblica [7]. Nell'informazione relativa a eventi di cronaca nera, per esempio, giornali e telegiornali si servono di termini inerenti la malattia mentale, quasi sempre nella loro accezione negativa e dispregiativa. L'uso sconsiderato di termini inerenti la malattia mentale rischia di condurre fuori strada l'opinione pubblica e gli ascoltatori sono portati sempre più spesso ad acquisire informazioni errate, distorte, o, che li orientano verso atteggiamenti di tipo discriminatorio [8]. Tale disinformazione ostacola la comprensione profonda del significato del concetto di malattia mentale e dipinge un'immagine dei malati di mente come elementi deviati rispetto alla società e alle norme sociali [9]. Non scarseggiano, infatti, film in cui compaiono soggetti affetti da disturbi psichiatrici che, puntualmente, sono presentati nel ruolo di antagonisti o persino aguzzini: studi recenti evidenziano come pellicole di questo tipo siano in grado di alimentare la paura del diverso e l'atteggiamento discriminatorio nei confronti dei malati di mente [9], contribuendo alla costruzione di una rappresentazione sociale della malattia mentale orientata a descrivere il malato come pericoloso e dannoso per la vita quotidiana di chiunque vi entri in contatto.

Un esempio del contributo dei mass media alla costruzione della rappresentazione sociale della malattia mentale è il caso di Jonathon Zito [10] che, nel 1992, occupò le testate di tutti i giornali inglesi. Jonathon era un giovane uomo bianco che fu aggredito e ferito a morte da Christopher Clunis, un giovane uomo di colore affetto da malattia mentale, mentre aspettava la metropolitana a Londra. I media, nel riportare i fatti relativi all'aggressione, si focalizzarono soprattutto sul pericolo degli atti di violenza perpetrati dalle persone con problemi di salute mentale, generalizzando e dipingendo i malati di mente come persone irresponsabili e imprevedibili e alimentando in tal modo il panico morale nei confronti di chiunque fosse affetto da disturbi mentali [11]. Numerosi studi hanno analizzato i termini utilizzati dalle varie testate giornalistiche nel trattare la storia di Jonathon Zito. Entman [12] sostiene che la narrazione dei giornali conteneva frame che orientavano l'opinione pubblica verso il tema dell'incurabilità della malattia mentale e del rischio che questa rappresenta per la pubblica sicurezza. Inoltre suggerisce che i giornali si occuparono non tanto di trattare la necessità di un trattamento adeguato per la cura della malattia, quanto di sottolineare la colpevolezza e la responsabilità della malattia mentale all'interno del caso. Le ricerche [11; 12] riportano i titoli di svariati giornali dal 1992 a oggi: quasi tutti mettono in evidenza la gravità della situazione degli individui affetti da disturbi mentali, definendo questi ultimi con termini come “ingestibile”, o “pericoloso”, e parlando della morte di Jonathon Zito come una prevedibile conseguenza della troppa libertà concessa ai malati di mente. Efficaci strategie di comunicazione conferiscono ai mass media un ruolo importante nella costruzione e diffusione delle rappresentazioni sociali [9; 13].

Allen e Nairn [14] sostengono che uno dei motivi per cui i media dipingono negativamente i malati di mente è dovuta al fatto che i giornalisti, in primis, sono disinformati

mati riguardo la malattia mentale e si basano dunque su credenze, miti e conoscenze pregresse nel redigere i propri articoli di giornale. Hyler [15] nomina molti film nelle sue ricerche riguardanti la stigmatizzazione, quali *Psycho* (1960), che racconta la lunga lista di omicidi collezionati da un uomo affetto da un disturbo psicotico, e *Taxi Driver* (1976), storia di un tassista che non riuscendo a sopportare il degrado morale della società comincia a soffrire di disturbi psichici e decide di uccidere un senatore. Torrey [16] sostiene che la rappresentazione del malato di mente come “individuo malato e pericoloso” che attenta all’incolumità altrui è stata diffusa proprio grazie alla popolarità di film come quelli sopra citati. I media rappresentano una vera e propria forma di cultura popolare [17]. Uno studio condotto per la valutazione dell’impatto dei media sulla rappresentazione della malattia mentale, ha evidenziato che almeno i due quinti del campione preso in esame ha ritenuto la malattia mentale strettamente connessa alla violenza, dopo essere stati esposti al messaggio trasmesso dai media [18].

Foster [19] ha condotto la propria ricerca impiegando due diversi metodi di analisi parallelamente: *focus groups* e analisi dei contenuti dei media. La ricercatrice ha cercato due differenti prospettive di studio che potessero consentirle di acquisire una posizione obbiettiva nei confronti del tema trattato. Per quanto riguarda i tre *focus groups*, ognuno composto da 17 soggetti, Foster [19] ha scelto individui che avessero conseguito differenti livelli di istruzione: il primo gruppo era formato da studenti del London Drama College, con nessuna competenza in ambito psicologico; il secondo gruppo era composto da studenti dell’East Anglian University, che seguivano un corso introduttivo di psicologia; il terzo gruppo comprendeva studenti universitari che erano in procinto di conseguire la propria laurea in psicologia. È noto, infatti, come affermato da Zani [20], che gli studenti di psicologia sono soliti mantenere un rapporto più aperto con i malati di mente e sono meno predisposti alla distanza sociale. A tutti i soggetti dei tre gruppi sono state somministrate interviste le cui domande erano riferite direttamente o indirettamente alla malattia mentale. Per quanto riguarda l’analisi dei media, invece, Forster [19] ha preso in considerazione per la sua ricerca due giornali britannici, scelti in base ai contenuti proposti: *The Mirror*, letto soprattutto dalla classe operaia, e *The Daily Telegraph*, rivolto soprattutto alle classi più ricche. Nel periodo che va dal 1996 al 1998, la ricercatrice ha raccolto e analizzato tutti gli articoli che contenevano riferimenti alla malattia mentale, collezionando 61 articoli pubblicati sul primo e 160 pubblicati sul secondo. Le informazioni raccolte evidenziano l’esistenza di una rappresentazione sociale della malattia mentale associata alla violenza e all’imprevedibilità e, nella maggior parte dei casi, i termini utilizzati dai giornali per discutere il tema della malattia mentale rendevano difficile la comprensione del concetto, o facevano apparire i malati di mente come individui altamente pericolosi, spesso associati a crimini violenti o incidenti inspiegabili. Inoltre, dai risultati delle interviste somministrate ai soggetti dei tre gruppi, si evinceva che la maggior parte delle opinioni espresse nel rispondere alle domande poste dall’intervistatore erano conseguenza di informazioni acquisite tramite film o lettura di articoli di giornali [19].

Il film *Shine*, storia di un musicista e dei suoi problemi mentali, era frequentemente nominato quando l'intervistatore chiedeva al soggetto se, secondo la sua opinione, fosse possibile associare la pazzia alla genialità. Foster [19] ha dimostrato che i media giocano un ruolo significativo nella diffusione della rappresentazione sociale della malattia mentale.

4. L'impatto dei cartoni animati e dei film della Disney

È importante ricordare che l'*audience* dei media non è composta soltanto da un pubblico adulto. McMeniman [21] ha sottolineato l'importanza del disegno nella ricerca con i bambini. Disegni e vignette, infatti, trasmettono un messaggio immediato rispetto al linguaggio. Inoltre, i bambini sono meno intimiditi dall'approccio grafico rispetto a quello verbale. Fox [22], rispetto agli studi condotti su campioni di bambini, evidenzia che l'interpretazione del disegno è per lo più soggettiva e che vi è la necessità di condurre studi preliminari per analizzare la terminologia e il linguaggio dei bambini, al fine di familiarizzare con il loro modo di esprimersi. Ciò consente di porgere loro le domande circa la malattia mentale in modo corretto, servendosi di un linguaggio che possa risultare comprensibile [22].

Una buona parte dei contenuti mediatici che ci vengono proposti ogni giorno sono, infatti, rivolti a un pubblico di età variabile dai 3 ai 12 anni. Questi programmi utilizzano un linguaggio a effetto, che possa facilmente attirare l'attenzione dei bambini. Secondo Sheff [23] pioniere dell'indagine sullo stigma dovuto alla malattia mentale, gli atteggiamenti negativi nei confronti dei soggetti affetti da una psicopatologia trovano una prima impostazione nella prima infanzia. Il ricercatore suggerisce che il significato letterale del termine "pazzo" è probabilmente appreso dai bambini durante i primi anni dell'età scolare. Così come l'ambiente familiare, scolastico e sociale con cui i bambini interagiscono influenza la costruzione delle loro rappresentazioni sociali, anche i media e, in particolare, i programmi per bambini sono da considerarsi agenti sociali caratterizzanti [23]. Sheff [23] afferma, infatti, che la rappresentazione sociale negativa della malattia mentale nei bambini ha ricevuto e continua a ricevere grande sostegno da parte dei mass media.

Paik [24] ha studiato l'esposizione dei bambini ai media e ha segnalato che, secondo analisi statistiche, il 58% dei bambini di età variabile dai 6 ai 14 anni vanno al cinema circa cinque volte in un mese, per non parlare della continua esposizione a videogiochi, riviste, fumetti e televisione. La televisione, in particolare, è una persuasiva fonte di informazione [25]. Alcuni studi indicano che la televisione è uno dei primi agenti di socializzazione cui il bambino è esposto nel corso della prima infanzia [25]. Secondo Paik [24], almeno i due terzi dei bambini di età compresa tra i 2 e i 4 anni guarda la televisione per almeno 2 ore al giorno. Dunque, la maggior parte dei bambini ha un contatto con la televisione ancora prima di entrare in contatto con qualunque forma di istruzione formale. Il problema risiede soprattutto nel fatto che i bambini hanno possibilità limitate di entrare in contatto con soggetti malati di mente, rispetto agli adulti, e, dunque, la loro possibilità di costruirsi una rappresentazione sociale

adeguata della malattia mentale è limitata alle informazioni acquisite dagli adulti che li circondano e dai media con cui entrano in contatto.

Gerbner [26] ha esaminato un'ampia gamma di programmi per bambini trasmessi in televisione il sabato mattina. I risultati hanno evidenziato una rappresentazione negativa della malattia mentale. L'esame più dettagliato della rappresentazione della malattia mentale fornito dalla televisione è stato condotto in Nuova Zelanda da Wilson e colleghi [27], campionando la programmazione di un'intera settimana di programmi per bambini. I ricercatori hanno esaminato complessivamente 128 programmi, per un totale di 58 ore di spettacoli per bambini, analizzando i termini usati in tali programmi per riferirsi a personaggi affetti da disturbi mentali. Stando ai risultati della ricerca, almeno il 46% dei programmi contiene uno o più riferimenti alla malattia mentale, la cui maggioranza è utilizzata all'interno di cartoni animati. I termini ritrovati più comunemente erano "pazzo", "fuori di testa", "matto", et similia. I personaggi malati di mente apparivano in ruoli comici, o nel ruolo di antagonista e quasi tutti erano di sesso maschile e poco attraenti, con caratteristiche fisiche che li rendessero in qualche modo brutti.

Whal [28] ha analizzato, invece, personaggi di libri e fumetti, con l'intento di dimostrare che la televisione non è l'unico media coinvolto della costruzione di una rappresentazione sociale negativa della malattia mentale. I suoi studi analizzano libri e fumetti sufficientemente famosi da influenzare l'opinione dei bambini, quali la famosa saga della Rowling e i fumetti della DC Comics. Nella popolare saga *Harry Potter*, scritta da J.K. Rowling, per esempio, il personaggio di Sirius Black è descritto come "un pazzo e un criminale, un pericolo per la società" [29]. Allo stesso modo, nel fumetto *Lanterna Verde*, della DC Comics, il cattivo Nero è introdotto come un personaggio affetto da schizofrenia e la sua storia inizia da un ospedale psichiatrico. Secondo Whal [30] libri e fumetti trasmettono ai bambini il messaggio secondo cui la follia è ciò che trasforma le brave persone in cattivi. A sostegno della propria tesi, il ricercatore studia Batman, un altro fumetto della DC Comics che prende il nome dal suo protagonista, in cui la nemesis dell'eroe è Joker, un ex assistente chimico in ristrettezze economiche preoccupato per la moglie incinta che, in seguito al fallimento, impazzisce e diviene il criminale più temibile del fumetto [30].

È dunque evidente che esista una gran quantità di materiale per bambini, tra i cui contenuti compaiono frequenti riferimenti alla malattia mentale che influenzano il pensiero dei piccoli spettatori durante la prima infanzia.

Esiste, inoltre, un'altra categoria di film analizzata dalla letteratura, poiché considerati da sempre perfetti per i bambini: le produzioni Walt Disney. Il tema della follia ricorre spesso nelle produzioni della Disney [31]. Nel film d'animazione *Dumbo*, prodotto nel 1941, storia di un elefantino che viene ridicolizzato da tutti per le sue grandi orecchie, la madre del protagonista è bloccata e legata perché definita come "un elefante impazzito". La madre di Dumbo è giudicata pazza dagli altri personaggi appartenenti al circo in seguito a un'esplosione di rabbia il cui unico scopo è quello di proteggere il figlio dagli insulti della comunità in cui entrambi sono inseriti. Esempio più recente è *La Bella e la Bestia*, film d'animazione prodotto nel 1992, in cui si narra la storia

di una ragazza che si innamora di un uomo tramutato in bestia perché possa redimersi dal suo egoismo. L'eroina, Belle, è inizialmente additata dalla comunità come “pazza” e “strana”, poiché percepita dagli abitanti del villaggio in cui vive come “diversa”, per via della sua mancanza di interesse per le frivolezze della realtà provinciale. Nel corso del film, il padre della ragazza è imprigionato, messo in gabbia, perché definito “pazzo” e, ancora una volta, il messaggio che passa è quello del malato di mente come soggetto emarginato dalla società. In *Mary Poppins*, prodotto nel 1964, che racconta la storia di una governante fuori dalla norma, uno dei personaggi secondari, il Signor Banks, è licenziato dalla banca in cui lavora poiché sospettato di avere un esaurimento nervoso. In seguito, nel film, il personaggio appare con i vestiti in disordine e atteggiamenti “fin troppo allegri”, che ancora una volta mettono in risalto un'immagine della follia associata alla mancanza di norme sociali ben definite [29]. Il film d'animazione di produzione Disney, più ricco di personaggi affetti da disturbi mentali è, però, senz'altro, *Alice nel paese delle meraviglie*, prodotto nel 1951. In questo film appaiono personaggi celebri come lo Stregatto, o il Cappellaio Matto, che promuovono un'immagine della follia come qualcosa di totalmente diverso e distaccato dalla società. Questi personaggi mostrano un comportamento anarchico e violento, che impressiona lo spettatore contribuendo alla costruzione di una rappresentazione negativa della malattia mentale [31].

Uno studio di Lawson [32] sottolinea come in molti film della Disney sia frequente l'uso di termini quali “pazzo”, “follia”, “perdere la testa”, “impazzito”, sempre nella loro accezione più negativa. I bambini esposti a questi film acquisiscono inevitabilmente le etichette che tendono poi ad associare ai malati di mente. Inoltre, il ricercatore ha evidenziato come la maggior parte dei personaggi indicati come malati di mente svolga un ruolo intimidatorio o di derisione degli altri personaggi. Ne sono un esempio le iene del film d'animazione *Il Re Leone*, rappresentate con gli occhi allucinati e una continua risata isterica, chiaramente collocate all'interno del film al livello più basso della scala sociale, trasmettendo ancora una volta un forte messaggio di distanza sociale [32].

In sintesi, i bambini piccoli che guardano i film della Disney nella prima infanzia sono costantemente esposti alla trasmissione di messaggi devianti circa la malattia mentale [31; 32; 33; 34].

5. Conclusioni

Analizzare l'immagine della malattia mentale fornita dai programmi per bambini è necessario per comprendere in che modo i bambini costruiscono una propria rappresentazione della malattia mentale e in che direzione tale rappresentazione orienti il comportamento durante l'infanzia, mettendo le basi per il comportamento futuro. La letteratura analizzata evidenzia il ruolo dei mass media nella diffusione della rappresentazione sociale della malattia mentale. Tuttavia, è necessario sottolineare che studi più recenti [35; 36] evidenziano come negli ultimi anni si stia assistendo per alcuni versi a un'inversione di marcia: l'impiego degli strumenti di comunicazione

di massa, infatti, si sta rivelando utile per una maggiore sensibilizzazione e una modifica del linguaggio in riferimento alla malattia mentale. In particolare, uno studio condotto in Canada [35] ha osservato come, su pressione della Mental Health Commission of Canada, i media canadesi abbiano ridotto i contenuti stigmatizzanti e iniziato a utilizzare una terminologia più corretta e informata. Inoltre, uno studio dell'Università di Cambridge [36] ha analizzato l'effetto destigmatizzante esercitato dall'uso di contenuti video per la corretta informazione rivolta a un pubblico giovane. In una prospettiva futura, sarebbe auspicabile amplificare gli studi sull'effetto dei mass media sulla costruzione della rappresentazione sociale della malattia mentale, valutando la possibilità di utilizzare questi strumenti come preziosi alleati per una corretta diffusione delle informazioni relative alla salute mentale. Trasmettere ai bambini informazioni corrette è importante per mettere le fondamenta per la costruzione di una rappresentazione sociale della malattia mentale più congruente con la realtà.

BIBLIOGRAFIA

1. McQuail, D. (1977). The influence and effects of mass media. In J. Curran, M. Gurevitch & J. Woolacott (Eds) *Mass communication and society* (p. 70-94). Sage Publications.
2. Jodelet D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Parigi: PUF.
3. Galli I. (2006). *La teoria delle rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
4. Durkheim E. (1893). De la division du travail social. Parigi: Alcan (trad. it. : *La divisione del lavoro sociale*. Torino: Einaudi, 1999).
5. Moscovici, S. (1989). Dalle rappresentazioni collettive alle rappresentazioni sociali: elementi per una storia, in Jodelet, trad. it. 1992.
6. Andreoli, V. (1999). *Istruzioni per essere normali: comprendere le follie quotidiane per dare armonia alla propria vita*. Rizzoli.
7. Latrofa, M., & Vaes, J. (2013). Potere mediatico e pregiudizio: I mass-media influenzano la nostra percezione sociale. *Mind Italia*, 3, 18-24.
8. Lalli, P. (2011). Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?. *Rivista sperimentale di freniatria*.
9. Riles, J. M. (2020). The social effect of exposure to mental illness media portrayals: Influencing interpersonal interaction intentions. *Psychology of Popular Media*, 9(2), 145.
10. Clark, T. (2017). Psychosis and violence. In *Forensic Psychiatry* (pp. 173-178). CRC Press.
11. Bates, L., & Stickley, T. (2018). Confronting Goffman: How Can Mental Health Nurses Effectively Challenge Stigma? A Critical View of the Literature. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*, 493-503.
12. Entman, R. M., & Rojecki, A. (1993). Freezing out the public: Elite and media framing of the U.S. anti-nuclear movement. *Political Communication*, 10 (2), 151-167.
13. Paterson B. (2006). Newspaper representations of mental illness and the impact of the reporting of 'events' on social policy: the 'framing' of Isabel Schwarz and Jonathan Zito. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 294-300.
14. Allen, R. & Nairn, R.G. (1997) - Australian and New Zealand Journal, *Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness*
15. Hyler, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(10), 1044-1048.
16. Torrey, E. F., Bowler, A. E., & Taylor, E. H. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder: The biological roots of mental illness as revealed by the landmark study of identical twins*. Basic

Books.

17. Kidd, D. (2018). *Pop culture freaks: Identity, mass media, and society*. Routledge.
18. Anderson M. (2003), *One flew over the psychiatric unit': mental illness and the media*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10: 297-306.
19. Foster J. (2001). *Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. Papers on Social Representations*, 10: 3.1-3.18.
20. Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Roma: Carocci.
21. McMeniman L.H. (1991), *The use of graphic arte xpressionin the measurement of altitudes*. In: American Council on Education, Attitudes Handbook.
22. Fox C., Buchanan-B Arrow E. & Barrett M. (2007), *Children's understanding of mental illness: an exploratory study. Child: Care, Health and Development*, 34 (1): 10-18.
23. Scheff TJ. (1974), *Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.
24. Paik H. (2001), *The history of children's use of electronic media*. In D. Singer & J. Singer (Eds), *Handbook of children and the media* (pp. 7-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
25. Wang, S., & Mizerski, D. (2019). Comparing measures of persuasion knowledge adapted for young children. *Psychology & Marketing*, 36(12), 1196-1214.
26. Gerbner G. (1961). *Psychology, Psychiatry and Mental Illness in the Mass Media: A Study of Trends*. *Mental Hygiene*, 45: 89-93.
27. Wilson D.T. (1995), *An Integrated Model of Buyer-Seller Relationships*, Journal of the Academy of Marketing Science, vol. 23, n° 4, pagg. 335-345
28. Whal O. F. (2003). Depiction of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health*, 12 (3): 249-258.
29. Rowling J.K. (1999), *Harry Potter and the Prisoner of Azkaban*, London Bloomsbury.
30. Whal O., Hanrahan E., Kelly K., Lasher E. & Swaye J. (2007). The depiction of mental illnesses in children's television programs. *Journal of Community Psychology*, 35 (1): 121-133.
31. Beveridge A. (1996). Images of madness in the films of Walt Disney. *Psychiatric Bulletin*, 20: 618-620.
32. Lawson A. & Fouts G. (2004). Mental illness in Disney animated films. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (5): 310-314.
33. Kiranamita, S., & Samanik, S. S. (2021). The portrayal of malignant narcissism in the villain characters of Disney movies. *Linguistics and Literature Journal*, 2(1), 33-40.
34. Ahmed, S. (2014). *Depiction of mental illness in Disney animated films*. Chestnut Hill College.
35. Whitley, R., & Wang, J. (2017). Good news? A longitudinal analysis of newspaper portrayals of mental illness in Canada 2005 to 2015. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 278-285.
36. Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry*, 41(1), 1-9. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.09.008

CASO CLINICO

Perdita traumatica: dal caos a una nuova narrazione del sé

Silvia Cristofanelli¹¹ Dipartimento di di Salute Mentale Asl Roma6**Citation**

Cristofanelli S. (2022).
Perdita traumatica: dal caos a una nuova
narrazione del sé
Phenomena Journal, 4, 29-43.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.151>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Silvia Cristofanelli
silvia.cristofanelli@aslroma6.it

Ricevuto: 7 febbraio 2022**Accettato:** 3 maggio 2022**Pubblicato:** 11 maggio 2022

ABSTRACT

This work wants to give prominence to the issue of traumatic loss, understood as the loss of a loved one as a result of a traumatic event due to violent death. The aim of this work is the in-depth analysis, through scientific evidence on the topic, of the psychopathological complications which are often withheld by the victims. This is intended to identify the distinctive elements on which therapists should focus their attention in their relationship with the patient. The interest in this clinical case mainly lies in the premise that such a traumatic event determines, in the surviving victim, a complicated grief disorder due to the coexistence of some distinctive elements: acute, threatening and unpredictable elements, which can persist for years after the event and can often lead to permanent consequences. This clinical case, examines in depth these issues in relation to the processing of complicated grief following a violent death and offers an opportunity to reflect on psychopathological issues which receive little representation in the Italian Mental Health Territorial Services. These issues, if not properly treated and controlled, can lead, with time, to a worrisome risk factor for further crimes with a ripple effect kindled by hate and from revenge. The hereby presented clinical case firstly describes the psychotherapy journey prior to the traumatic event which enabled the patient to acquire greater insight and cognitive processing abilities and then concentrates more specifically on trauma processing and the implemented therapeutic strategy. The focus of the therapy on grief reprocessing highlighted the processing and integration of dysregulative elements, characterised by emotional life experiences such as rage and revenge mixed to grief and despair, thus trying to “justify” the chaos generated by the event. The objective of the intervention was that of facilitating the recovery to one’s own life by integrating the trauma in a more complex and articulated narrative of the self so as to allow the danger associated with the event to be relocated in time and to make “coherent” what is the most unnatural happening in a person’s life, such as the loss of a parent through homicide.

KEYWORDS

Loss, Trauma, Murder, Victim, Adaptation, Reconstruction.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro intende portare l’attenzione sul tema della perdita traumatica, intesa come la perdita di un proprio caro in seguito ad evento traumatico per morte violenta. L’obiettivo è quello di approfondire attraverso le evidenze scientifiche sull’argomento, le complicità psicopatologiche spesso sottaciute delle vittime, al fine di individuare gli elementi distintivi su cui il terapeuta dovrebbe porre attenzione nella relazione con il paziente. L’interesse per questo caso clinico verte principalmente sulla premessa che un evento traumatico di questo tipo determina nella vittima superstita, un disturbo da lutto complicato per la compresenza di alcuni elementi distintivi: acuzie, minacciosità ed imprevedibilità, che perdurano anche a distanza di anni dall’evento, fino a produrre esiti spesso permanenti. Il caso clinico qui presentato approfondisce queste tematiche sull’elaborazione del lutto complicato in seguito a morte violenta e rappresenta un’opportunità di riflessione su problematiche psicopatologiche poco rappresentate nei Servizi Territoriali di Salute Mentale. Queste problematiche, se non opportunamente trattate e fatte rientrare determinano nel tempo, un preoccupante fattore di rischio per ulteriori crimini con ripercussioni a catena, alimentate dall’odio e dalla vendetta. Il caso clinico che qui vogliamo trattare, descrive in una prima parte il percorso di psicoterapia precedente all’evento traumatico che ha consentito alla paziente di acquisire una maggiore capacità di insight e di elaborazione cognitiva, per approfondire poi nella parte più specifica relativa all’elaborazione del trauma, la strategia terapeutica utilizzata. Il focus della terapia sulla rielaborazione del lutto ha centrato l’attenzione sull’elaborazione e sull’integrazione di elementi disregolativi, caratterizzati da vissuti emozionali come la rabbia e la vendetta, mista al cordoglio e alla disperazione, cercando di “legittimare” il caos indotto dall’evento. L’obiettivo dell’intervento è stato quello di favorire la ripresa del proprio corso di vita integrando il trauma in una trama narrativa del sé più complessa ed articolata, così da consentire di ricollocare nel tempo il pericolo connesso all’evento e rendere ‘coerente’ ciò che di più innaturale possa accadere nella vita di una persona, come quello di perdere un genitore per omicidio.

PAROLE CHIAVE

Perdita, Trauma, Omicidio, Vittima, Adattamento, Ricostruzione.

1. Introduzione

La vittima che ha subito un lutto di un proprio caro per morte violenta non può essere reificata a “persona danneggiata dal reato” ma deve essere vista come una persona che soffre e che ha subito un profondo sconvolgimento nel suo processo di vita. Porre l’attenzione sulla sofferenza dell’esperienza traumatica e sulle profonde implicazioni psicopatologiche ad essa connessa che accomunano il destino di tante vittime di reato e di vittime in quanto tali, significa prevenire il cristallizzarsi di esiti maladattativi con compromissioni sul loro funzionamento globale spesso permanenti. La letteratura internazionale, principalmente statunitense, definisce i familiari di chi perde la vita in situazioni violente come in un omicidio con il termine di “*vittime dimenticate*” [1], in quanto soggetti spesso impegnati a difendere il proprio familiare deceduto presso le sedi di giustizia o più frequentemente “*sopravvissuti*” all’omicidio.

Hertz e colleghi sostengono che i sopravvissuti sembrano far fronte al trauma della perdita del proprio familiare con un dispendio enorme di risorse mentali e fisiche, fino a sviluppare problematiche psichiatriche principalmente ascrivibili ai disturbi dello spettro depressivo e ansioso come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e a forme di lutto patologico.

Queste forme di lutto patologico in seguito a morti violente, sono state denominate dai primi autori che si sono occupati dello studio del fenomeno *disturbo da lutto complicato* [2].

Neimeyer [3] considera le perdite connesse a morti violente e improvvise “perdite traumatiche”, poiché risultano più stressanti complicate e difficili delle perdite per morte naturale.

Baliko e Tuck [4] sostengono che un PTSD come conseguenza di una perdita traumatica, ovvero come un evento traumatico possa generare un disturbo post traumatico da stress, deve presentare alcuni elementi distintivi: acuzie, imprevedibilità e minacciosità. Perdere un familiare a causa di un omicidio, a differenza di altri lutti che in genere si configurano come eventi ordinari nella vita di ognuno, implica spesso la compresenza delle tre caratteristiche sopra citate, configurandosi a tutti gli effetti come un “trauma psicologico”, che espone i familiari a effetti devastanti per intensità e gravità [5].

Rynearson e McCreery [6] da diversi anni sono impegnati nella valutazione delle ricadute psicopatologiche dell’omicidio sui sopravvissuti, affermando che l’eredità con cui sono costretti a fare i conti i familiari e le persone vicine alle vittime, è caratterizzata dal “sinergismo” del trauma e della perdita.

Il lavoro qui presentato ha dovuto affrontare le complesse rilevanze psicopatologiche connesse all’evento traumatico e ha tenuto conto di queste evidenze scientifiche, nel senso che si è focalizzato sia sul trattamento del PTSD, che è un disturbo secondo il DSM-5 annoverato nei *disturbi correlati a trauma e stress* che tiene in considerazione fra i criteri diagnostici l’aspetto eziologico, il trauma appunto, sia sulla perdita. Lavorare sulla complessa sinergia tra la perdita traumatica e il PTSD ad essa correlato, è stato possibile cercando di favorire l’instaurarsi di una relazione profonda e di

ascolto empatico tra terapeuta e paziente, che è stata la base sicura attraverso cui entrare in contatto con un mondo interno fatto di contenuti scissi e frammentari.

La profonda condivisione umana del dolore e dell'esperienza traumatica, è stata la cornice entro cui poter tollerare la destabilizzazione e la scissione ed integrare l'evento traumatico all'interno di una narrativa personale, ricollocando nel tempo i vissuti di minaccia e di pericolo.

È di fondamentale importanza considerare la rilevanza delle complicanze psicopatologiche connesse all'elaborazione del lutto traumatico, intercettare la complessa e caotica articolazione dei vissuti che lo caratterizzano, che a volte rendono difficile e non del tutto realizzabile un riadattamento al nuovo contesto di vita.

Il modello teorico di riferimento sull'elaborazione del lutto è quello a due fasi di Stroebe e Schut [7], *Dual Process Model*, che in linea con il modello di Bowlby, considera fondamentali l'attivazione di processi tanto legati al sistema della iperattivazione che al sistema della deattivazione, al fine di consentire di integrare la perdita nella propria quotidianità. Tale modello rappresentativo in particolare, considera di primaria importanza l'oscillazione tra l'orientamento alla perdita e l'orientamento al ripristino [8].

L'orientamento alla perdita si riferisce ai vissuti della persona che ha subito il lutto in relazione alla persona deceduta, come la ricerca incessante di ciò che li ha uniti, dei ricordi di vita insieme, delle abitudini condivise, fino ad arrivare alla convivenza con il dolore. L'orientamento al ripristino invece si focalizza sui fattori secondari, che implicano la fatica a riorganizzare una propria quotidianità senza l'altro significativo. L'Oscillazione tra la tendenza a riattivare la perdita e la tendenza al recupero di nuove strategie adattive avviene in tempi diversi e a vari livelli e sono entrambi fondamentali perché si attivi un processo di cambiamento radicale, in vista del raggiungimento di una maggiore complessità dell'intero sistema.

Secondo Bowlby [9], la riattivazione ripetuta di ricordi di vita vissuta insieme, di abitudini condivise, sono aspetti afferenti al sistema di iperattivazione dell'attaccamento, che permettono al soggetto di comprendere il significato della perdita affettiva.

Sempre secondo Bowlby [10], questa fase è fondamentale perché il soggetto possa trovare un nuovo significato e dare un diverso collocamento alla figura di attaccamento perduta e al contempo, riorganizzare il legame su un piano più astratto.

Così Bowlby [11] rifletteva sull'elaborazione del lutto, sostenendo che le emozioni più laceranti per gli esseri umani si sperimentano in situazioni di costruzione, mantenimento e soprattutto di rottura dei legami affettivi. Sempre secondo l'autore, le separazioni (perdite relative) e i lutti (perdite assolute), sono i momenti che evidenziano maggiormente in termini di elaborazione cognitiva ed emotiva le dimensioni di significato personale più tipiche della nostra struttura, il nostro nucleo più profondo, il sentimento di noi stessi e del mondo

Rynearson e McCreery [12] sostengono che le strategie di iperattivazione connesse alla perdita nei sopravvissuti ad un omicidio, sono finalizzate alla ricerca incessante della relazione tragicamente interrotta e si manifestano attraverso immagini pensieri

rimuginii finalizzati al controllo di stati di angoscia devastanti e sollecitati dalla percezione di un vissuto di profonda solitudine.

Mentre le emergenze connesse al trauma della morte violenta, sempre secondo gli autori, sono caratterizzate da pensieri e ricordi intrusivi in quanto associati “*all’in-naturalità*” della morte e da strategie di evitamento di luoghi e contesti relazionali in qualche modo connessi all’omicidio, in quanto fonti di eccessiva angoscia.

Secondo Bandini e colleghi [13] nel lutto traumatico si riscontra la tendenza all’iperattivazione che può arrivare a diventare cronica, mentre è del tutto assente l’orientamento al ripristino e alla deattivazione, che consentirebbero la ripresa di un nuovo adattamento.

Senza strategie di deattivazione, sempre secondo gli autori, la vittima potrebbe rimanere bloccata nei ricordi e nei sentimenti connessi con la persona perduta, con la ricomparsa di sintomi come depressione angoscia e agorafobia anche a distanza di due o tre anni dall’evento.

Il modello teorico di riferimento sul trattamento del trauma è quello che utilizza l’approccio metacognitivo, che considera i sintomi post-traumatici relativi all’evento stressante, come immagini pensieri o incubi a cui si associano disregolazione dell’umore ed evitamento persistente degli stimoli associati all’evento che minacciano l’integrità psicofisica, come parte di un processo naturale di riadattamento e che attraverso un lavoro di mentalizzazione e di integrazione di questi vissuti complessi e devastanti, essi possono progressivamente rientrare, così da consentire il passaggio verso una più articolata complessità esistenziale [14].

Secondo Wells e Sembi [15], il rimuginio costante (*sindrome cognitiva-attenzionale CAS*) su stimoli e pensieri intrusivi connessi a vissuti di pericolo e di minaccia per la propria integrità, preoccupazioni costanti e premonizioni sia nel presente che nel futuro di ulteriori eventi drammatici, tipici nell’elaborazione del lutto traumatico tanto più come conseguenza di una morte violenta, diventano centrali e talvolta possono bloccare il percorso adattativo non consentendo una attività cognitiva più flessibile e libera dal controllo. Dal punto di vista clinico il **modello metacognitivo** pone l’attenzione sul trattamento focalizzato dei processi di pensiero e dei contenuti emotivi, con l’obiettivo di ridurre la perseveranza e l’intrusività di stati mentali e di vissuti emotivi maladattativi [16].

La terapia metacognitiva del PTSD complesso necessita di una prima fase di stabilizzazione attraverso la graduale esposizione a stimoli ed immagini dolorose. Il lavoro di integrazione e di trasformazione dei sintomi fisici disturbanti, connesso al dolore evocato da immagini riferite all’esperienza traumatica, gradatamente favorisce il passaggio ad un livello di mentalizzazione più astratto, che rende possibile il progressivo attenuarsi dei processi di pensiero disfunzionali così da accedere ad una visione della propria esistenza più adattiva [17].

Il modello psicoterapeutico di riferimento è quello della **psicoterapia cognitiva post-razionalista** che pone le sue basi a partire dal padre fondatore Vittorio Guidano, (Buenos Aires, 31 Agosto 1999). Nell’orientamento post-razionalista è posta grande enfasi sul funzionamento autoreferenziale del sé e sulla sua fondamentale unitarietà

e continuità lungo l'arco del tempo. Viene sottolineata la processualità e la dimensionalità nell'esprimersi delle diverse *Organizzazioni di Significato Personale* (OSP), che si dispiegano lungo un continuum, dalla normalità all'area nevrotica, fino a quella psicotica [18]. L'intero ciclo di vita si muove attraverso il dispiegarsi di una propria trama narrativa, in cui lo stile di attaccamento e il proprio stile affettivo sono la cornice entro cui si struttura l'esperienza.

Nell'ottica della processualità, il modello teorico del post-razionalismo fa riferimento al Modello Dinamico Maturativo (DMM) sull'attaccamento di Patricia Crittenden [19], più incline a disporre i modelli di attaccamento atipici lungo un continuum di integrazione del sé. Secondo la Crittenden, gli aspetti fondamentali del funzionamento mentale si muovono attraverso una continua riorganizzazione dell'esperienza e avvengono mediante la ricerca delle regolarità e delle discrepanze tra ciò che era atteso e ciò che è avvenuto. Il dispiegarsi del proprio stile di attaccamento determina il modo in cui strutturiamo le nostre relazioni affettive e si muove attraverso queste due costanti, che intervengono a determinare la qualità del proprio assetto esistenziale dell'intero ciclo di vita [20].

La strategia terapeutica del modello post-razionalista, si focalizza sulla progressiva consapevolezza della dialettica e dell'interfaccia tra l'esperienza immediata (Io) che sperimenta e agisce e l'immagine cosciente di sé (Me) che osserva e valuta. Lavorare in questa ottica, significa riconoscere come *autoreferenziali* i propri significati personali di costruzione dell'esperienza (*Organizzazioni di Significato Personale – OSP*). Significa legittimare le discrepanze ed i meccanismi di autoinganno che intervengono a mantenere il senso di sé in corso (*coerenza interna*) talvolta in modo disfunzionale e maladattativo, così da favorire la costruzione di una trama narrativa del sé più articolata e complessa, che è il fine ultimo del percorso terapeutico.

Il percorso terapeutico che ha preceduto l'evento traumatico è durato circa un anno. Ciò ha reso possibile comprendere la propria organizzazione di significato personale e raggiungere un maggiore livello di consapevolezza, tanto da ridurre una elevata probabilità di esiti devastanti e cronicizzazioni permanenti come conseguenza dell'evento traumatico.

La strategia terapeutica a ridosso dell'evento, che è stata la più complessa dell'intero percorso conoscitivo durato circa due anni, resa ancora più difficile dal caos destrutturante e destabilizzante di pensieri intrusivi e incontrollabili, ha cercato di rafforzare una relazione empatica e non giudicante, attraverso cui tollerare vissuti come la paura e la minaccia di un pericolo imminente di possibili ritorzioni. Il lavoro si è focalizzato sull'*internalizzazione* dei sintomi intrusivi esperiti come egodistonici e disturbanti attraverso l'integrazione dei vissuti emotivi intollerabili, in quanto fonte di profonda angoscia, così da consentire la riorganizzazione dei contenuti scissi.

Le strategie di evitamento di luoghi e persone fino al punto di un completo ritiro ed isolamento, gli aspetti disregolativi connessi alla rabbia esplosiva per aver subito un torto e comunque una grave ingiustizia e il vuoto incolmabile per la perdita, innescavano comportamenti disadattativi a catena che contribuivano a peggiorare ulteriormente il già precario equilibrio psicofisico.

2. Caso e costruzione del setting terapeutico

Lara (nome di fantasia) è una sopravvissuta all'omicidio del padre arrivata in terapia un anno prima dell'evento traumatico.

Lara è una giovane di anni 23, studentessa universitaria, conduce una vita molto agiata grazie anche ai proventi illeciti del padre, a cui non ha mai disdegnato di attingere. La sua famiglia è composta dal padre, leader indiscusso negli ambienti legati alla criminalità organizzata di una grande città, dalla madre anch'essa proveniente da una famiglia dedita alla criminalità e da una sorella di poco più grande descritta come una ragazza fragile ed insicura, simile alla madre per quanto concerne lo stile affettivo, così come la madre dipende dagli uomini e si lascia maltrattare.

Durante il periodo delle scuole superiori Lara ha sofferto di anoressia, che le aveva comportato una riduzione del peso, anche se non significativa. Le relazioni sociali, sia durante il periodo della fanciullezza che durante il periodo dell'adolescenza vengono descritte come soddisfacenti, con la tendenza spiccata ad assumere ruoli da leader o comunque decisionali. Riferisce buoni rapporti con la famiglia allargata, in particolare con i nonni paterni, con i quali ha sempre avuto un legame di profonda tenerezza reciproca. Più problematica appare la relazione con la famiglia materna, che viene descritta come altamente conflittuale ed inaffidabile.

Rispetto al modello di riferimento post-razionalista, Lara presenta una dimensione di Significato Personale (OSP) rispondente ad una Organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) con tratti fobici, in cui la ricerca di prossimità affettiva a figure di riferimento si contraddistingue attraverso la messa in atto di strategie di controllo e coercitive. Questo stile DAP di OSP si organizza a partire da uno stile di attaccamento dei genitori il più delle volte contraddittorio, in cui prevalgono segnali di disconferma spesso ambigui e sottaciuti. L'organizzazione del sé che si va formando, è caratterizzata da pattern ambigui e contrastanti, in cui la risultante è quella di sentirsi *legata all'esterno* per riconoscere i propri stati interni e *sentirsi legata all'interno* nel definire la modulazione emotiva, avvertita perlopiù come una sensazione di vuoto e di inconsistenza [21].

Lara giunge in terapia perché sfiancata da una relazione affettiva con un coetaneo iniziata da circa un anno, contrassegnata da litigi violenti e sfide, a cui seguono rotture drammatiche e riappacificazioni repentine, relazione contrassegnata dalla gelosia e dal controllo reciproco da parte di entrambi.

Nel corso del primo colloquio Lara riferisce sensazioni diffuse di confusione e vuoto miste a paura di non avere più il controllo della propria vita diventate sempre più ingestibili e totalizzanti, che cerca di anestetizzare con una attività frenetica e caotica densa di relazioni sociali spesso superficiali, perlopiù concentrate nel fine settimana, con il solo scopo di stordirsi ed attutire il malessere.

Tale condizione è diventata negli ultimi tempi sempre più invalidante, al punto che sta pregiudicando e compromettendo l'intera sua esistenza sempre più polarizzata e centrata sui tentativi di far fronte al caos interno, Questi erano i motivi per i quali un anno prima dell'evento traumatico aveva deciso di intraprendere un percorso tera-

peutico.

3. Primo anno di terapia e ricostruzione dello stile affettivo

Allorchè Lara diventava più autonoma e competente a leggere il proprio modello di rappresentazione interno e le proprie discrepanze, la terapia si è focalizzata sulla ricostruzione dello stile affettivo a partire dai legami familiari. I successivi sei mesi di terapia precedenti all'evento traumatico, si sono concentrati sulla ricostruzione della storia dei propri legami familiari, lavorando ripetutamente sulla consapevolezza delle discrepanze e dei propri meccanismi di autoinganno, che massicciamente utilizzava nello stile di relazione con i genitori.

Nel mondo del crimine il padre di Lara ha sempre convogliato su di sé consensi e approvazione, fino al punto da essere considerato un punto di riferimento.

Lara è abituata a convivere con questo stile di devianza criminale del padre fin da bambina, tanto da essere incline a giudicarlo come una sua debolezza, “un Peter Pan che non vuole crescere...”, quasi da proteggere più che da condannare, perché è così che lui mistificava agli occhi del mondo intero, oltre che della figlia, la sua condotta malavitosa.

Pensare a lui come ad un eterno adolescente e quindi scarsamente consapevole e responsabile delle sue condotte malavitose, autoingannandosi, di fatto aveva reso possibile mantenere la stabilità del legame in modo indissolubile, così da continuare a ricevere e a fornire affetto e protezione totali. Così si era andato consolidando il legame esclusivo tra padre e figlia, nel pieno potere e controllo reciproco, l'uno sulla vita dell'altra e viceversa.

Lara è il punto di riferimento della famiglia, è quella saggia e forte, è quella che più di tutti si è fatta carico della violenta conflittualità dei genitori fin da bambina oltre che della fragilità della sorella, meno vista da entrambi i genitori.

Il padre ha sempre riposto in lei e solo in lei ogni attenzione ed ogni tenerezza, oltre che stima e apprezzamento totali. Con suo padre Lara ha un rapporto invischiante, spesso confusivo, che ha generato nella madre nel corso degli anni invidia e competizione, tanto da colpevolizzarla di questo fino al punto di accusarla apertamente di allearsi con il padre contro di lei, accuse che spesso le urlava contro nei frequenti contrasti che avvenivano per futili motivi.

La madre di Lara viene descritta come una donna prevalentemente ripiegata sul padre, succube e totalmente dipendente dal suo consenso e dai suoi voleri, la quale ha accettato ogni umiliazione e vessazione oltre a maltrattamenti e percosse pur di stare con lui, invischiata a fronteggiare un legame fatto di litigi violenti e di disprezzo, a cui esponeva inevitabilmente anche le figlie.

Con la madre Lara ha sempre avuto un legame ambiguo e contraddittorio, sottaciuto con vaghi sentimenti di colpa ai quali tentava di sopperire con un attaccamento responsabilizzato finalizzato al “prendersi cura”, alternato a momenti in cui invece era apertamente oppositiva.

Partendo dall'analisi di episodi critici e delle emozioni connesse, lo stile affettivo ed

educativo della madre sostanzialmente fatto di apparenza e di formalità, più che un autentico segnale di affetto rivolto a lei in quanto figlia, come invece in modo confuso aveva pensato fino ad allora ingannandosi, le appariva sempre più una messa in scena volta a confondere il dramma che si consumava dentro le mura domestiche.

Come sottolinea Guidano, nelle famiglie con Organizzazione DAP è costante l'ambiguità e l'apparenza, tesa a camuffare gli aspetti non conformi ad una immagine di famiglia felice e perfettamente riuscita [22].

Lo stile della madre di mostrare al mondo una immagine di famiglia unita e felice attraverso feste e ricevimenti, aveva determinato in Lara fin dall'infanzia la sensazione che il volerle bene ed esserle riconoscente fosse un dovere imprescindibile.

La convinzione del sentirsi legata a lei, come se fosse un 'obbligo' da cui non ci si poteva sottrarre adesso era più chiara, coerente con il senso di sé che si andava riorganizzando reso possibile da una maggiore demarcazione.

Una accresciuta capacità di cogliere le emozioni interne, aveva reso possibile inquadrare in questa cornice la sensazione del sentirsi costretta (distress) con il leggero fastidio che provava tutte le volte che restava sola in casa con lei, che era solita manifestare con atteggiamenti disubbidienti talvolta provocatori, che la madre a sua volta ridefiniva come capricci 'intenzionali', volti a confermare una sua alleanza con il padre contro di lei.

Rezzonico e De Marco [23] sostengono che la mancata lettura delle emozioni che caratterizza l'organizzazione dei contorni del sé nelle OSP Fobica, si manifesta attraverso una lettura sensoriale delle emozioni, in cui il distress emotivo connesso all'interferenza/inibizione dell'autonomia da figure di attaccamento, viene esperito attraverso oscillazioni dell'attivazione corporea e localizzato negli aspetti fisici del sé.

In Lara l'esperienza del sentirsi limitati all'interno di una rete di rapporti familiari come unica condizione di vita possibile e di cui prendersi cura, interferiva con l'autonomia e lo svincolo e si concentrava sui ricordi di esperienze traumatiche, scene prototipiche di lei bambina connotate dai vissuti traumatici di abbandono del padre e amplificati dall'imprevedibilità delle sue condotte malavitose, in cui tutto poteva accadere perché tutto era possibile, contestualmente alle violenze domestiche a cui la madre era costantemente sottoposta e a cui lei inevitabilmente assisteva inerme e spaventata.

Come dice Guidano [24] rispetto ai modelli di reciprocità dell'Organizzazione Fobica, l'aspetto invariante che caratterizza i pattern di attaccamento parentale consiste in una limitazione indiretta del comportamento esplorativo autonomo del bambino, o tramite un atteggiamento genitoriale iperprotettivo o per l'indisponibilità da parte dei genitori a fungere da base sicura per l'esplorazione.

Così Lara, per l'indisponibilità di entrambi i genitori a fungere da base sicura, ha sempre pensato che l'unica condizione di vita possibile all'interno della sua famiglia fosse quella di barcamenarsi tra i vissuti di fragilità della madre e l'abbandono repentino del padre, unico punto di riferimento significativo dal quale poteva ricevere con modalità discontinue affetto e protezione totali, che amava profondamente ma

che sentiva sempre in pericolo.

Nei due mesi precedenti l'evento traumatico, Lara ha potuto focalizzare come i vissuti di inaffidabilità e di lontananza del partner, a sua volta sollecitati dalla sua scarsa propensione a lasciarsi andare, risvegliassero in lei vissuti di fragilità e di paura devastanti associati ad un senso pervasivo di solitudine che solo suo padre sapeva colmare in modo totalizzante, escludendo di fatto ogni altro membro della famiglia, madre compresa.

Mostrando una maggiore capacità di esprimere le sue fragilità con modalità espressive più articolate e complesse riusciva a cogliere i limiti della relazione con il fidanzato, rimasta aggrovigliata in una dinamica di sfida e di controllo che non avrebbe portato a nulla, se non a ripetuti ed estenuanti tentativi di distruzione reciproca.

Come dice sempre Guidano [25] rispetto allo stile affettivo competitivo nelle Organizzazioni Fobiche, un'interazione competitiva consente un controllo dall'esterno del coinvolgimento, paura di perdere l'indipendenza, permettendo al tempo stesso di aumentare a piacere il livello di attivazione emotiva senza correre il rischio di rimanere agganciato. Così Lara attraverso la messa in atto di strategie di controllo e di sfida dell'altro a cui seguivano rotture repentine, mantenendo alta l'instabilità della relazione ed evitando coinvolgimenti più intimi e duraturi, di fatto impediva che il legame divenisse stabile e duraturo, tanto da correre il rischio di sentirsi agganciata. Nel corso dei colloqui affrancata e più capace di differenziarsi, riusciva a cogliere gradatamente le incongruenze e le manipolazioni dei suoi legami genitoriali.

Il resoconto vivido di scene nucleari, in cui il padre le appariva confuso e perso subito dopo aver offeso ed umiliato la madre per un nonnulla, risvegliava in lei quella sensazione del sentirsi legata a lui e di doverlo proteggere dalla sua stessa ira distruttiva, della quale solo lei poteva averne il controllo pieno e quindi la risoluzione.

Il disagio (*corporeizzato*) che il legame con la madre le suscitava, che cercava di gestire attraverso atteggiamenti oppositivi alternati a momenti di dedizione totali, sempre nel resoconto di scene nucleari e passandolo ripetutamente in moviola, faceva affiorare emozioni contrastanti ed antitetiche nei suoi confronti che di fatto la facevano sentire 'in balia', come costretta a starle vicino.

Una accresciuta capacità di mentalizzare le consentiva di comprendere il significato di vincoli e responsabilità che aveva sempre avvertito nei confronti della madre, che di fatto la soffocavano. Nel corso della terapia ricordava di quando appena adolescente si sentì del tutto impotente a gestire il groviglio di sensazioni contrastanti del momento di vita che stava vivendo, fino al punto di agire un tentativo autolesivo nel tentativo di richiamare su di sé l'attenzione della madre, allorché il padre dal carcere le scriveva lettere tenerissime ma non era fisicamente presente sentendolo oltremodo in pericolo, mentre la madre che era fisicamente presente invece di prendersi cura di lei, iniziava a fare uso di alcool.

Pochi giorni prima dell'omicidio del padre, Lara mi confessò l'intenzione di svincolarsi da casa e di voler andare a vivere stabilmente lontano da drammi e conflitti che oramai erano sempre più collocati fuori da un progetto di vita autonoma, che cominciava finalmente a prendere forma.

Inoltre, una accresciuta capacità di differenziarsi rese possibile riconoscere gli aspetti manipolativi e accentratori che il padre esercitava sugli altri e su di lei senza limiti, consentendole un progressivo distanziamento dallo stile di vita criminale pur continuando a goderne i privilegi, scindeva l'immagine di lui come genitore dalle sue condotte, mantenendo così integra la centralità e l'affettività che legava l'uno all'altra, padre e figlia.

A tale proposito, forse nell'unico vero litigio della vita con suo padre, pochi giorni prima della tragedia, gli confessò l'intenzione di voler andare a vivere per conto proprio e di essere stanca di trovarsi in mezzo ai loro drammi di coppia.

Consapevole probabilmente dell'allontanamento definitivo della figlia da lui, il padre assecondava come sempre aveva fatto anche questa sua richiesta, riconfermandole centralità e potere decisionale.

Così si concludeva il primo anno di terapia, poco prima delle vacanze estive in cui aveva progettato un lungo viaggio lontano da casa, proprio in quella estate che vide l'omicidio del padre.

4. Il percorso strategico terapeutico

Il percorso terapeutico precedente all'evento traumatico è durato circa un anno, con colloqui settimanali costanti. La prima fase della terapia durata circa quattro mesi, ha ricostruito l'andamento delle relazioni affettive presenti e passate, in quanto lavorare sulla consapevolezza del proprio stile affettivo era l'obiettivo terapeutico a breve scadenza, condiviso di comune accordo nella fase di consultazione dei primi incontri.

Nella ricostruzione del proprio stile affettivo Lara ha potuto riconoscere come le strategie relazionali messe in atto nelle sue innumerevoli e superficiali relazioni seguissero un copione fisso, in cui lei in brevissimo tempo riusciva ad avere conferma e dominio dell'altro, che ammaliato dalle sue notevoli capacità seduttive si coinvolgeva nella relazione completamente e perdutamente.

Nel corso degli incontri lavorando ripetutamente sull'andamento della sintomatologia, Lara ha potuto focalizzare come i picchi di malessere si acuissero sempre dopo un violento litigio con il fidanzato, dal quale si era sentita in un modo o nell'altro messa in secondo piano.

Il fidanzato pur continuando la relazione, aveva iniziato a disinteressarsi a lei e a non darle più le conferme e le attenzioni che lei si aspettava di ricevere. Ad esempio, nelle uscite serali del fine settimana cominciava a preferirle il gruppo degli amici maschi, anche se poi sovente la svegliava di notte implorandola di raggiungerlo: cosa che lei non faceva, punendolo così per il suo disinteresse. Il litigio a cui seguiva la rottura immediata della relazione, erano la diretta conseguenza di questa dinamica affettiva entro cui entrambi erano invischiati ed inconsapevolmente complici, fatta di sfide e di ricatti, nel tentativo fallimentare di ingaggiarsi in una relazione che di fatto era instabile per la totale mancanza di intimità e di reciprocità emotiva.

Secondo il modello DMM, Lara ha uno stile di attaccamento ambivalente/coercitivo

(A/C) nella sottocategoria C6 (coercitivo seduttivo) [26], caratterizzato da messa a fuoco dall'interno e campo-dipendenza, in cui l'attivazione di tonalità emotive disturbanti come un senso di sbandamento vuoto mentale e confusione connesso a vissuti abbandonici scarsamente integrati, si correlavano ad un senso di sé discrepante di sentirsi una persona incapace ad orientare una prossimità affettiva dell'altro su di sé [27].

Le strategie controllanti come quella della seduttività ad esempio, hanno la funzione di "addormentare" in situazioni critiche il sistema dell'attaccamento. Tali configurazioni nel DMM, sono distinte nei termini di coercitivo seduttivo (C6), dove la sessualità è utilizzata in modo coercitivo e manipolatorio per allontanare i sottostanti vissuti abbandonici.

Il tratto della seduttività come modalità coercitiva di controllo e di dominio dell'altro era per Lara una strategia familiare e a sua volta largamente utilizzata dal padre, abituata fin da piccola a convogliare su di sé l'attenzione dei maschi, in particolare di suo padre.

Il non riuscire ad avere il controllo del fidanzato, la faceva sentire in una morsa senza via di uscita, avvertita con stati di debolezza e di malessere diffuso prevalentemente centrati sul corpo, fino al punto di sentirsi completamente in balia dell'altro e dei suoi umori, il quale a sua volta 'utilizzava' questa sua fragilità umiliandola con il solo scopo di assoggettarla.

La maggiore consapevolezza acquisita nel corso della terapia del sentirsi in balia dell'altro esperita con vissuti di fragilità fino a sentirsi persa, la ricongiungeva a scene nucleari prototipiche, in cui l'instabilità affettiva e la mancanza di punti di riferimento stabili e sicuri, per la violenta e drammatica conflittualità genitoriale, avevano di fatto devastato la sua infanzia e la sua adolescenza.

Nell'ampliamento delle sue capacità di lettura degli stati emotivi in corso si lasciava andare e gradatamente legittimava la sua fragilità, riconoscendola ed integrandola in un senso di sé più articolato e complesso, in cui la percezione di questa sua condizione si stagliava nettamente come una dimensione esistenziale che sempre aveva addolorato l'intera sua esistenza, ma che le sembrava di avere in qualche modo sempre taciuto, perché presa da altro.

5. Problematiche connesse all'elaborazione del lutto traumatico

Lara mi comunicò incredula e disperata dell'omicidio del padre mentre era lontana in viaggio, dopo aver appreso la terribile verità dai media che rimbalzavano la notizia incessantemente.

Tornata in terapia a distanza di un mese circa dall'evento mi appariva sicura di sé pure se visibilmente provata, manifestava forti vissuti di rabbia per come era andato il decorso della giustizia.

Inoltre, le indagini sui probabili mandanti circa l'omicidio del padre portavano alla luce un mondo torbido, tanto che affiorarono timori di possibili ritorsioni, a cui seguirono isolamento e chiusura in casa al fine di proteggersi.

Gli aspetti di concretezza fobica rispetto alla percezione di un mondo pericoloso da cui doversi difendere amplificati da un dato di realtà oggettivo, diventarono ben presto spunti persecutori al punto da temere di essere a sua volta uccisa; il vissuto di pericolo di possibili ritorzioni fu esteso all'intera famiglia, che sentiva di dover proteggere.

Inoltre, le accuse e le maledizioni che ogni giorno ritrovava sul suo profilo pubblico social, accrescevano sempre più in lei la percezione di un mondo minaccioso e imprevedibile, entrato ormai nelle mura domestiche, su cui non poteva oramai avere più nessun controllo.

La psicoterapia in questa prima fase si concentrò sulla restituzione di un ascolto empatico e non giudicante, che rese possibile il sentirsi legittimata sui vissuti della rabbia, che ebbero l'effetto di risvegliarla e di tenerla in vita. Nell'organizzazione fobica la reazione emotiva legata al lutto si accompagna ad una lettura sensoriale delle emozioni, in cui la rabbia percepita come tensione esplosiva ripristina un senso di controllo dall'interno rispetto ad un vissuto di pericolo e di fragilità connesso alla perdita che non si può controllare, tanto più in una perdita traumatica [28].

Le strategie di iperattivazione tese a ricostruire la relazione perduta, occuparono i primi tre mesi di terapia a ridosso dell'evento. Lara ricostruiva il rapporto interrotto per sempre con suo padre e contro la sua volontà, attraverso immagini e video struggenti resi pubblici sullo stesso web che la stava perseguitando. Video che li raffiguravano entrambi, spesso ironici e buffi, come estremo tentativo di recuperare la tenerezza di un legame spezzato, di cui solo lei ne conosceva l'intensità e la dolcezza. Il percorso terapeutico affiancava e sosteneva queste modalità espressive di Lara tese a lenire la perdita attraverso il consolidamento di una relazione terapeutica che diveniva sempre più affettiva ed intima, così prendeva forma uno spazio di ascolto entro cui potersi abbandonare e fidare tanto da integrare i frammenti di una vita interrotta. Le emergenze connesse ai vissuti traumatici, si manifestarono contestualmente sia attraverso l'evitamento di luoghi e persone in qualche modo in relazione con l'omicidio, sia come immagini intrusive o incubi notturni, in cui rivedeva nitidamente il corpo del padre riverso sull'asfalto.

In una seduta in cui Lara mi inondava con la sua disperata solitudine ed in cui tutto sembrava aver perso di significato, anche la sua stessa vita, mi mostrava complice il segno indelebile della presenza/assenza del padre attraverso un piccolo tatuaggio con due cuori intrecciati, lei e suo padre insieme per sempre.

La strategia terapeutica in questa prima fase di elaborazione del lutto, è stata la più difficile per la disregolazione emotiva che rendeva problematico rispettare talvolta anche i tempi e gli orari delle sedute. La percezione del vuoto lasciato da suo padre che nessuno altro poteva colmare, la portarono ad isolarsi del tutto da un contesto relazionale da cui non si sentiva capita nel profondo, allontanandosi da quel mondo criminale che sempre aveva frequentato la sua casa, dove dopotutto, si poteva nascondere il mandante dell'omicidio.

Il lavoro terapeutico ha cercato di assecondare e di riconoscere quanto Lara mi stava implicitamente chiedendo e cioè che il padre potesse rivivere per sempre. Attraverso

la graduale esposizione di modalità espressive (ricordi, fantasie, abitudini condivise, episodi di vita significativi ecc.), fu progressivamente possibile esperire di nuovo il calore di un legame a cui era impossibile rinunciare.

La vicinanza silenziosa al suo mondo interno, la connessione empatica alla sua sofferenza, rese possibile quel processo del sentirsi 'legittimata' e riconosciuta così difficile da far capire.

In un contesto privato ed intimo poteva finalmente condividere la sua tenera fragilità senza timore del giudizio e della critica del mondo intero, che invece continuava a vederla come la figlia viziata di...

6. Esiti del processo terapeutico

Tali strategie terapeutiche furono determinanti per consentire a Lara di prendere le distanze dal dolore della perdita, così da ripristinare attraverso le strategie di deattivazione quella forza necessaria per non lasciarsi sopraffare dal caos mediatico che la destabilizzava e che di fatto, non le riconosceva il diritto di vivere l'intimità del dolore di una figlia che aveva drammaticamente perso il suo adorato padre.

Attraverso una maggiore capacità di accedere ai contenuti emotivi e cognitivi traumatici, fu progressivamente possibile arrivare alla fase conclusiva della terapia e al ripristino delle funzioni adattative. La maggiore differenziazione del sé come persona offesa e sofferente nel presente (...e nel passato), il riuscire a prendere le distanze da chi si mostrava indifferente al suo dolore se non talvolta giudicante e critico, le consentì di riorganizzare quelle risorse interne devastate e disorganizzate dal trauma.

Le strategie di deattivazione favorirono a distanza di un anno circa dall'evento un nuovo adattamento. Lara tornata in terapia dopo le vacanze estive a ridosso della ricorrenza della morte del padre, (erano ricomparsi incubi, insonnia, immagini intrusive), disse di sentirsi comunque forte e stabile, sicuramente provata ma cresciuta, tanto da riprendere in mano la sua vita e portare avanti un distacco progressivo dalla madre, che ora si stava appoggiando completamente su di lei, unica figlia rimasta in casa.

Secondo l'orientamento post-razionalista, quando un lutto progredisce per chi ha subito una perdita, l'evento della morte viene integrato all'interno della propria narrativa personale attraverso la ricostruzione di un legame di attaccamento con la persona deceduta costruendo un dialogo interno, ripristinando così il senso di sé e dell'altro e della relazione perduta in una dimensione più astratta e simbolica [29].

Secondo Lambruschi [30] quando un lutto è "risolto", la persona riesce a collocare nel tempo gli eventi dolorosi e pericolosi senza che questi influenzino ancora il funzionamento mentale e a trasformare il dolore connesso all'esperienza in sentimenti più complessi. Con il tempo si riconosce la realtà della morte, le emozioni diventano agro-dolci accessibili e mutevoli, tanto da rendere la vita più profonda, perché arricchita da una esperienza complessa.

Con la terapia Lara nel corso del tempo aveva consolidato una modalità di relazione da base sicura, certa di poter sempre contare su un punto di riferimento stabile e

sicuro a cui appoggiarsi nei momenti critici, pochi incontri tanto per inquadrare il momento di vita che stava vivendo, trovare le risorse interne ed andare avanti in autonomia.

In linea con la modalità di cogliere la capacità adattativa di trovare nell'ambiente le risorse disponibili e di gestirle anche in situazioni di estremo disagio e di difficoltà, tipica dello stile fobico ben compensato, Lara ha riorganizzato le proprie amicizie con punti di riferimento più certi e sicuri, ha riprogrammato un progetto di realizzazione professionale attraverso una laurea che sta conseguendo, in cui credeva ed in cui aveva creduto suo padre, si è impegnata in molteplici attività a scopo benefico ed ha chiamato a raccolta i numerosi sostenitori del padre, che rimasti senza una guida vedevano in lei l'erede naturale per forza e per carattere.

7. Conclusioni

Con il presente lavoro, abbiamo voluto sottolineare l'importanza di intervenire sulla riorganizzazione di una narrativa personale interrotta e destrutturata da un lutto traumatico ponendo l'attenzione, oltre che sulle strategie e sui metodi, principalmente sulla relazione terapeutica.

Restituire legittimità al dolore della perdita traumatica di un proprio caro in seguito ad una morte violenta, significa riconoscere il dolore come una esperienza umana ed in quanto umana universalmente condivisibile, significa andare 'oltre' l'innaturalità dell'evento stesso che lo ha determinato.

Significa lasciare esprimere il dolore in tutte le sue forme, coglierne i contenuti scissi e frammentari rispettandone i tempi e le modalità, significa riuscire a sentire ciò che il paziente sente e attraverso una condivisione non giudicante ed intima lenire e riparare.

Solo attraverso questi passaggi, a nostro parere, è possibile integrare l'evento ricollocandolo nella propria storia personale e riprendere il proprio cammino grazie ad un nuovo adattamento esistenziale più complesso e più profondo.

BIBLIOGRAFIA

1. Hertz, M.F., Prothrow-Stith, D., & Chery, C. (2005, Dicembre). *Homicide survivors: research and practice implications*. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5), 288- 295. <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>
2. Capraro, G., Ferraro, A.M., & Lo Verso, G., (1999). *Mafia e psicopatologia. Crimini, vittime e storie di straordinaria follia*. Franco Angeli, Milano.
3. Neimeyer, A.R. (2006). *Lesson of Loss. A guide to coping*. Center for the Study of Loss Transition.
4. Baliko, B., & Tuck, I. (2008). *Perceptions of survivors of loss by homicide: opportunities for nursing practice*. *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 46(5), 26-34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>.
5. Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael,

- B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2013). Correction: *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11*. *PLoS Medicine*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>
6. Rynearson, E.K., & McCreery, J.M. (1993, Febbraio). *Bereavement after homicide: a synergism of trauma and loss*. *Am J Psychiatry*, 150 (2), 258-61. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.258>
7. Stroebe, M., & Schut, H. (1999, Maggio). *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. *Death Studies*, 23 (3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
8. Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007, Dicembre). *Health outcomes of bereavement*. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1972.
9. Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre (Vol.1)*. Bollati Boringhieri, Torino.
10. Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano.
11. Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano.
12. Rynearson, E.K., (2001). *Retelling violent death*. New York: Brunner-Routledge.
13. Bandini, T., Gatti, U., Gualco, B., Malfatti, D., Marugo, M., & Verde, A. (1991). *Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*. Giuffrè Editore, Milano.
14. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
15. Wells, A., & Sembi, S. (2004). *Metacognitive-focused therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.
16. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). *Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial*. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 373-381
17. Dimaggio, G. (a cura di). (2021). *Affrontare il trauma. Verso una psicoterapia integrata*. ApertamenteWeb.
18. Lambrusch, F.(eds) (2014). *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Seconda Edizione. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
19. Crittenden, P.M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Edizioni Libreria Cortina, Milano.
20. Crittenden, P.M. (1995). *Nuove prospettive sull'attaccamento-Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini Studio, Milano.
21. Guidano, V.F. (1988). *La complessità del sé*. Bollati Boringhieri, Torino.
22. Guidano, V.F., & Cutolo, G. (A cura di). (2010). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Franco Angeli, Milano.
23. Rezzonico, G., & De Marco, I. (2012). *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Bollati Boringhieri, Torino.
24. Guidano, V.F., & Cutolo, G. (A cura di). (2010). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Franco Angeli, Milano.
25. Guidano, V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri, Torino.
26. Crittenden, P.M., & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment*. W.W. Norton & Company.
27. Guidano, V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri, Torino.
28. Guidano, V.F. (2010). *Le dimensioni del sé. Una lezione sugli ultimi sviluppi del modello post-razionalista*. Alpes Italia, Roma.
29. Guidano, V.F., & Liotti, G. (2018). *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia*. Edizioni Apertamenteweb.
30. Lambruschi, F. (2007). *La funzione del lutto nel mantenimento della coerenza sistemica del sé*. In *L'umore e i suoi disturbi*, atti dell'VIII Convegno di Psicopatologia post razionalista, Accademia dei Cognitivi della Marca.

REVIEW

Violenza e voyeurismo: le immagini pedopornografiche in internet

Cosimo Schinaia¹

¹ International Psychoanalytical Association (IPA)



Citation

Schinaia C. (2022).
Violenza e voyeurismo: le immagini
pedopornografiche in internet
Phenomena Journal, 4, 44-54.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.152>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Cosimo Schinaia
cosimo.schinaia@gmail.com

Ricevuto: 17 febbraio 2022

Accettato: 3 maggio 2022

Publicato: 8 maggio 2022

ABSTRACT

The author, starting from psychological, neuroscientific, and sociological research on the effects of violence on television, proposes an examination of research on the effects of exhibitionist behaviour on the Internet, especially among adolescents. These attitudes, which are often linked to a typical indecisive adolescent sexuality and a need for identity reassurance, in turn facilitate child pornography, which can lead to actual paedophile abuse. The article reiterates the gratuitousness of childish desire and its playful significance, which cannot be short-circuited in a sexual relationship with an adult.

KEYWORDS

Violence, Voyeurism, Television, Child pornography, Virtual, Internet.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'autore, partendo dalle ricerche di ordine psicologico, neuroscientifico e sociologico a proposito degli effetti della violenza in televisione, propone una disamina delle ricerche sugli effetti dei comportamenti esibizionistici in Internet soprattutto degli adolescenti. Tali atteggiamenti, spesso collegabili a una tipica sessualità indecisa adolescenziale e a un bisogno di rassicurazione identitaria, a loro volta, facilitano la pedopornografia, che può sfociare in concreti comportamenti pedofili abusanti. L'articolo ribadisce la gratuità del desiderio infantile, il suo significato ludico che non possono essere cortocircuitati in una relazione sessuale con l'adulto.

PAROLE CHIAVE

Violenza, Voyeurismo, Televisione, Pedopornografia, Virtuale, Internet.



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

1. Introduzione

Durante il confinamento determinato dalla pandemia COVID-19, si è verificato un incremento di visualizzazioni di siti pedopornografici da parte di adulti e adolescenti, ma anche di immagini sexy postate da adolescenti e, contestualmente, un incremento di casi di abusi di minori successivi all'adescamento per via telematica. Uno studio del fenomeno in atto e delle sue cause psicopatologiche non può non tenere conto di quanto è andato consolidandosi nel passato recente in termini di esposizione dei minori alla violenza. Pertanto, per affrontare e contestualizzare storicamente il tema della pedopornografia in Internet, credo che valga la pena riprendere alcune ricerche sulla violenza in televisione.

2. Materiali e Metodi

2.1. La violenza in televisione

I bambini, stando molte ore come ipnotizzati davanti al televisore o davanti al computer, rischiano di sovraccaricare le loro menti con le immagini di quei comportamenti violenti, cominciati con i cartoni animati giapponesi e via via diventati sempre più sofisticati. Già negli anni venti, il grande regista Sergej M. Ejzenštejn aveva collocato il linguaggio cinematografico nell'ambito del pensiero infantile e primitivo e segnalato l'effetto ipnotico della TV, che consiste in una sospensione temporanea della coscienza [1].

Uno studio apparso su «Science» [2] contraddice, però, il luogo comune secondo il quale la violenza in video influenzi soltanto i bambini. Lo studio evidenzia gli effetti negativi anche su giovani adulti. In base a tale ricerca, è plausibile l'ipotesi che sia la televisione a favorire l'aggressività, se non la distruttività nei ragazzi, piuttosto che siano i ragazzi aggressivi a guardare preferibilmente spettacoli televisivi violenti. Lo scrittore Pietro Citati [3] scrive che la televisione, attraverso una sorta di reificazione visuale, uccide la rapidissima fantasia analogica del bambino, il suo vorticoso potere di astrazione logica, il senso del comico, del paradosso, dell'assurdo, dell'insensato, il dono dello sguardo su altri mondi, dell'appartenenza ad altri mondi.

Jeffrey G. Johnson e i suoi collaboratori della Columbia University e del New York State Psychiatric Institute [2] sono andati oltre le pur condivisibili valutazioni soggettive dello scrittore italiano e hanno seguito 707 ragazzi dall'adolescenza all'età adulta, constatando che gli adolescenti abituati a passare un'ora o più al giorno davanti al teleschermo in prime time, si abbandonavano più facilmente, intorno ai vent'anni di età, ad atti aggressivi verso altre persone. Il legame tra tempo trascorso a guardare la televisione e condotta violenta restava significativo anche in relazione ad altri fattori, quali precedenti comportamenti aggressivi, basso reddito familiare, scarsa cura da parte dei genitori, presenza di disturbi psichiatrici. Il comportamento aggressivo più comune nei maschi era la violenza fisica, mentre nelle femmine sono emersi anche il furto e la minaccia. Solo il 5,7% dei giovani che hanno guardato la televisione meno di un'ora al giorno negli anni seguenti ha commesso atti di violenza, contro il 28,8% di coloro che l'hanno fatto per oltre tre ore al giorno.

Craig A. Anderson e Brad J. Bushman [4] del Politecnico dello Iowa commentano i dati del lavoro di Johnson e colleghi, affermando che la gente non sembra percepire pienamente il pericolo rappresentato dalla violenza in televisione. I ricercatori sostengono che con il legame tra violenza televisiva e violenza giovanile si ripete lo schema fumo-cancro: il rapporto tra sigarette fumate e insorgenza di tumori continua a essere messo in discussione anche ora, cioè molto tempo dopo che la comunità scientifica ne ha accertato l'esistenza al di là di ogni ragionevole dubbio.

Un'altra ricerca, effettuata presso l'Università del Michigan [5] e apparsa su «Developmental Psychology», la rivista dell'American Psychological Association, ha riesaminato 329 ragazzi e ragazze allora ventenni, già esaminati nel 1977 a un'età compresa tra i sei e i dieci anni. I risultati hanno mostrato che la visione di spettacoli televisivi violenti da parte di bambini, la loro identificazione con personaggi aggressivi dello stesso sesso e la percezione che la violenza in televisione sia realistica sono tutti eventi collegati ad atti di aggressività, compiuti da adulti, sia nei maschi sia nelle femmine, indipendentemente dal grado di aggressività iniziale, dalle capacità intellettuali, dallo status sociale della famiglia (misurato in base al grado di istruzione e all'occupazione dei genitori) e dall'aggressività dei genitori stessi. La ricerca ha inoltre evidenziato che, se i genitori guardano e commentano i programmi con i figli, la condivisione sembra ridurre gli effetti nocivi della violenza televisiva sul bambino, probabilmente perché riduce l'identificazione del bambino con la persona che compie l'atto di violenza.

A questo proposito Bruno Bettelheim [6] ha tenuto un atteggiamento critico nei confronti dei denigratori della televisione, sostenendo che bambini e ragazzi hanno bisogno di materiale su cui basare le loro fantasticherie di aggressività e di rivalsa, in cui poter vicariamente agire i loro sentimenti ostili senza fare male ai genitori. «Purché gli faccia da guida un adulto responsabile – scrive Bettelheim [6, p. 176] – non esiste praticamente programma dal quale il bambino non possa imparare molte cose. Non fanno eccezione neppure i programmi che contengono scene di violenza, purché il bambino non sia talmente in preda all'angoscia o alla collera da venire completamente sopraffatto da quello che vede».

Probabilmente di fronte all'efferatezza e alla distruttività di alcune immagini che oggi passano in televisione e, ancora di più in Internet, Bettelheim rivedrebbe le sue ottimistiche considerazioni, pur restando d'accordo in ogni caso sulla necessità della presenza protettiva dei genitori.

Nel 2011 Yang Wang e colleghi [7] della School of Medicine dell'Università dell'Indiana, hanno presentato all'incontro annuale della Società di Radiologia del Nord America una ricerca secondo cui i videogiochi violenti inducono trasformazioni di lungo periodo nel funzionamento cerebrale. Hanno chiesto a 11 uomini tra i diciotto e i ventinove anni di giocare per una settimana dieci ore al giorno a un videogioco particolarmente violento. Quindi è stato loro chiesto di evitare di giocare con quel videogioco la settimana successiva. Ad altri undici uomini, usati come campione di controllo, è stato chiesto di astenersi del tutto dall'uso del videogioco nelle stesse due settimane. Alla fine del periodo l'attività cerebrale dei ventidue soggetti è stata

esaminata con la risonanza magnetica mentre rispondevano a due tipi di test, uno volto a misurare la risposta emotiva a parole violente e l'altro a misurare l'autocontrollo. La risonanza magnetica ha mostrato che nei soggetti esposti al videogioco l'attività nella parte inferiore sinistra del lobo frontale e nell'area del circuito cingolato anteriore era minore rispetto a quella riscontrata nei soggetti di controllo. Quelle due aree cerebrali servono a controllare la risposta emotiva alla violenza e all'aggressività. Pertanto chi aveva giocato a lungo sembrava più propenso all'esercizio della violenza. Non si tratta soltanto di un dato psicologico ma, secondo i ricercatori, di uno stabile cambiamento cerebrale che determina un'attitudine altrettanto stabile alla violenza.

2.2. Le immagini pedopornografiche in internet

Vorrei sottolineare anche che, se da una parte la costituzione di uno scenario perverso ha sicuramente un'origine personale e individuale connessa a una peculiare drammatizzazione e maniacale «riparazione» del trauma originario ed entra in relazione con le dinamiche familiari e microsociali, dall'altra esiste però un rischio specifico di inducibilità di atteggiamenti abusivi da parte dei media.

Internet non è soltanto uno spazio che offre nuove risorse in termini di creatività e di possibilità di relazione, ma frequentemente si pone come uno strumento di visualizzazione degli aspetti più oscuri e meno integrati della personalità del singolo. Esso si offre quindi all'utente come un'area immaginativa complessa, un teatro quasi onirico, quasi delirante: non solo buono e contenitivo, ma a volte pericoloso e rischioso. Le nuove tecnologie hanno reso possibile creare e abitare interi universi di esperienza slegati dalle dimensioni materiali e concrete, delineare spazi tra la mente e la realtà, amplificare ed estendere facoltà psichiche e sensoriali, tanto da far definire questo nuovo spazio “tecnologia della mente o psicotecnologia” [8].

“Queste nuove tecnologie, funzionando talvolta come vere e proprie protesi psichiche, possono consentire di espandere, in modo pressoché illimitato, le dimensioni di un'esperienza che è virtuale, ma al tempo stesso realistica, aprendo così a nuovi campi dell'esperienza e del funzionamento mentale che non possono che interrogare le discipline che si occupano della mente. La tecnologia virtuale, rendendo sfuocata la differenza tra ciò che è oggettivo, ciò che è soggettivo e ciò che è illusorio, agisce inevitabilmente in senso trasformativo sulla nostra modalità di pensiero. La realtà virtuale stravolge le categorie di spazio e di tempo, le connessioni e le condizioni su cui si costruisce la nostra soggettività; di conseguenza le nostre idee riguardo alla realtà devono essere costantemente riviste, dal momento che la realtà virtuale, come dice Umberto Eco, si finge più reale della realtà stessa” [9, p. 652].

Per alcuni pazienti l'uso di Internet potrebbe avere la funzione di dare espressione e formulazione ai conflitti inconsci, mostrando parti di sé che altrimenti rimarrebbero nell'ombra [10], favorendo “la costruzione di una specifica forma di realtà, che corre il rischio di partecipare – scrive Fausto Petrella [11, p. 165] - all'onirizzazione del mondo esperienziale e ad alimentare logiche immaginative essenzialmente emotive

e deliranti nello spettatore passivo”.

In alcune mie supervisioni di casi clinici di pazienti dediti alla visione di immagini pedopornografiche, ho potuto constatare la mancanza di un percorso di individuazione e soggettivazione a causa di una vera e propria cecità dei caregivers, talvolta anche in relazione a abusi sessuali subiti nell’infanzia e/o nell’adolescenza. L’assenza di un contenitore emotivo favorisce una predisposizione a una visione senza partecipazione emotiva, in cui l’eccitazione sessuale può avvenire solo in presenza di un oggetto inanimato, deumanizzato, come oggettivati e “non visti” si sono sentiti questi pazienti.

In un caso è stato possibile osservare una vera e propria dipendenza da Internet, con la presenza di sintomi depressivi e comportamenti compulsivi caratterizzati da continui controlli di nuove foto postate sui social network. Si trattava per lo più di scene di bambini in età scolare in pose erotiche, fotografati da adulti. L’erotizzazione perversa sembra essere l’unica strategia possibile come sostituto della vita non vista e quindi persa. Il collezionismo di file, la compulsione nello scaricare nuove immagini che vengono consumate prima che possano evocare emozioni, mantengono alta una carica eccitatoria che vicaria la necessaria assenza di emozioni.

Il confine tra animato e inanimato, una volta contraddistinto dall’antica pietas, viene a mancare; il dolore non viene percepito nella sua essenza, la morte non ha più nulla di sacro e di tremendo, ma appartiene soltanto all’ordine del pornografico. L’epopea del macabro si sviluppa tra patetismo e cinismo; il tutto viene omologato in una circolarità discorsiva senza rilevanza, dove ogni cosa diviene equivalente e resta indifferente in presenza di un flusso continuo e interminabile di stimoli insensati o, quantomeno, tra loro intercambiabili. Si viene a creare una forma speciale di violenza: l’opacità dell’indifferenza, dell’apatia, che deriva dall’assuefazione a immagini moltiplicate, ripetute, seriali, in cui l’altro non è più persona, ma solo corpo, nuda vita. Il male si diffonde alla superficie delle nostre vite, le imbeve di sé, diviene qualcosa del quotidiano. Non fa più scandalo [12]. Possiamo parlare di analfabetismo emozionale e di inadeguata percezione di sé, descrivendo i fruitori di immagini pedopornografiche come ex bambini distaccati da tutto, perché distaccati da sé e spaventati dagli incontri veri, dove gli altri rischiano di esistere davvero [13].

Joyce McDougall [14] riprende in psicoanalisi il termine di derivazione greca «alesitimia» (a-lexis e thymos), introdotto da John Nemiah, Harald Freyberger e Peter Sifneos nei primi anni settanta: significa «assenza di parole per le emozioni» e contraddistingue la difficoltà a identificare e descrivere i propri sentimenti e le proprie emozioni, a discriminarli differenziandoli gli uni dagli altri, e a comunicarli. Sifneos [15] allarga in concetto di alessitimia, evidenziando anche la difficoltà dell’alessitimo a differenziare i sentimenti dalle sensazioni corporee, dalla notevole povertà di fantasie e da quelle modalità di pensiero concreto che Pierre Marty e Michel de M’Uzan [16] hanno definito pensée opératoire («pensiero operatorio»). Questa difficoltà, si ripercuote ovviamente anche sulla capacità di descrizione, comprensione e discriminazione dei sentimenti e delle emozioni degli altri.

“La preoccupazione e il rimorso – scrive Edoardo Albinati [17, p. 781] – possono

nascere solo dalla capacità di immedesimarsi, una facoltà immaginativa, proiettiva, che loro non possiedono”.

Claudio Magris [18] descrive la costituzione di una nuova forma dell’Io, non più compatto e unitario, bensì costituito da una molteplicità di nuclei psichici e di pulsioni non più imprigionate nella rigida corazza dell’individualità e della coscienza. Francesco Barale e Anna Ferruta [19, p. 375] parlano di “maschere iperboliche di una soggettività instabile e disseminata, all’interno della quale non è più riconoscibile alcun ‘nucleo’ e di conseguenza alcuna distinzione tra vero e falso Sé; ma solo Sé aperti, che prendono forma e si organizzano, disorganizzano nelle relazioni in atto; identità provvisorie”.

In una società in cui le figure del postmoderno, quali il vuoto costitutivo e la decostruibilità di ogni identità, si sposano con l’assenza del limite, fortemente determinata dalla virtualità delle esperienze comunicative, si rende necessario rimettere in discussione i nostri modelli teorici sullo sviluppo psicosessuale in cui prevalgono “sequenze lineari e necessarie invece di reticoli percorsi da movimenti plurali di “va e vieni” in cui si compongono e scompongono organizzazioni esposte a continue riorizzazioni” [19, *ibidem*].

Scrive Claudio Magris [18, p. 8): “Oggi la realtà, sempre più ‘virtuale’, è lo scenario di questa possibile mutazione dell’Io”.

Un’immagine esterna, un “paesaggio” proposto a livello iconico o genericamente rappresentativo, può talvolta assumere una funzione organizzativa nei confronti di spinte di sessualizzazione indifferenziata. Sulla sessualizzazione border, caotica come la personalità sottostante e disorganizzata in isole di aggregazione psichica, l’estesa messe di immagini proposta dai media, e soprattutto quelle pornografiche, distribuite con un dichiarato intento captatorio attraverso Internet, può fungere da catalizzatore/organizzatore pseudo-integrativo di uno scenario erotizzato interno [20]. Thomas Ogden [21] individua nella posizione contiguo-autistica un’area di esperienza pre-simbolica di natura sensoriale, prevalentemente centrata sulla superficie della pelle. È a quest’area, a mio parere, che bisogna riferirsi per descrivere le modalità relazionali in cui la sensorialità prende il sopravvento, diventando la prevalente, se non l’unica forma di contatto con il reale.

Si può parlare di *ipersensorializzazione del dato percettivo* che parassita e paralizza il funzionamento psichico, per cui risulta che la capacità di sognare, di giocare con i pensieri della mente umana viene ostruita [22].

La possibile, successiva pretesa di costringere la realtà esterna a omologarsi allo scenario interno può dare seguito al rituale perverso, costituendo al contempo una sorta di diga nei confronti di una estesa perdita della realtà stessa, quale avverrebbe nello scompenso psicotico. L’esterno in altre parole potrebbe fornire rappresentabilità specifica a spinte disorganizzate in cerca di un’aggregazione rappresentativa.

Queste argomentazioni vanno estese anche alla sessualità indecisa di molti adolescenti, per i quali tutte quelle forme di comunicazione attraverso il Web possono indurre atteggiamenti e comportamenti emulativi, in cui l’imitazione da sola non può essere sufficiente a spiegare l’intensa adesione identificativa spesso presente.

Una ricerca svolta nel 2010 [23] dall'Istituto di Analisi e Ricerche di mercato IPSOS per conto dell'associazione Save the Children su "Sessualità e Internet: i comportamenti dei teenager italiani" mostra che l'8% degli adolescenti italiani che navigano in Internet, a precisa richiesta ammettono di inviare foto in cui appaiono nudi o in pose sexy. Il campione indagato è costituito per la metà da ragazzini tra i dodici e i quattordici anni e per l'altra metà da adolescenti tra i quindici e i diciassette anni. I ricercatori sostengono che le percentuali potrebbero essere anche più alte, in quanto il 22% del campione preso in esame afferma che tale pratica è diffusa tra i propri amici coetanei. Quando si chiede a che età è stato inviato il primo messaggio un po' osé, il 47% riconosce di averlo fatto tra i dieci e i quattordici anni, gli altri dai quindici in su. Queste modalità di esibizione dei propri corpi in rete, in relazione al bisogno di riconoscimento e di conferma nell'età incerta della preadolescenza e dell'adolescenza, ha favorito il dilagante fenomeno della pedopornografia digitale. Per ridurre il rischio dell'adescamento seduttivo in rete, attraverso offerte perverse mascherate d'amore, non basta certamente che i genitori mettano in atto le pur necessarie procedure tecnologiche di controllo dei cellulari e dei computer dei figli, ma è assolutamente centrale un dialogo continuo e sincero con loro, per rafforzarne l'identità e la fiducia in sé stessi.

Tali argomentazioni vanno però dialettizzate, assunte cioè in oscillazione con un fenomeno di segno opposto. È stato sostenuto che la visione di video con scene di sesso pedofilo potrebbe arginare la violenza, tenere a bada possibili passaggi all'atto, attraverso il consumo voyeuristicamente passivo del sesso virtuale, che saturerebbe le richieste pulsionali, depotenziandole. Queste considerazioni, però, non tengono conto del rischio che la pedopornografia possa da un lato alimentare il perverso mercato delle immagini di nudi infantili e dall'altro possa essere l'anticamera di fenomeni di pedofilia conclamata, come spesso è successo [24].

Come spesso accade, ci troviamo di fronte a fenomeni complessi la cui decifrazione può essere affidata soltanto alla presa d'atto della compresenza di meccanismi non univocamente direzionati e in oscillazione tra loro, che vanno approfonditamente osservati nelle specifiche situazioni cliniche.

Per Luciano Floridi [25] le due abitazioni online e offline non sono semplicemente sovrapposte, in quanto il loro confine è sempre più confuso: il mondo digitale trabocca nel mondo analogico offline, con il quale si va mescolando. Floridi definisce questo fenomeno come esperienza *onlife*, in cui i due mondi sono ormai inseparabili. Internet, che pure è un formidabile strumento di conoscenza e di intrattenimento, rischia di portare alle estreme conseguenze il processo di deanimazione dell'uomo e di desimbolizzazione degli avvenimenti che lo riguardano, mediante modalità di equazione simbolica sovrapponibili a quelle descritte da Hanna Segal [26] per il pensiero psicotico.

La difficoltà a discriminare l'animato dall'inanimato, il reale dal virtuale, il dominio del computer come allenamento al controllo dell'altro, vissuto come devitalizzato, incapace cioè di emozioni e sentimenti, se non quelli che narcisisticamente gli vengono attribuiti, possono costituirsi come elementi forieri di un ritiro autisticamente

onnipotente.

È urgente una riflessione collettiva sul rischio che un uso così massiccio e spesso distorto del web comporta sulla capacità di discriminazione tra fantasie infantili ed elementi della realtà attuale, sulla possibilità di differenziare l'animato dall'inanimato, sulla capacità di distinguere il reale dal virtuale. È un problema che devono porsi tutte le agenzie educative, famiglia, scuola, istituzioni religiose, associazioni culturali e sportive, senza demonizzazioni antistoriche, ma anche senza concessioni a uno pseudo-modernismo à la page.

Negli ultimi tempi gli atteggiamenti seduttivi delle adolescenti possono sostanzialmente nel fenomeno delle Candy Girls, ragazzine che si spogliano davanti alla webcam o che vendono le proprie immagini in atteggiamenti erotici e sessuali. Giocando a fare le adescatrici in Internet, finiscono per correre gravi rischi e diventare vittime a loro volta di abusatori. Alcune bambine prepuberili in analisi possono presentare un atteggiamento vanitoso, sensuale, seduttivo. Si tratta in genere di un comportamento stereotipato e senza consistenza. Si può parlare di una difesa del tipo "falso sé" che cerca di coprire conflitti interni e difficoltà ad acquisire nuovi modelli di identificazione [27].

"La rivendicazione pulsionale come affermazione gioiosa è un'invenzione fantastica che sostiene un formidabile diniego", sottolinea André Green [28, p. 221].

Da una ricerca realizzata dall'istituto di analisi e ricerche di mercato IPSOS per l'organizzazione "Save the Children" in occasione del Safer Internet Day 2014 [29], la giornata dedicata dalla Commissione Europea alla sensibilizzazione dei più giovani ad un uso corretto e consapevole della rete, risulta che il 38% degli italiani adulti intervistati ritiene accettabile il sesso tra adulti e adolescenti. Dall'indagine, realizzata su un campione di circa mille soggetti tra i venticinque e i sessantacinque anni, emerge che il 28% degli adulti iscritti a un social network ha tra i propri contatti adolescenti che non conosce personalmente. L'81% degli intervistati pensa che le interazioni sessuali tra adulti e adolescenti siano diffuse trovino in Internet il principale strumento per iniziare e sviluppare la relazione, che può sfociare in un incontro fisico. Il 41% del campione ritiene responsabili i ragazzi dell'iniziativa di contatto, anche perché considerati più disinvolti nell'approccio con gli adulti (48%) e sessualmente più precoci (61%) rispetto al passato. E sebbene il 36% pensi che gli adolescenti siano impreparati a gestire una relazione sessuale con un adulto, per un intervistato su cento questo tipo di rapporto potrebbe essere formativo per il minore.

Il concreto del possesso senza differimento alcuno ha la sua valenza seduttiva in una deriva in cui tutto può equivalersi, omogeneizzato nell'unico bisogno che va onorato: quello di afferrare, di dominare, di possedere, di avere piuttosto che di essere. L'aver non coincide più con l'essere, e non si riconosce più che è solo l'accettazione del finito a dare la possibilità di schiudere orizzonti infiniti, sanando la contrapposizione soggetto-oggetto, interno- esterno, natura-cultura.

Per Serge André [30, p. 5], "chi non è colpito dal constatare che l'esempio della nostra città ideale viene proposto sotto due versioni, due immagini standardizzate che fanno coppia come un duo d'opera: Disneyland e Las Vegas? Da un lato, il mondo del bam-

bino, immaginato come un adulto miniaturizzato, dall'altro il mondo dell'adulto immaginato come un eterno bambino. Noi siamo entrati, senza accorgercene, in una vera e propria idolatria del bambino, *nell'infantolatria*".

3. Conclusioni

In opposizione all'anonimato e al segreto in cui le perversioni sono state fino a poco tempo fa relegate, l'organizzazione sociale della pedofilia e la richiesta di visibilità, come fenomeni nuovi della nostra epoca, l'intreccio personale e sociale sinistro qui in gioco sono troppo complessi anche per essere solo compresi dalle limitate risorse di uno psichiatra o di uno psicoanalista. La perversione, alla continua ricerca di una conferma sociale che la renda presentabile, in quanto accettata come una delle varianti della sessualità odierna, è indice di una degradazione della vita civile, dove la necessaria e matura tolleranza è stata sostituita dalla licenza, dal misconoscimento dei limiti e delle loro linee di demarcazione e, soprattutto, dall'indifferenza, intesa come indifferenziazione e pseudo-normalizzazione della perversione e del disordine civile ed etico di una popolazione o di una collettività più o meno estesa.

Si richiede allora uno sforzo congiunto di molti studiosi delle varie forze in gioco: certamente, assieme allo psicoanalista, anche il sociologo, l'educatore, ma soprattutto il politico e il legislatore. Questi ultimi hanno il compito, interpretando i nuovi fenomeni sociali e proponendo nuove leggi, di proteggere l'individuo e la comunità, armonizzando dinamicamente l'esigenza individuale con quella del vivere collettivo. Contro mercanti e clienti di bambini è stato di recente approvato in Italia un testo di legge che prevede inasprimenti delle sanzioni per gli sfruttatori dell'infanzia, la punibilità per chi compie reati sessuali anche all'estero e per il cliente di minorenni al di sotto dei sedici anni. Multe e soldi confiscati al mercato pedofilo andranno in un apposito fondo destinato a finanziare programmi di prevenzione, assistenza e recupero dei bambini vittime.

Oggi costruire una cultura del rispetto dell'integrità del bambino non è facile e rischia di avere buon gioco la propaganda pedofila quando contrappone alla mercificazione del bambino e dei suoi sentimenti l'attenzione ai suoi desideri, compresi quelli sessuali, definiti naturali e non reprimibili. In realtà, per il pedofilo l'incontro sessuale è la ripetizione di un rito costruito nella propria immaginazione con una precisione che nulla ha a che vedere con la spontaneità e la libertà caratterizzanti l'onnipotenza infantile, che è il regno della potenzialità e della creatività.

La risposta all'argomentazione pedofila deve essere la chiara proposizione della natura del desiderio infantile, la sua gratuità, il suo specifico linguaggio, il suo autonomo significato ludico, che non può essere cortocircuitato in una relazione sessuale con l'adulto, pena la devitalizzazione di tale desiderio, la morte della fiducia nei grandi, che non capiscono e non sono in grado di tradurre il linguaggio dei sensi e dei sentimenti dei bambini, appiattendolo sul proprio linguaggio passionale [31].

BIBLIOGRAFIA

1. Angelini, A. (2020). *Sergej M. Ejzenstejn, la psicologia e la psicoanalisi*. Alpes, Roma.
2. Johnson J.G., Cohen P., Smailes E.M., Kasen S., & Brook J.S., (2002). Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood, *Science*, 295, 5564: 2468-2471.
3. Citati, P. (2002, Marzo 25). Piccoli schiavi della TV, *La Repubblica*.
4. Anderson, Craig A., and Bushman B. J. (2002), *The Effects of Media Violence on Society*, «Science», 295, 5564: 2377-2379.
5. Huesmann, L.R., Moise–Titus, J., Podolsky, P., & Eron, L.D. (2003). Longitudinal relations between children’s exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992, *Developmental Psychology*, 39, 2: 201-221.
6. Bettelheim, B., (1985). *I bambini e la televisione*. In *La Vienna di Freud*, (pp. 170-177). Trad. it. A. Bottini. Feltrinelli, Milano, 1990.
7. Wang, Y., Hummer, T., Kronenberger, W., Mosier, K., & Mathews, V. (2011, December 1). Violent video games alter brain function in young men. Science Daily, In Radiological Society of North America. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/11/111130095251.htm>
8. De Kerckhove, D. (1995). *La pelle della cultura. Un’indagine sulla nuova realtà elettronica*. Trad. it. M.T. Carbone. Costa & Nolan, Genova, 1996.
9. Guerrini Degli Innocenti, B. (2011). Spazio onirico e spazio virtuale nel processo analitico, *Rivista di Psicoanalisi*, LVII, 3: 652.
10. Berlincioni, V., & Bruno, D. (2012). Inter-connessioni: Internet, cultura e psicopatologia nel mondo contemporaneo, *Quaderni de Gli Argonauti*, 24: 61-76.
11. Petrella, F. (2004). Violenza televisiva e salute mentale, *Gli Argonauti*, 101: 161-169.
12. Cacciari, M. (2018, 24 Giugno). Siamo al bivio del Male, *L’Espresso*.
13. Roccatò, P. (1998). Dal paziente freudiano al paziente catodico, *Micromega*, 3: 218-229.
14. Mc Dougall, J. (1982). *Teatri dell’Io: illusione e verità sulla scena psicoanalitica*. Trad. it. I. Ripamonti. Cortina, Milano, 1988.
15. Sifneos, P.E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 3: 113-116.
16. Marty, P., de M’Uzan, M. (1963). La pensée opératoire, *Revue Française de Psychanalyse*, 27, N. spécial: 345-355.
17. Albinati E., (2016). *La scuola cattolica*. Rizzoli, Milano.
18. Magris, C. (1999). *Utopia e disincanto. Storie, speranze, illusioni del moderno*. Garzanti, Milano.
19. Barale, F., Ferruta, A., (1997). But is Paris really burning? Uncertainty anxieties and the normal chaos of love, *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 2: 373-378.
20. Milella, M. (2001). “Pedofilia, pedofilie”. *Qualche riflessione sul libro di Cosimo Schinaia*. Inedito.
21. Ogden, T.H. (1989). *Il limite primigenio dell’esperienza*. Trad. it. D. Ferreri. Astrolabio, Roma, 1992.
22. Correale, A. (2021). *La potenza delle immagini*. Mimesis, Milano – Udine.
23. IPSOS (2010). *Sessualità e Internet: I comportamenti dei teen ager italiani*. Ricerca effettuata per conto dell’associazione Save the Children, IPSOS Public Affairs, Milano.
24. Schinaia, C. (2019). *Pedofilia e psicoanalisi. Figure e percorsi di cura*. Bollati Boringhieri, Torino.
25. Floridi, L. (2017). *La quarta rivoluzione. Come l’infosfera sta trasformando il mondo*. Cortina, Milano.
26. Segal, H. (1957). Notes on symbol formation, *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 6: 391-397.
27. Machado, L.M. (1996). Tranferencia e controtransferencia erotica na analise de crianças e adolescentes, *Revista Brasileira de Psicanálise*, XXX, 4: 1157-1172.
28. Green, A. (1997). *Nota sulla pedofilia*. In *Le catene di Eros. Attualità del sessuale* (pp. 187-189).

Trad. it. A. Verdolin. Borla, Roma, 1997.

29. IPSOS (2014). *Safer Internet Day study: il cyberbullismo*. Ricerca effettuata per conto dell'associazione Save the Children, IPSOS Public Affairs, Milano.

30. André, S. (1999). *La signification de la pédophilie*. Conférence présentation, <http://www.oedipe.org/fr/actualites/pedophilie>.

31. Ferenczi, S. (1932). *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In *Fondamenti di psicoanalisi, vol. III*, (pp. 415-427). G. Carloni & E. Molinari (a cura di). Trad. it. E. Ponsi Franchetti. Guaraldi, Rimini, 1974.

REVIEW

Considerazioni sulle caratteristiche ottimali della stanza di consulenza psicologica

Pietro Mosca¹, Vincenzo Paolo Senese¹, Daniela Cantone¹¹ Università della Campania Luigi Vanvitelli

ABSTRACT

The counselling room is the physical space in which counseling or psychotherapy service takes place. Despite it is necessary to provide any psychological support or care service, this topic has not been widely discussed in psychological research. First studies about the counselling room are analytic: Freud describes the analysis room by defining the role that the presence and position of the analytical couch plays in analytic practice. Even in child psychoanalysis, the room will be described in detail as an element that allows children to produce material for analysis. The counselling room has been the subject of experimental and health psychology works. With this in mind, we could identify some thematic cores to which particular attention has been paid, specifically the effects that characteristics of the counselling room exert on communication between occupants, and on the perceptions and feelings of users and psychologists have been investigated. Furthermore, more recent works have attempted to define the ideal characteristics for counselling room. These works have shown an evolution in involved methodologies, revealing a greater awareness in research of the holistic effects of this space on the occupants. We believe that knowing the effects that environmental variables have on the counselling or psychotherapy process is extremely useful both in public and private contexts, to provide adequate psychological services.

KEYWORDS

Counselling room; psychological counselling; psychotherapy; environmental psychology; clinical psychology.

ABSTRACT IN ITALIANO

La stanza della consulenza è lo spazio fisico in cui un servizio di consulenza o psicoterapia ha luogo. Questo argomento non ha avuto un'ampia trattazione nella letteratura psicologica, nonostante sia un elemento necessario per fornire qualsiasi servizio di supporto o cura psicologici. I primi lavori che riguardano la stanza della consulenza sono di matrice psicoanalitica: Freud descrive la stanza dell'analisi definendo il ruolo che nella pratica analitica gioca la presenza e la posizione del lettino nello spazio. Anche nella psicoanalisi infantile la stanza verrà descritta in dettaglio come elemento che permette al bambino di produrre materiale per l'analisi grazie agli elementi presenti in essa. La stanza della consulenza è stata oggetto di lavori di psicologia sperimentale e della salute. In quest'ottica possiamo individuare alcuni nuclei tematici a cui si è prestata particolare attenzione, nello specifico sono stati indagati gli effetti che caratteristiche della stanza di consulenza esercitano sulla comunicazione tra gli occupanti e sulle percezioni e sensazioni di utenti e psicologi. Inoltre, studi più recenti hanno tentato di definire le caratteristiche ideali per la stanza di consulenza. Questi lavori hanno mostrato un'evoluzione nelle metodologie impiegate, rivelando una maggior consapevolezza nella ricerca sul tema degli effetti olistici delle caratteristiche di questo spazio sugli occupanti. Riteniamo che conoscere gli effetti che le variabili ambientali esercitano sul processo di consulenza o psicoterapia, sia estremamente utile sia nei contesti pubblici che privati per fornire servizi psicologici adeguati.

PAROLE CHIAVE

Stanza della consulenza; consulenza psicologica; psicoterapia; psicologia ambientale; psicologia clinica.

Citation

Mosca P., Senese V. P., Cantone D. (2022). Considerazioni sulle caratteristiche ottimali della stanza di consulenza psicologica Phenomena Journal, 4, 55-68. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.154>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Pietro Mosca
pietro.mosca@studenti.unicampania.it

Ricevuto: 28 marzo 2022

Accettato: 11 maggio 2022

Pubblicato: 12 maggio 2022

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

1. La stanza della consulenza

La stanza della consulenza psicologica è lo spazio fisico in cui hanno luogo il processo di consulenza o di psicoterapia. Nonostante questo sia un elemento imprescindibile alla realizzazione di tali processi, la letteratura sull'argomento non è particolarmente ampia [1, 2, 3, 4, 5], soprattutto per quanto riguarda studi empirici e quantitativi [2] o che coinvolgano il punto di vista dell'utenza a cui si rivolge il servizio di consulenza [4].

Questa mancanza viene ricondotta da Pressly e Heesaker [1] a due ordini di fattori, i quali impedirebbero al terapeuta/psicologo di valutare in maniera corretta il peso che le caratteristiche dell'ambiente avrebbero sul processo di consulenza o terapia: l'errore fondamentale di attribuzione e l'euristica della disponibilità. Nel primo caso l'eccessiva focalizzazione dell'attenzione del professionista sull'utente oscurerebbe il ruolo delle variabili ambientali, nel secondo caso, invece, verrebbe attribuito un eccessivo peso alle variabili salienti del processo di consulenza o terapia, come la relazione tra psicologo/terapeuta e utente/paziente, mettendo in secondo piano il ruolo esercitato dalle caratteristiche del contesto circostante.

2. La stanza dell'analisi

I primi lavori sulla stanza della consulenza o psicoterapia sono di stampo psicoanalitico, secondo questo orientamento, infatti, lo spazio in cui ha luogo il processo di cura fa parte della cornice materiale del setting e si impone come elemento di costanza rispetto alla variabilità dello sviluppo dell'analisi [6, 7]. L'elemento che più caratterizza la stanza in cui avviene il trattamento analitico è il lettino, il quale, introdotto con il metodo ipnotico, rivestirà per Freud un importante ruolo nella tecnica, già dal caso di Dora [8]. Infatti, esso permette al paziente di concentrare le proprie energie psichiche sul trattamento in corso, impedendone la scarica nella motricità. Successivamente, il lettino permette a Freud [9] di disegnare per la stanza di analisi una geometria ben precisa: il lettino su cui è disteso il paziente viene posizionato dando le spalle alla poltrona dell'analista, in questa configurazione lo spazio ricopre una duplice funzione, frustrando le pulsioni voyeuristiche dell'analizzato e permettendo all'analista di lasciarsi andare alle proprie associazioni senza essere guardato dal paziente. All'interno della pratica analitica, l'utilità del lettino verrà rimarcata anche da altri autori, ad esempio, per il rilassamento che esso induce al paziente [10] o per il suo cruciale ruolo nell'imporre a questi i moti regressivi necessari al trattamento [11].

Anche nell'analisi infantile è possibile sottolineare il peso che lo spazio fisico ricopre per il proseguimento della cura. Nei primi lavori sull'argomento, infatti, viene descritto come la stanza d'analisi del bambino manchi di lettino ma preveda in compenso una serie di oggetti e giocattoli che permetteranno al piccolo, attraverso il gioco, di produrre le rappresentazioni necessarie al trattamento [12, 13].

3. L'influenza della stanza di consulenza sugli occupanti

Fuori dalla cornice psicoanalitica, la stanza della consulenza è stata oggetto di ricerca nell'ambito della psicologia sperimentale e della salute. In questi lavori tale spazio è stato indicato attraverso l'impiego di diverse formule quali *stanza della consulenza*, *stanza della consultazione*, *stanza del terapeuta* et similia: esse sono considerabili perfettamente equivalenti, pertanto in tale sede si utilizzerà solo la formula *stanza della consulenza* per esigenze di chiarezza espositiva.

Questo corpus teorico ha riguardato alcuni nuclei tematici:

1. l'influenza dello spazio sulla comunicazione interpersonale all'interno della stanza della consulenza [e.g. 14, 15]
2. il modo in cui questo ambiente agisce sulle previsioni degli utenti in merito alla consulenza o al trattamento ad essi destinati e sulle sensazioni esperite all'interno dello spazio [e.g. 2, 4]
3. le caratteristiche che la stanza di consulenza dovrebbe idealmente possedere nell'opinione di utenti/pazienti e psicologi/psicoterapeuti [e.g. 4, 5].

Sono state impiegate diverse metodologie, come ad esempio misure self report [e.g. 16, 17], interviste, questionari [e.g. 4, 5] e protocolli osservativi [e.g. 14, 18].

4. La comunicazione nella stanza di consulenza

Il processo di consulenza o di terapia è una pratica che si basa sulla parola, pertanto una delle tematiche a cui si è destinato notevole spazio nei lavori sul tema della stanza di consulenza è l'effetto che le caratteristiche di questo ambiente possono esercitare sulla quantità e qualità della comunicazione tra gli occupanti. Chaikin e colleghi [14] ad esempio hanno intervistato due gruppi di studenti universitari nella stessa stanza, arredandola e illuminandola in maniera differente. Un gruppo di partecipanti è stato intervistato in una stanza definita *intima e calda*, il secondo, invece, in una stanza che gli autori hanno definito *fredda*. Nel primo caso lo spazio era stato arredato utilizzando tappeti, superfici morbide, quadri ed era stata impiegata una luce calda e soffusa per illuminarlo, nel secondo, invece, le pareti erano spoglie ed era visibile il cemento nudo, non vi erano elementi decorativi né superfici imbottite ed era usata un'illuminazione brillante e con luce fredda. È emerso che la stanza *intima e calda* favoriva una maggiore self-disclosure dei partecipanti, che la consideravano più accogliente e comoda. Miwa e Hanyu [18] in un lavoro simile, hanno parzialmente confermato questi risultati, mostrando un effetto positivo della luce calda e soffusa impiegata nella stanza sulla self-disclosure e sulla durata della comunicazione, ma non riscontrando alcun effetto dell'arredo su queste due variabili. Secondo gli autori tale risultato sarebbe spiegato dalla non familiarità dei partecipanti con l'intervistatore, i quali, durante la comunicazione con una persona estranea, si focalizzerebbero maggiormente su quest'ultima e non sugli elementi del contesto circostante. Da tale considerazione deriva l'importanza della cura degli arredi della stanza di consulenza, specialmente quando utilizzata anche per la psicoterapia, processo che per la sua durata permette al paziente di sviluppare sensazioni di familiarità verso il terapeuta.

Preferenze per l'impiego di una luce calda e soffusa nella stanza di consulenza sono state riscontrate anche in lavori che hanno indagato le esperienze e considerazioni di utenti/pazienti e psicologi/terapeuti, i quali si sono definiti più a proprio agio ed inclini alla comunicazione in spazi illuminati in questa maniera. [e.g. 1, 5, 22] Gifford [15], invece, ha mostrato che quando la conversazione utilizzava il canale scritto, condizioni di illuminazione intensa miglioravano sia la comunicazione generale che quella riguardante aspetti più intimi e personali.

Queste conclusioni sono in parziale contrasto con alcuni risultati ottenuti in ambienti indoor, i quali mostrano un ottimale funzionamento umano in condizioni di luminosità diverse da una luce calda e soffusa. Utilizzando il modello di Kruithof [21], ad esempio, Kang e colleghi [22] hanno mostrato come la combinazione tra intensità luminosa e *correlated colour temperature* (CCT), che indica il "calore" della luce, influisca sulla *fluidity* percepita dagli occupanti nello spazio. Quest'ultima rappresenta la personale percezione di elaborare facilmente le informazioni e risulta positivamente correlata con l'autocontrollo, ossia la capacità di inibire stimoli distrattori. All'interno di uno spazio indoor, migliori punteggi di fluidity sarebbero associati a condizioni di illuminazione intensa combinata con CCT "calda" e di illuminazione soffusa in combinazione con una CCT "fredda". Queste condizioni di luminosità permetterebbero agli occupanti di uno spazio un miglior funzionamento ed un minor carico cognitivo nello svolgimento di compiti e azioni.

La preferenza nella stanza di consulenza per un'illuminazione calda e soffusa, quindi, mostra come questo spazio riguardi processi sovrapponibili solo in parte a quelli esperiti generalmente negli ambienti indoor e che pertanto richieda un'attenzione specifica da parte della ricerca psicologica.

L'effetto dell'arredo della stanza di consulenza sulla comunicazione non è solo a carico delle caratteristiche dei mobili utilizzati [14, 18], ma anche della disposizione di questi all'interno dello spazio. Meherabian [22] valutando quantità e qualità della comunicazione di diadi di estranei all'interno della stessa stanza, ha notato che diversi orientamenti del mobilio impiegato, e conseguentemente diverse disposizioni della diade all'interno dell'ambiente, influivano sia sulla quantità che sulla positività delle interazioni. La posizione frontale, infatti, è risultata quella più indicata per favorire l'interazione tra gli occupanti, che era invece ostacolata quando le persone erano sedute lateralmente. Da questo lavoro è emerso anche il ruolo, come facilitatori di comunicazione, di elementi di decoro, i quali permettono agli occupanti di trovare spunti conversazionali che favoriscono le interazioni; elemento confermato anche da lavori più recenti [e.g. 4].

In quest'ottica, è stato mostrato, ad esempio, che la disposizione di una scrivania tra utente e psicologo è considerata creare disagio in utenti con un alto livello di ansia [24], invece, in un altro lavoro, che l'inserimento di un tavolo come barriera tra utente e professionista fa percepire questi come più attraente [24]; sia l'ansia percepita dall'utente che la considerazione che questi ha dello psicologo possono esercitare un effetto sulla comunicazione all'interno della stanza di consulenza. Gli effetti della disposizione dell'arredamento potrebbero probabilmente derivare da una sua inter-

ferenza con le zone di buffer corporeo degli occupanti della stanza di consulenza, di fatto un dato posizionamento dei mobili all'interno di uno spazio chiuso implica che chi si trova al suo interno occupi una specifica area della stanza. Le zone di buffer corporeo sono delle aree circostanti l'individuo in cui l'intrusione di terzi è considerata negativamente dal soggetto, la loro estensione varia rispetto al quadro clinico [26] e al sesso [27] dell'individuo.

5. Le percezioni dell'utente nella stanza di consulenza

I lavori sulle percezioni degli occupanti nella stanza di consulenza hanno riguardato principalmente l'effetto che determinate caratteristiche dello spazio esercitano sulle aspettative dell'utente circa la credibilità dello psicologo/terapeuta e la qualità delle cure che si riceveranno.

Bloom e colleghi [28], ad esempio hanno mostrato come l'aspetto della stanza di consulenza incida sulla credibilità del terapeuta. Ad un gruppo di studenti sono state mostrate due stanze, una *formale* che prevedeva una scrivania tra terapeuta e paziente e diplomi appesi al muro ed una *umanistica* in cui la scrivania non era utilizzata ai fini della terapia ma messa in un angolo, con conseguente minor distanza tra terapeuta e paziente nella stanza, e con dei poster appesi alle pareti. Inoltre, a metà dei partecipanti è stato riferito che il terapeuta che lavorava nella stanza formale fosse un uomo e che quello che lavorava nella stanza umanistica fosse una donna, all'altra metà è stata riferita l'informazione inversa. È emerso che gli utenti percepivano una maggiore credibilità del professionista quando uno psicoterapeuta donna era associata alla stanza formale e quando, invece, uno psicoterapeuta uomo si associava a quella umanistica. Gli autori spiegano questo fenomeno attraverso l'esistenza di stereotipi di genere sulle caratteristiche dei terapeuti, stereotipi secondo cui un terapeuta uomo è più associato ad uno studio tradizionale, formale ed autoritario, mentre una terapeuta donna ad uno studio meno formale e meno strutturato; i terapeuti sarebbero stimati più credibili quando considerati in possesso di caratteristiche in grado di andare contro la percezione stereotipata che gli utenti possono avere di loro. Questo lavoro sostiene lo spazio fisico come elemento da cui poter evincere possibili significati attribuiti alla persona del terapeuta e che può condizionare il processo terapeutico. Di fatto, Bloom e colleghi [28] considerano lo spazio della consulenza uno dei fattori che concorrono all'effetto terapeutico del trattamento, ossia in grado di modularne sviluppo e risultati.

L'influenza della stanza di consulenza sulle caratteristiche percepite dello psicologo/terapeuta potrebbe essere mediata dall'abbigliamento di quest'ultimo, il quale partecipa con il suo corpo alla creazione dello spazio per il trattamento [29]. Amira e Abramowitz [30], ad esempio, hanno valutato come la relazione tra abbigliamento del terapeuta e arredo della stanza di consulenza potesse influire su diverse dimensioni come le aspettative circa la sua competenza e credibilità, l'appropriatezza per il proprio o altrui trattamento, e le previsioni sulla qualità della cura. Ne è emerso che i punteggi di tutte le dimensioni erano migliori per stanze formali associate ad

un abbigliamento casual del terapeuta, mentre non è stato trovato un effetto principale di questa variabile; tali risultati sono coerenti con lavori precedenti sull'argomento [31, 32]. D'altra parte, le caratteristiche estetiche di uno spazio fisico influiscono sulla maniera in cui si percepiscono le qualità degli occupanti al suo interno, ad esempio, i volti delle persone appaiono associati ad una miglior energia e benessere quando sono giudicati in ambienti esteticamente piacevoli, diversamente a quanto accade in luogo non attraente [33].

Più recentemente, Nasar e Devlin [34] hanno mostrato come stanze della consulenza arredate con superfici morbide, che prevedevano elementi di personalizzazione dello spazio, come foto, diplomi o piante, e che possedevano un certo livello di ordine, fossero associate ad una maggiore competenza, fiducia e attrattiva sociale del terapeuta, rispetto a spazi che non avevano queste caratteristiche. Inoltre, è emerso che un livello intermedio di ordine nella stanza di consulenza aiutava a percepire uno spazio che non fosse considerato né impersonale né confuso o abbandonato. Questi risultati sono stati confermati anche in uno studio transculturale che ha coinvolto partecipanti provenienti da Stati Uniti, Vietnam e Turchia. Le differenze culturali non hanno influito sull'effetto che la morbidezza dello spazio, gli elementi di personalizzazione e l'ordine esercitavano sulla percezione delle caratteristiche personali del terapeuta, ma soltanto sull'ordine di importanza in cui queste venivano considerate [35]. Tali elementi sono stati reputati importanti anche dai terapeuti, che hanno associato spazi con simili caratteristiche a giudizi migliori sui colleghi che immaginavano lavorassero al loro interno [16].

Infine, un effetto specifico dell'aspetto della stanza di consulenza sulla competenza percepita del terapeuta che lavora al suo interno è risultato dipendere dal numero di titoli esposti dal professionista nel proprio studio, all'aumentare dei quali egli/ella era percepito/a come più competente [36].

La relazione che intercorre tra lo spazio destinato alla consulenza e la maniera in cui il terapeuta viene percepito dall'utente/paziente è un elemento che sottolinea l'importanza di curare questo ambiente: una più positiva percezione dello psicologo/terapeuta, infatti, migliora le aspettative dell'utente/paziente circa il processo di consulenza e terapia con un conseguente effetto benefico sui loro outcomes [37, 38].

6. Le sensazioni degli utenti all'interno della stanza della consulenza

La consulenza psicologica e la psicoterapia sono processi che coinvolgono numerosi meccanismi psichici, pertanto lo spazio in cui questi processi hanno luogo può comunicare sensazioni differenti e trasmettere significati che facilitano od ostacolano la loro evoluzione [5, 29].

Una delle sensazioni considerata centrale nella letteratura sulla stanza della consulenza è il *comfort*. Sperimentare una sensazione di piacevolezza fisica all'interno della stanza, infatti, è risultato fondamentale sia per utenti/pazienti che per psicologi/psicoterapeuti, sia in lavori che hanno indagato esperienze e considerazioni dei partecipanti [e.g. 1, 5], sia in cui sono stati utilizzati protocolli sperimentali [e.g. 14,

18]. Il comfort dello spazio di consulenza è associato alla presenza di superfici imbottite, come divani o cuscini, e all'utilizzo di un'illuminazione calda e soffusa [1, 2, 4, 5, 23, 29, 39].

L'elemento di arredo più importante per la stanza della consulenza psicologica è la sedia, ritenuta centrale nell'arredamento di questo spazio sia dagli utenti/pazienti che dagli psicologi/psicoterapeuti [2, 5, 29, 40], in quanto le sue caratteristiche, più di quelle di altri elementi, favoriscono la percezione di uno spazio confortevole [2, 5, 29]. Diversi lavori indicano che la sedia impiegata nella stanza di consulenza dovrebbe essere imbottita [e.g. 14, 39], provvista di braccioli [e.g. 39] e permettere di regolarne sia la seduta [5] che la posizione nello spazio [2, 5, 39]. Inoltre va considerato che la comodità all'interno di un ambiente terapeutico potrebbe giocare un ruolo cruciale per un futuro trattamento, poiché la sensazione di scomodità potrebbe essere utilizzata come una difesa rispetto ai significati coinvolti nel processo della cura [29].

Oltre alla comodità, uno dei ruoli della stanza di consulenza dovrebbe essere quello di mettere a proprio agio gli utenti/pazienti. Questa sensazione è risultata associata a stanze della consulenza che impiegavano un arredo simile a quello utilizzato in un'abitazione privata [4, 5, 29, 39], tale qualità o stile, infatti, agisce positivamente sulla comunicazione [14, 15], permette agli utenti/pazienti di sentirsi *a casa* [4] e riduce le sensazioni di vulnerabilità durante la permanenza nella stanza [39]. Oltre ai mobili, un simile aspetto per la stanza della consulenza è ottenibile attraverso l'introduzione di elementi decorativi [2, 34, 29, 39] che favoriscono aspettative più positive degli utenti [e.g. 34] e migliorano le impressioni che questi hanno dello psicologo/terapeuta [e.g. 39]. I suddetti elementi sono pertanto considerati fondamentali per gli occupanti della stanza di consulenza al fine di realizzare un ambiente considerato accogliente [2, 39], al netto della soggettività e del gusto personali [39]. Di contro, va indicato che spesso la consulenza è offerta all'interno di stanze in cui è presente l'arredamento tipico della professione medica, come il lettino adibito alla visita del paziente o l'armadietto dei medicinali [5, 29] e questa situazione è altamente sconsigliabile. Sia pazienti che terapeuti, infatti, hanno espresso forte disagio ad usufruire di consulenze psicologiche o psicoterapie all'interno di ambienti simili [5], inoltre, in tali condizioni il rischio è che lo spazio comunichi all'utente/paziente il messaggio di essere una persona malata, ostacolando lo sviluppo della consulenza o psicoterapia [29].

Infine, la stanza di consulenza dovrebbe trasmettere ad utenti/pazienti la sensazione di essere al sicuro e tutelati nella propria privacy. In questo caso oltre agli aspetti estetici dello spazio citati in precedenza, potrebbe ricoprire un ruolo di rilievo l'insonorizzazione dei locali e la produzione di rumori bianchi, in grado di evitare la percezione che dall'esterno sia possibile origliare le conversazioni all'interno della stanza [2, 23, 29, 39], inoltre, è importante che la stanza di consulenza sia uno spazio circoscritto e che non si manifesti all'utente/paziente come un'area non separata dal contesto circostante, permettendo continue intrusioni di terzi durante la consulenza o la psicoterapia [29].

Le tre dimensioni descritte, e le caratteristiche dello spazio a cui esse sono connesse, sono risultate correlate positivamente in letteratura con elementi e condizioni che favoriscono il processo di consulenza o psicoterapia [2, 4, 5, 14, 18, 23, 29].

7. Le caratteristiche ideali della stanza di consulenza

Gli studi più recenti sull'argomento della stanza di consulenza psicologica si sono riferiti a questo spazio nel suo insieme, occupandosi, piuttosto che di singole qualità dell'ambiente e del loro effetto sul funzionamento di utenza o professionisti, delle esperienze e considerazioni sia di pazienti/utenti che di psicoterapeuti/psicologi, attraverso la somministrazione di interviste e questionari. Questo approccio ha permesso di definire quali dovrebbero essere, generalmente, le caratteristiche di un luogo deputato a servizi di consulenza e psicoterapia, le quali confermano largamente i risultati della letteratura precedente.

Ad esempio, Pearson e Wilson [2] hanno indagato le considerazioni sullo spazio destinato alla consulenza di psicologi professionisti che lavoravano nei servizi di counselling, attraverso l'impiego di questionari ad hoc. Ne è emerso che per i professionisti vi erano diversi elementi la cui cura era ritenuta fondamentale per la stanza di consulenza, come ad esempio la possibilità per il paziente di scegliere il posto dove sedersi. Infatti, secondo i partecipanti, per i pazienti era fondamentale la possibilità di decidere il punto della stanza in cui accomodarsi, questa eventualità faceva percepire lo spazio come molto confortevole. Anche le dimensioni della stanza rivestivano un ruolo di rilievo nella composizione di uno spazio adeguato alla consulenza, poiché una sua area eccessivamente ampia o ridotta avrebbe potuto incutere sensazioni di smarrimento o claustrofobia. Nella stanza, è stata indicata, come più volte in lavori sull'argomento, un'illuminazione calda e soffusa come ottimale, meglio ancora se ottenuta attraverso la luce naturale proveniente da una finestra. Anche Backhaus [23] ha riscontrato un'inclinazione di utenti/pazienti e psicologi/psicoterapeuti nel preferire un'illuminazione naturale all'interno della stanza di consulenza, infatti, l'autore consiglia la presenza di finestre in questo spazio. Questo risultato trova conferma in lavori precedenti, essendo stato più volte riscontrato che negli spazi indoor la luce naturale esercita effetti benefici sul funzionamento umano, ad esempio, essa viene preferita in ambienti di lavoro [41] e riduce i livelli di stress e di ansia [42]. Pearson e Wilson [2] non hanno rintracciato un colore che fosse preferito per la stanza di consulenza, pur riscontrando che un utilizzo accorto delle tinte da impiegare nello spazio fosse largamente considerato importante nella creazione di un ambiente adatto alla consulenza. Molti lavori sono concordi con l'importanza del colore nel design della stanza di consulenza, ma la letteratura sull'argomento presenta risultati contrastanti [42, 43]. È da considerare, comunque che l'individuazione del colore ideale per un ambiente oltre a coinvolgere il gusto personale, è un'operazione complicata dalle relazioni che intercorrono tra le diverse tinte impiegate nello spazio, i materiali, le texture superficiali e le condizioni dell'illuminazione indoor [43]. Liu e colleghi [17], hanno però individuato attraverso un modello che interpolava tonalità

di colore e giudizi sulle tinte da impiegare nella stanza di consulenza, che il colore più adatto per questo spazio sarebbe il *blu/verde* indipendentemente dal sesso o dall'età dei soggetti. Infine, dal lavoro di Pearson e Wilson [2] è emerso che tutti i partecipanti convenivano sull'importanza delle decorazioni nella stanza di consulenza, affinché lo spazio non apparisse né spoglio né troppo formale.

Sanders e Lehman [39], attraverso interviste semi-strutturate, hanno realizzato il design della stanza di consulenza ideale, indagando le esperienze e le considerazioni di utenti di servizi di counselling e psicoterapia. Anche in questo caso, è emerso l'importante tema della comodità degli spazi e la necessità che questi trasmettessero emozioni positive. La stanza definita da questo lavoro, presentava una sedia imbottita posizionata vicino ad un muro, un tavolino da caffè, una finestra ampia per permettere un'illuminazione naturale dell'area e pareti tinte con colori chiari. L'ambiente così realizzato risultava familiare, in linea con i lavori che indicano questi tipi di stanza come ideali per la consulenza [e.g. 4, 14, 29], al fine di mettere a proprio agio gli utenti ed evitare sensazioni di vulnerabilità. Inoltre, è emersa l'importanza di insonorizzare lo spazio, poiché la tutela della privacy è stata considerata dall'utenza fondamentale, in accordo con la letteratura precedente [e.g. 2, 23, 29].

Sinclair [2], infine, attraverso questionari on-line ed interviste ha integrato nella definizione dello spazio ideale per la consulenza psicologica le opinioni sia dell'utenza di servizi di consulenza che di psicologi e terapeuti professionisti. Dai dati raccolti è emerso che un ambiente ideale per i processi di consulenza e terapia dovrebbe destinare una cura importante ai posti a sedere, che dovrebbero essere comodi, in linea con la letteratura citata precedentemente [e.g. 2, 14], ed essere regolabili per inclinazione e posizione nello spazio. Inoltre, è stata considerata importante la temperatura dell'ambiente e l'insonorizzazione degli spazi, oltre che la possibilità di evitare interferenze al servizio di consulenza e inaccessibilità. È stato sottolineato, come sia gli psicologi che l'utenza dei servizi, siano consapevoli del ruolo giocato dallo spazio fisico nelle emozioni e sensazioni trasmesse agli occupanti della stanza e siano concordi nel ritenere importante, al fine di favorire il processo di consulenza e psicoterapia, destinare particolare cura a questi ambienti.

8. Conclusioni

Nonostante la letteratura sulla tecnica del consulenza psicologica abbia dato maggiore importanza all'assetto mentale del clinico piuttosto che all'insieme delle condizioni materiali e delle regole formali che permettono l'intervento psicologico-clinico [1, 29], riteniamo che, tra le condizioni materiali, la stanza eserciti un significativo effetto sugli occupanti, veicolando idee, messaggi e significati che incideranno sul loro funzionamento cognitivo ed emotivo e pertanto necessiti di un'adeguata attenzione quando si progettano o si ristrutturano servizi di consulenza e psicoterapia.

La letteratura sulla stanza di consulenza psicologica sopra descritta permette diverse considerazioni.

Innanzitutto, è possibile individuare nel corpus teorico di riferimento una grande coe-

renza tra i risultati ottenuti, nonostante siano state usate metodologie differenti. In una prima fase, nei lavori sul tema, infatti, è possibile ravvisare una tendenza alla ricerca di effetti specifici di caratteristiche singole dello spazio [e.g. 14, 18]. Questa direzione si modifica nei lavori più recenti, in cui la stanza di consulenza non viene più esplorata nelle sue singole caratteristiche, ma attraverso la co-occorrenza delle stesse nella creazione di un ambiente funzionale al processo [e.g. 2, 5]. In quest'ottica, il cambiamento di metodo è necessario. Non viene più impiegata una tecnica che permetta la registrazione di outcomes, bensì metodi e strumenti che consentano l'esplorazione tout-court della relazione tra le caratteristiche dello spazio e l'ampio ventaglio di produzioni emotive, sensoriali, percettive e cognitive nell'esperienza reale di professionisti e utenti riguardo la stanza di consulenza. Questo approccio è probabilmente il più indicato a cogliere la varietà degli effetti che le variabili ambientali esercitano sui soggetti presenti all'interno dello spazio, in cui giocano un ruolo importante, oltre che le qualità del luogo e le loro connessioni, variabili intra ed inter-personali. Il processo evolutivo della concezione dello spazio della consulenza e della maniera in cui indagare e misurare le sue peculiarità, rispecchiano di conseguenza, oltre che un naturale progresso nella ricerca psicologica, anche una considerazione più attenta della complessità del singolo, dello spazio e conseguentemente della loro relazione.

Ad esempio, da lavori empirici sulla stanza di consulenza è emerso che un arredo caratterizzato da superfici morbide ed un'illuminazione calda e soffusa migliorino la quantità e qualità della comunicazione [e.g. 14, 18] e che uno spazio ordinato e in cui siano presenti elementi di personalizzazione della stanza sia associato a migliori previsioni circa le qualità dello psicologo/psicoterapeuta e del servizio che si riceverà [e.g. 16, 30, 34]. Queste caratteristiche per la stanza di consulenza sono state considerate tra quelle ideali in lavori che hanno indagato le esperienze sia di pazienti/utenti che di psicologi/terapeuti [e.g. 2, 4, 5]. I partecipanti a questi studi, infatti, hanno spiegato come stanze della consulenza con arredi morbidi e luci calde e soffuse permettessero loro di sentirsi più comodi e a proprio agio, consentendo un miglior svolgimento del processo di consulenza o psicoterapia e migliori sensazioni associate ad essi, diversamente da quanto accadeva in spazi più spogli o angusti, oppure in cui veniva impiegato l'arredo tipico della professione medica. Risulta chiaro che nella rievocazione della propria esperienza nello spazio di consulenza, i partecipanti a questi studi non facessero riferimento a singoli elementi dell'ambiente avulsi dal contesto, bensì al proprio vissuto rispetto alla gestalt di tutti gli oggetti presenti nella stanza. In generale, non è possibile considerare l'ambiente nel quale viene offerta una prestazione psicologico-clinica, consulenza o psicoterapia, come uno spazio anonimo e vuoto; questo si configura, piuttosto, come un insieme di elementi che saranno utilizzati dall'utente per le proprie produzioni, attraverso l'attribuzione di significati. Sarà quindi possibile che la scomodità di una sedia presente nella stanza, diventi una difesa, o che il significato di separazione, ontologicamente appartenente alla porta, si distorca, trasformando l'elemento in qualcosa che coattamente esclude o rinchioda; a questo processo partecipa anche la fisicità e la persona del clinico, al quale è pos-

sibile vengano attribuiti significati relativi alla gestalt dell'ambiente, e così che una stanza spoglia potrà svilire la sua persona agli occhi del paziente [29].

Partendo da questi presupposti, risulta evidente come la stanza di consulenza o psicoterapia sia un elemento che partecipi attivamente al processo che si svolge al suo interno, pertanto sarebbe auspicabile conoscerne e gestirne gli effetti. Un'attenta cura delle variabili ambientali può incidere sulla riuscita del trattamento offerto rendendolo più efficace.

Va considerato che subito dopo aver preso formale appuntamento con il servizio, l'utente inizi a fantasticare sul suo incontro con il professionista, ma che sia proprio il contatto con la stanza di consulenza il primo reale approccio con la cura psicologica. In quest'ottica, agire sull'aspetto della stanza significa lavorare sulla prima impressione dell'utente, considerando quanto questa possa incidere, insieme ad altri fattori che riguardano specificamente la persona del clinico, sull'alleanza diagnostica e terapeutica.

I lavori citati sul tema della stanza della consulenza, che coprono un arco temporale di circa sessanta anni, sono concordi nella definizione delle caratteristiche che essa dovrebbe avere. Alla luce di questi riteniamo che sostanzialmente questa dovrebbe possedere le stesse qualità di un'abitazione privata, e configurarsi come uno spazio comodo, sobrio, senza risultare spoglio, in grado di mettere a proprio agio chi si trova all'interno e di trasmettere un senso di privacy e sicurezza. Un simile aspetto per lo spazio si ottiene attraverso la presenza di superfici morbide, come sedie e divani imbottiti, l'inserimento di elementi decorativi, come quadri o piante, e l'impiego di luci calde e soffuse nell'ambiente, insieme all'illuminazione naturale proveniente dall'esterno [e.g. 1, 5, 14]. È evidente come la realizzazione di una stanza che abbia queste caratteristiche non richieda particolari risorse, essendo gli elementi d'arredo necessari largamente comuni e disponibili sul mercato a prezzi più o meno competitivi e la loro reperibilità e accessibilità dovrebbero fungere da stimolo per implementarli negli ambienti della cura psicologica.

In aggiunta, dal momento che le informazioni più recenti sulle caratteristiche che la stanza di consulenza dovrebbe possedere provengono da studi che hanno indagato le esperienze dell'utenza e dei professionisti della cura psicologica, la realizzazione di questi ambienti potrebbe passare proprio per il loro coinvolgimento, ad esempio, attraverso interviste e questionari che indaghino preferenze e opinioni rispetto a questo spazio e che prendano in considerazione il loro punto di vista nella definizione delle caratteristiche della stanza della consulenza. Inoltre, le possibilità tecnologiche attuali permettono la creazione di numerose simulazioni virtuali della stanza in questione, per mezzo delle quali valutare l'adeguatezza dell'ambiente prima della sua realizzazione materiale.

Un approccio simile, infatti, potrebbe portare ad una considerazione più positiva degli utenti circa la cura psicologica, riducendo lo stereotipo negativo di cui essa soffre e a migliorare le condizioni di lavoro del clinico, oltre ad influire più positivamente sulle caratteristiche delle variabili ambientali coinvolte nei processi di consulenza e psicoterapia.

Riteniamo tali considerazioni siano valide sia in riferimento all'ambito privato che a quello pubblico. In ambito privato, il professionista, pur nella assoluta libertà di progettare la stanza di consulenza secondo il suo gusto personale, troverebbe nelle evidenze della letteratura linee guida per realizzarla nella maniera più confortevole e funzionale per accogliere clienti e pazienti, ma anche per trascorrervi egli stesso gran parte della giornata; in ambito pubblico, tenere conto di come un ambiente fisico inadeguato possa influenzare negativamente i processi di cura, ad esempio trasmettendo significati confondenti se non addirittura sventanti per l'utenza, si pensi alle consulenze psicologiche offerte in ambienti medici oppure alle consulenze psicologiche offerte a studenti in aule o ex aule abbandonate, permetterebbe un potenziamento, anche nel senso di miglioramento della rappresentazione sociale, dei servizi di consulenza e cura offerti alla popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Pressly, P. K., & Heesacker, M. (2001). The Physical Environment and Counseling: A Review of Theory and Research. *Journal of Counseling & Development*, 79(2), 148–160. doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01954.x
2. Pearson, M., & Wilson, H. (2012). Soothing spaces and healing places: Is there an ideal counselling room design? *Psychotherapy in Australia*, 18(3), 46 – 53
3. Rogers, S. L., Edwards, S. J., Human, P., & Perera, R. (2016). The importance of the Physical Environment for Child and Adolescent Mental Health Services. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(1), 35-45. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v11i1.237>
4. Jones, J. K. (2020). A place for therapy: Clients reflect on their experiences in psychotherapists' offices. *Qualitative Social Work*, 19(3), 406–423. doi:10.1177/1473325020911676
5. Sinclair, T. (2020). What's in a therapy room?—A mixed-methods study exploring clients' and therapists' views and experiences of the physical environment of the therapy room. *Couns Psychother Res.* 2021;21:118–129. <https://doi.org/10.1002/capr.12376>
6. Etchegoyen, R. H. (1986). I fondamenti della tecnica psicoanalitica. Trad.it., Roma: Astrolabio, 1990.
7. Civitarese, G. (2011). La violenza delle emozioni. *Bion e la Psicoanalisi postbioniana*. Milano: Cortina, 2011.
8. Freud, S. (1899). L'interpretazione dei sogni. Trad.it., Roma: Newton Compton Editori, 2014.
9. Freud, S. (1913). Inizio del trattamento. OFS: 7, Torino: Boringhieri, 1975.
10. Fenichel, O. (1941). Problemi di tecnica psicoanalitica. Trad.it., Torino: Boringhieri, 1974.
11. Macalpine, I. (1950). Lo sviluppo della traslazione. In: Setting e processo psicoanalitico, Trad.it., Milano: Cortina, 1988.
12. Klein, M. (1932). La psicoanalisi dei bambini. Trad.it., Firenze: Martinelli, 1988.
13. Winnicott, D. W. (1941). L'osservazione dei bambini piccoli in una situazione prefissata. In. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Trad.it., Firenze: Martinelli, 1975.
14. Chaikin, A. L., Derlega, V. J., & Miller, S. J. (1976). Effects of room environment on self-disclosure in a counseling analogue. *Journal of Counseling Psychology*, 23(5), 479–481. doi:10.1037/0022-0167.23.5.479
15. Gifford, R. (1988). Light, decor, arousal, comfort and communication. *Journal of Environmental Psychology*, 8(3), 177–189. doi:10.1016/s0272-4944(88)80008-2
16. Devlin, A. S., & Nasar, J. L. (2012). Impressions of psychotherapists' offices: Do therapists and clients agree? *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 118-122. doi:10.1037/a0027292
17. Liu, W., Ji, J., Chen, H., & Ye, C. (2014). *Optimal Color Design of Psychological Counseling*

- Room by Design of Experiments and Response Surface Methodology. PLoS ONE*, 9(3), e90646. doi:10.1371/journal.pone.0090646
18. Miwa, Y., & Hanyu, K. (2006). *The Effects of Interior Design on Communication and Impressions of a Counselor in a Counseling Room. Environment and Behavior*, 38(4), 484–502. doi:10.1177/0013916505280084
19. Rogers, S. L., Edwards, S. J., Human, P., & Perera, R. (2016). The importance of the Physical Environment for Child and Adolescent Mental Health Services. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(1), 35–45. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v11i1.237>
20. Iachini, T. M. (2012). Multisensory Assessment of Acoustic Comfort Aboard Metros: a Virtual Reality Study. *Applied Cognitive Psychology*, 26(5), 757–767. doi:10.1002/acp.2856
21. Kruithof, A. A. (1941). “Tubular luminescence lamps for general illumination,” philips technical review
22. Kang, S. Y., Youni, N., & Yoon, H. C. (2019). *The self-regulatory power of environmental lighting: The effect of illuminance and correlated color temperature. Journal of Environmental Psychology*. doi:10.1016/j.jenvp.2019.02.006
23. Backhaus, K. L. (2008). Client and therapist perspectives on the importance of the physical environment of the therapy room: A mixed methods study. ProQuest Information & Learning
24. Widgery, R., & Stackpole, C. (1972). Desk position, interviewee anxiety, and interviewer credibility: An example of cognitive balance in a dyad. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 173–177.
25. Lundeen, E. J., & Schuldt, W. J. (1989). Effects of therapist’s self-disclosure and a physical barrier on subjects’ perceptions of the therapist: An analogue study. *Psychological Reports*, 64, 715–720.
26. Horowitz, M. J., Duff, D. F., & Stratton, L. O. (1964). Body buffer zone: Exploration of personal space. *Archives of General Psychiatry*, 11, 651–656.
27. Bechtel, R. B. (1997). *Environment and behavior: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
28. Bloom, L. J., Weigel, R. G., & Trautt, G. M. (1977). Therapeutic factors in psychotherapy: Effects of office decor and subject-therapist sex pairing on the perception of credibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 867–873. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.5.867>
29. Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Milano: Cortina Editore
30. Amira, S., & Abramowitz, S. I. (1979). Therapeutic attraction as a function of therapist attire and office furnishings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 198–200. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.1.198>
31. Stillman, S. S., & Resnick, H. Does counselor attire matter? *Journal of Counseling Psychology*, 1972, 19, 347–348.
32. Kerr, B. A., & Dell, G. M. Perceived interviewer expertness and attractiveness: Effects of interviewer behavior, attire and interviewer setting. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 553–556.
33. Maslow, A.H., & Mintz, N.L. (1956). *The Journal of Psychology*, 41, 247–254.
34. Nasar, J., & Devlin, A. (2011). Impressions of Psychotherapists’ Offices. *Journal of counseling psychology*. 58. 310–20. 10.1037/a0023887
35. Devlin, A. S., Nasar, J. L., & Cubukcu, E. (2013). Students’ Impressions of Psychotherapists’ Offices. *Environment and Behavior*, 46(8), 946–971. doi:10.1177/0013916513498602
36. Devlin, A. S., Donovan, S., Nicolov, A., Nold, O., Packard, A., & Zandan, G. (2009). “Impressive?” Credentials, family photographs, and the perception of therapist qualities. *Journal of Environmental Psychology*, 29(4), 503–512
37. Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, 3rd ed. Johns Hopkins University Press.
38. Frank, J. D., & Frank, J. B. (2004). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In A. Freeman, M. J. Mahoney, P. Devito, & D. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2nd ed., pp. 45–78). New York, NY: Springer.
39. Sanders, R., & Lehmann, J. (2018). An exploratory study of clients’ experiences and preferences for counselling room space and design. *Counselling and Psychotherapy Research*, doi:10.1002/capr.12202

40. Phelps, C., Horrigan, D., Protheroe, L. K., Hopkin, J., Jones, W., & Murray, A. (2008). “I wouldn’t classify myself as a patient”: The importance of a “well-being” environment for individuals receiving counselling about familial cancer risk. *Journal of Genetic Counselling*, 17, 394 – 405
41. Wei, M. H. K. (2014). Field study of office worker responses to fluorescent lighting of different CCT and lumen output. *Journal of Environmental Psychology*, 39, 62-76
42. Dijkstra, K. P., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. Th. H. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*, 28, 268 – 277
43. Dalke, H. L. (2006). Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology*, 38(4-6), 343–365. doi:10.1016/j.optlastec.2005.06.040

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Incorporating the Principles of Acceptance and Commitment Therapy into Equine-Assisted Psychotherapy

Roberta Caiazza¹, Toby King¹, Melissa Davis², Eva Lee², Gwyneth Doherty-Sneddon²

¹ Northumbria Healthcare NHS Foundation

² Newcastle University



Citation

Caiazza R., King T., Davis M., Lee E., Doherty-Sneddon G. (2022). Incorporating the Principles of Acceptance and Commitment Therapy into Equine-Assisted Psychotherapy Phenomena Journal, 4, 69-76. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.161>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Roberta Caiazza
roberta.caiazza@northumbria-healthcare.nhs.uk

Ricevuto: 19 aprile 2022

Accettato: 18 maggio 2022

Publicato: 6 giugno 2022

ABSTRACT IN ITALIANO

La terapia assistita con cavalli è un modello di intervento progettato per trattare una varietà di condizioni neuro-psicopatologiche, da lievi a moderate, che sembra fornire risultati promettenti ma, allo stato attuale manca di una solida base teorica di riferimento e di un'adeguata verifica empirica. Essa presenta punti di contatto con il modello terapeutico di accettazione e di impegno nell'azione, la cui validità scientifica è ampiamente riconosciuta. Entrambi i modelli in particolare incoraggiano il paziente a essere "presente nel qui e ora" e a concentrarsi sulle azioni intenzionali. Il presente lavoro descrive i punti di sovrapposizione tra i due modelli e fornisce un'ipotesi di integrazione che può dare evidenza scientifica alla terapia assistita con cavalli.

KEYWORDS

Terapia assistita con cavalli, Terapia di accettazione e di impegno nell'azione, Terapia assistita con animali.

ABSTRACT

Equine-assisted psychotherapy is a promising new psychotherapeutic intervention designed to treat a variety of mild to moderate mental health conditions, however it appears to lack a strong psychological framework underpinning the methodology. The Acceptance and Commitment therapy model complements equine-assisted psychotherapy, with both approaches encouraging clients be in the 'present moment' and focused on committed action. We highlight how these two therapeutic interventions can be incorporated and aligned together to create an effective evidenced-based treatment for mental health conditions. Discussions on the similarities will address how each model can overlap each other.

PAROLE CHIAVE

Equine Assisted Therapy, Acceptance Commitment Therapy, Animal Assisted therapy.



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

1. Introduction

Equine Assisted Psychotherapy (EAP) has become a topic of increasing interest over the past several decades within mental health. The beneficial effects of equine-human interaction on humans, has been documented throughout history, associated with both riding and non-riding experience [1; 2; 3].

With the founding of the British Riding for the Disabled Association (RDA) in 1969, therapeutic horse riding began to gain recognition in the United Kingdom [4]. The Equine Assisted Growth and Learning Association (EAGALA) was established in the United States three decades later, in 1999. EAGALA is now a prominent organisation in equine therapy, offering certification in Equine Assisted Learning (EAL) or EAP in the United States and across the world [5].

Despite the expanding experiential evidence of the benefits associated to horses in therapeutic settings, in current literature there is a lack of a strong psychological framework that underpins the methodology [6].

Similarly to the processes of Animal Assisted Therapy [6], EAP aims to facilitate sessions involving horse-human contact with the goal of assisting the client in addressing specific mental health difficulties. The aim is usually to improve the patient's social, emotional and cognitive functioning, as well as increasing their motivation to engage in therapeutic work. Above all, it's interesting to note generally, clients perceive human-animal interactions in a therapeutic setting as non-invasive, allowing clients to work figuratively and play out a part of their lives [7].

From our clinical experience we have identified that The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model compliments EAP. Both approaches encourage clients to be in the 'present moment' and to work around understanding their actions, values and the influence these interactions have on their self.

Therefore, this paper aims to introduce the theoretical underpinning on how the two models can work in tandem with one another. This will facilitate the development of clinical evidence and evidence-based knowledge to reinforce the use of EAP clinically.

2. Discussion of hypothesis

2.1 Equine Assisted Psychotherapy (EAP)

EAP is a non-traditional approach to psychotherapy that utilises horses as part of the therapeutic process to promote emotional growth and wellbeing [8]. EAP promotes client awareness and discussion of their thoughts, feelings, and associated behaviours, enabling the development of self-awareness and others along the process. The aim of EAP is similar to traditional therapy in that a qualified mental health professional assists the client in understanding and managing their social, emotional, cognitive, or behavioural difficulties.

Notgrass and Pettinelli [9] acknowledge that EAP differentiates from other modalities such as hippotherapy or therapeutic riding since it does not need horseback riding or

horsemanship abilities; nevertheless, grooming, feeding, and ground exercises may be included. Clients have the opportunity to process thoughts, feelings, behaviours, and associated patterns through these interactive activities, as well as build awareness and trust, stimulate problem-solving skills, and learn goal setting [10].

EAP has been adapted to treat a variety of disorders, including depression, anxiety and PTSD, evidenced to be beneficial across different age demographics.

Horses are instinctively hyper-sensitive and attentive to subtle changes in mood and behaviours in their environment [11], which leads them to react depending on the way they are approached by the human, subsequently generating a mirroring effect [12]. Due to the horse's ability to detect subtle changes in the environment, it becomes difficult for clients to display an inaccurate depiction of themselves [13].

2.2 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

ACT is a third wave therapeutic model, based on traditional cognitive behavioural therapy (CBT) principles, incorporating acceptance and mindfulness techniques with behavioural change and committed action [14]. Within the ACT framework psychological rigidity is identified as the root cause, while achieving psychological flexibility is the key aim of the model and process.

The core principles of ACT differ from traditional CBT in as such that it targets more reflective and mindfulness practice that may align more appropriately for certain clients and interlink easier with EAP.

This nonlinear model of therapy is based around 6 core processes, known collectively as the hexaflex [14]. These processes are contact the present, cognitive defusion, acceptance, self-as-context, values and committed action. The core processes interlink together through the ACT triflex that comprises these processes into three functional units. The first unit is '*being present*' that links the self-as-context and contacting with the present moment. This unit involves the client paying attention to and engaging in the present moment both in treatment and during committed action. De-fusion and acceptance are compiled together into the second unit '*opening up*'. The aim of this unit is to allow clients to be able to separate thoughts from feelings and allow their thoughts to come and go by opening up to what these truly mean. Finally, the third unit of the ACT triflex is '*doing what matters*', which combines committed action with values. This is described by Harris [14] as clients initiating and sustaining actions that will enhance their life based on their values. During the sessions clients will tackle tasks related to these core processes to increase their psychological flexibility – the ability to act mindfully guided by one's own values, working towards value congruent behaviour.

ACT has been consistently shown to be effective throughout the literature for the treatment of a variety of different mental health disorders. Bai et al. [15] conducted a meta-analysis of 18 studies (1,088 participants) investigating the effectiveness of ACT for depression. They found that ACT significantly reduced depression symptoms compared to the control group [SMD = 0.59, 96% CI (0.38, 0.81)]. The effec-

tiveness of ACT is further supported by a meta-analysis of 39 randomized control trials (1,821 participants) by A-Tjak et al. [16]. A-Tjak et al.'s. [16] analysis compared ACT intervention groups to three other conditions; waitlist, placebo and treatment as usual. They reported that ACT was more effective at treating anxiety disorders, depression, addiction and somatic health problems compared to all the other study conditions.

Overall, the evidence base surrounding ACT is seen to target similar disorders to what EAP demonstrates in clinical practice, including depression, anxiety and trauma related disorders. This apparent similarity allows us to suggest that it would be appropriate to align the theoretical framework and principles of ACT with EAP practice. This provides an evidence-based theoretical structure to EAP, helping to build and develop the scientific evidence base for EAP.

Currently, EAP is a promising intervention that requires a greater understanding of its process, which can be further explored and developed through the alignment of the ACT model. Both EAP and ACT align in their key principles and desired outcomes with both aiming for the client to be self-aware and present throughout the treatment. In the following sections we discuss and evaluate how EAP aligns with the core principles of the ACT triflex and the underpinnings of psychological flexibility.

2.3 Engaging in the Present Moment

Engaging in the present moment means to flexibly focus one's attention on their experience in the present moment [14]. This can be done through narrowing, broadening, shifting, or sustaining one's focus on what is decided to be most useful in the present situation. This can involve consciously focusing attention on the physical or psychological world, or both at the same time to connect with and fully immerse oneself in the experience. In order to do that, one has to engage the senses of thinking and noticing or observing oneself. Problem solving always requires the examination of past reflection and future prediction, however this can overwhelm and in turn neglect flexible attention to the present moment [17]. This works in tandem with having to open up by accepting and observing one's thoughts; taking a step back to look at the big picture of what is happening in the present moment [14]. This allows individuals to act and respond while being in touch with the current environmental demands rather than ruminating over what-if situations reflective of past experiences or to anxiously anticipate future problems [18]. When an individual is able to flexibly adjust and attend to the immediate relevant environment, it shows in the allowance of performance demands that can be adjusted in relation to the present situation [17].

In EAP sessions, the human-horse interaction will require the development of a shared awareness of the present moment, horses will instinctively turn their attention to the surrounding space and 'presence', acting and reacting to the situational dynamics happening in the here and now. Due to the therapeutic setting, the client will then be placed in a position of having to be in the moment as they try to decipher the meaning behind the horse's behaviour which in turn will require the clients to remain grounded

in the present, monitoring and interpreting the horse's behaviour as well as their own experiences.

We could suggest that therapeutically the horse-human interaction can offer itself as a 'live metaphor' of the internal state of the client, that having become aware of their 'self' and the present moment will in turn be more able to explore and reflect with the therapist on their own internal states.

2.4 Opening Up

Opening up in the ACT model requires clients to develop the skill of defusion. This is where function-altering cues and strategies are used to reduce the negative transformation of a stimulus [14]. For example, a client having difficulties with anxiety disorders may be engaging in verbal behaviours that describe a social situation as being "too difficult". When the verbal description is extremely literal it inhibits the ability to physically respond or achieve anything in a given situation. Harris [14] suggests that defusion is important to increase a client's ability to separate and detach themselves from negative thoughts, feelings and emotions and create a space of reflection. The aim of increasing a client's ability to defuse is to reduce the problematic dominance of these negative thoughts and their influence on human behaviours. Additionally, defusion allows people to become more psychologically present and engaged with their thought processes.

In EAP, horses appear to be a safe platform where clients can explore a variety of defusion techniques. As previously described, an advantage of EAP is the concept of the horse acting as a mirror through the horse reacting to the client's mood and behaviour. The physical presence of the horse and their action-reactions offer a point of reflection simply by the fact that clients will try and 'make sense' of what is happening. The horse's behaviour offers opportunity to explore problematic thoughts and supports the client in becoming a witness on how the thoughts affect their mood, just like the behaviour mirrored by the horse may have played out in front of them. EAP can also support the use of metaphors, as used as part of the defusion techniques of ACT.

In ACT practice there is awareness that some clients might not be as receptive to metaphors and are unable to understand the abstract concept or find it difficult to visualise and draw links as easily. EAP allows these abstract metaphors to be cemented through a more physical sense, through the presence of the horses. This way EAP offers real time bridge between abstract metaphors and concrete behaviours, feelings, and thoughts via the experiential therapeutic method. Horse behaviours and horse-human interactions become animated metaphors that clients can use to draw links to their own 'self' experience and reflect on situations.

The horse can also act as a non-judgemental therapeutic rapport builder to help reduce the feeling of being invalidated by the therapist and the defusion process. This notion is supported by Meinersmann [11], who found that clients self-reported feeling more accepted and less defensive during EAP sessions due to the perceived lack of negative

judgement they felt. This will aid in the defusion process of ACT, as it will help increase the client's engagement and trust in the treatment. Combining the core principle of opening up, through defusion and acceptance, with the benefits of mirroring and a non-judgemental environment involved in EAP, the strengths of both interventions can be highlighted and aligned to reduce both models' possible limitations.

2.5 Doing What Matters

Being able to identify one's own values and being able to live according to these values is a key principle in ACT intervention. The link between one's mental health and value guided actions is key to wellbeing [19]. Being aware and subsequently mindful of one's chosen values is a critical part of ACT. The principal scope is to guide one's life through committed actions as it allows the client to expand their valued responses to create larger patterns of positive activity. Similarly, in EAP, the goal is to bring about the promotion of emotional growth and healing through horse-human action-reaction [5; 8]. While the goal is to help the client learn about themselves and others through the process and discussion of their own feelings, behaviours, and patterns, the human-horse interaction will be led by the values present in the therapy setting. The client will only be able to actively promote change or action with the horses if they interact in a way that is perceived as meaningful. Meaningful actions in horses and humans is perceived differently. One could suggest that the horses aim is to be safe and survive, therefore their actions are driven by immediate stimulus in the external environment. Similarly, human action is also driven through the attainment of safety and survival but also through seeking gratification and experiencing positive emotions [20]. During an EAP session the horse-human goals connect, as feeling safe and feeling positive emotions align and become common denominators for the action-interactions between the two.

3. Conclusions and Future Research Directions

Although EAP and ACT both have an increasing evidence-base in the treatment of mental health conditions, the integration of the two models is an evolving area of research. Therefore, it is important to work towards collecting more support of EAP aligned to ACT principles, promoting a justified rationale for its use clinically.

The proposed alignment of ACT and EAP described in this paper warrants the need for future clinical research to empirically assess the efficacy of the model treating a range of different mental health conditions. This could take the form of high-quality clinical case studies, which would help provide insight from the clients, therapists and equine-specialists on the acceptability and effectiveness of overall treatment and methodology. Conducting interviews and subsequent qualitative analysis would also allow researchers to further develop theoretical links and establish evidence-based treatment and standardised methodological protocols.

Further consideration to the theoretical underpinnings and alignment of the two models is also warranted, for example, developing a greater understanding of the core

principles that have been identified in this paper and how they can be hypothesised to link the two psychotherapeutic models. The ACT triflex, psychological flexibility, and concrete metaphors could also be investigated through a mixed methodological approach to see how and ensure that these core principles align and will be suitable to work together in clinical practice.

REFERENCES

1. Bizub, A., Joy, A., & Davidson, L. (2003). "It's like being in another world": Demonstrating the benefits of therapeutic horseback riding for individuals with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 377-384. <https://doi.org/10.2975/26.2003.377.384>.
2. Koca, T. T., & Ataseven, H. (2015). What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *Northern clinics of Istanbul*, 2(3), 247.
3. Lessick, M., Shinaver, R., Post, K. M., Rivera, J. E., & Lemon, B. (2004). Therapeutic Horseback Riding. *AWHONN Lifelines*, 8(1), 46-53. <https://doi.org/10.1177/1091592304263956>.
4. Riding for the Disabled Association (RDA). (2021, April). Enriching lives through horses. <https://www.rda.org.uk/>.
5. A Global Standard in Equine-Assisted Psychotherapy and Personal Development. (2021). Eagala.org. <https://www.eagala.org/index>
6. Chandler, C. K. (2012). *Animal assisted therapy in counselling*. Routledge.
7. Yorke, J., Nugent, W., Strand, E., Bolen, R., New, J., & Davis, C. (2013). Equine-assisted therapy and its impact on cortisol levels of children and horses: A pilot study and meta-analysis. *Early child development and care*, 183(7), 874-894.
8. Masini, A. (2010). Equine-assisted psychotherapy in clinical practice. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48(10), 30-34.
9. Notgrass, C. G., & Pettinelli, J. D. (2015). Equine assisted psychotherapy: The equine assisted growth and learning association's model overview of equine-based modalities. *Journal of Experiential Education*, 38 (2), 162-174 <https://doi.org/10.1177/1053825914528472>.
10. Mandrell, P. (2006). *Introduction to equine-assisted psychotherapy*. Xulon Press.
11. Meinersmann, K. M., Bradberry, J., & Roberts, F. B. (2008). Equine-facilitated psychotherapy with adult female survivors of abuse. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(12), 36-42.
12. Kirby, M. (2010). Gestalt equine psychotherapy. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 6(2), 60-68.
13. Irwin, C., & Weber, B. (2013). *Horses don't lie: What horses teach us about our natural capacity for awareness, confidence, courage, and trust*. Souvenir Press.
14. Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
15. Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>.
16. A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-6. doi: 10.1159/000365764. Epub 2014 Dec 24. PMID: 25547522.
17. Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>.
18. Bond, F., Hayes, S., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior. *Journal Of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.

https://doi.org/10.1300/j075v26n01_02.

19. Jackson, M., Larry Williams, W., Hayes, S., Humphreys, T., Gauthier, B., & Westwood, R. (2016). Whatever gets your heart pumping: the impact of implicitly selected reinforcer-focused statements on exercise intensity. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.11.002>.

20. Jones, J., L. (2020) Horse Brain, Human Brain. The Neuroscience of Horsemanship. Trafalgar Square.

BREVE RAPPORTO DI RICERCA

Le pratiche di parenting dei genitori di studenti in una Scuola Superiore della provincia di Salerno

Giuseppina Di Leva¹, Nicole Nascivera¹, Alfonso Davide Di Sarno¹

¹ ISM stp

ABSTRACT

This work represents a pretext to activate a renewed reflection on parenting and parenting styles in the schools. For this purpose an exploratory research was carried out in 2017, which saw the involvement of students' parents of a high school in the Salerno province. The study revealed some dimensions of parenting such as: parental involvement in the activities of one's child, positive parenting, supervision of one's child, the type of discipline and punishment used by parents, also trying to highlight any differences between fathers and mothers. The Alabama Parenting Questionnaire a self-assessment questionnaire of parents' educational practices, was used as a tool. The questionnaire collects the parent's estimates on the frequency of educational behaviors during ordinary interactions with their child. It is among the most used assessment tools to detect the dimensions of parenting most related to the maintenance of behavioral problems in childhood and adolescence. The results show a high involvement of the parent in the life of their child and the use of positive parenting practices and adequate monitoring; the discipline is "almost never" inconsistent and the physical punishment "almost never" used. Mothers showed greater involvement in their children's lives and higher levels of positive parenting than fathers. They also show a high level of supervision over the conduct of their child and a greater inclination to use alternative disciplinary practices to the physical.

KEYWORDS

Parenting, Parenting Practices, school.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro ha lo scopo di attivare una riflessione sulla genitorialità e le pratiche di *parenting* nelle scuole. Nel 2017 è stata realizzata una ricerca di tipo esplorativo, che ha visto il coinvolgimento dei genitori di studenti di una Scuola Superiore della provincia di Salerno. Lo studio ha permesso di rilevare alcune dimensioni del *parenting* quali: il *coinvolgimento* genitoriale nelle attività del proprio figlio, il *parenting positivo*, la *supervisione* del proprio figlio, il tipo di *disciplina* e di *punizioni* utilizzate dai genitori, cercando inoltre di evidenziare eventuali differenze tra padri e madri. Lo strumento utilizzato è stato l'Alabama Parenting Questionnaire, un questionario di autovalutazione delle pratiche educative dei genitori che analizza la frequenza dei comportamenti educativi del genitore nel corso delle interazioni ordinarie con il proprio figlio. Esso è tra gli strumenti di *assessment* più utilizzati per rilevare le dimensioni del *parenting* maggiormente correlate al mantenimento dei problemi comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza.

La ricerca ha evidenziato un elevato *coinvolgimento* del genitore nella vita del proprio figlio e l'utilizzo di pratiche di *parenting positivo* e *monitoring* adeguato; la *disciplina* è risultata "quasi mai" incoerente e la *punizione fisica* "quasi mai" utilizzata. Le madri hanno mostrato, rispetto ai padri, maggiore *coinvolgimento* nella vita dei propri figli e livelli di *parenting positivo* più elevati. Esse, inoltre, fanno registrare una elevata supervisione sulla condotta del proprio figlio e una maggiore inclinazione all'utilizzo di *pratiche disciplinari alternative* a quella fisica.

PAROLE CHIAVE

Genitorialità; pratiche di *parenting*; scuola.



Citation

Di Leva G., Nascivera N., Di Sarno A. D. (2022).

Le pratiche di parenting dei genitori di studenti in una Scuola Superiore della provincia di Salerno
Phenomena Journal, 4, 77-84.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.157>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Giuseppina Di Leva
giuseppinadileva@hotmail.com

Ricevuto: 10 aprile 2022

Accettato: 18 maggio 2022

Pubblicato: 6 giugno 2022



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

Introduzione

Il *parenting*, inteso come processo psichico attraverso il quale un individuo diventa genitore, si basa sullo spazio che i partner plasmano nella loro mente per accogliere l'idea di un figlio e la loro immagine come genitori. Questo spazio è intrinsecamente collegato sia alla rappresentazione mentale che si ha dei propri genitori sia a quella di sé stessi come figli [1].

Il genitore esercita il *parenting* attraverso l'adozione di un assetto comportamentale al fine di nutrire, accudire, proteggere, sostenere, educare, promuovere l'autonomia e l'indipendenza della prole.

Alcuni autori [2][3][4], per evidenziare la stretta correlazione tra il *parenting* e il benessere psicologico della prole, hanno proposto la differenziazione tra gli stili e le pratiche parentali. Gli stili possono essere intesi come gli atteggiamenti che delineano l'atmosfera emotiva in cui si sviluppa la relazione genitore-figlio [5][6]; le pratiche parentali, invece, rappresentano i comportamenti che genitori utilizzano per orientare i figli verso la socializzazione.

Gli stili e le pratiche parentali secondo altri autori [7][8], concorrerebbero ad influenzare in modo differente gli esiti di sviluppo della prole: i primi condizionerebbero in modo indiretto gli *outcomes* dei figli, mentre le seconde li condizionerebbero in modo diretto.

Lo studio delle pratiche parentali [9][10] può mettere in evidenza le eventuali connessioni tra i comportamenti degli adulti e gli esiti di sviluppo dei figli. Brenner e Fox hanno tentato di classificare le tipologie di pratiche parentali che hanno effetti più diretti sugli *outcomes* infantili al fine di rendere più agevole l'individuazione delle famiglie in cui i figli sono maggiormente a rischio di *outcomes* maladattivi e ideare azioni preventive specifiche [11].

Lo studio, realizzato nell'ambito di un progetto volto a potenziare l'offerta formativa del sistema scolastico e rafforzare la relazione tra scuola e territorio, ha avuto l'obiettivo di rilevare le pratiche di *parenting* maggiormente utilizzate dai genitori degli studenti di un Liceo Scientifico della Provincia di Salerno ed evidenziare eventuali differenze tra padri e madri. In ottica preventiva, i risultati ottenuti dal sondaggio possono essere considerati uno strumento propedeutico alla formulazione di interventi più efficaci a sostegno della genitorialità.

Materiali e metodi

Lo strumento scelto per lo studio è l'Alabama Parenting Questionnaire (APQ) [12], esso è tra gli strumenti di assessment più utilizzati e risulta particolarmente idoneo a rilevare le dimensioni del *parenting*. Valuta sei dimensioni del *parenting*: coinvolgimento, *parenting* positivo, supervisione inadeguata, disciplina incoerente, punizione corporale, altre pratiche di disciplina:

- *Coinvolgimento* (10 item) identifica tutte le situazioni in cui il genitore partecipa alle attività ricreative o scolastiche del figlio, intrattiene amichevolmente dialoghi con lui a proposito della scuola, degli amici o dei suoi progetti per il giorno dopo,

gli fornisce un aiuto per i compiti e svolge con lui attività divertenti o di accudimento della casa.

- *Parenting positivo* (6 item) include tutti i comportamenti del genitore volti al rinforzo positivo espresso verbalmente, con carezze fisiche o con ricompense materiali.
- *Scarso monitoring/supervisione inadeguata* (10 item) include tutte le situazioni in cui il genitore non riesce a monitorare la condotta del figlio.
- *Disciplina incoerente* (6 item) sono inclusi i comportamenti in cui la minaccia di una punizione risulta incoerente, inadeguata e soggetta all'umore del genitore.
- *Punizione fisica* (3 item) include i comportamenti di minaccia erogati mediante sculaccioni, schiaffi e percosse con oggetti.
- *Altre pratiche di disciplina* (7 item) fornisce informazioni non presenti nelle precedenti dimensioni.

Le prime due scale *Coinvolgimento* e *Parenting Positivo* – hanno una direzione positiva (più alto è il punteggio, più di frequente il genitore adotta uno stile adeguato), le altre quattro scale hanno una valenza negativa (alti punteggi indicano pratiche inadeguate).

Il range delle risposte è compreso tra 1 e 5: 1 = mai; 2 = quasi mai; 3 = qualche volta; 4 = spesso; 5 = sempre.

All'APQ, sono state apportate alcune modifiche volute dal Dirigente Scolastico: è stata espressa la richiesta di eliminare e modificare alcuni items in quanto la semantica degli stessi poteva potenzialmente risultare fraintendibile e giudicante per i genitori coinvolti, attivando così una resistenza. Pertanto, gli items del questionario originario sono stati ridotti da 42 a 38 in quanto tale modifica non impattava significativamente sulle variabili indagate.

In particolare un item è stato modificato:

- “Picchia suo figlio quando ha fatto qualcosa di sbagliato” è diventato “Punisce suo figlio...”;

Gli items eliminati, invece, sono:

- “Suo figlio rimane in casa senza il controllo di un adulto (dimensione Monitoring/Supervisione);
- Picchia suo figlio con una cintura o un altro oggetto quando ha fatto qualcosa di sbagliato. (dimensione Punizioni fisiche);
- Usa il tempo come punizione (dimensione “Altre” pratiche di disciplina)
- Dà a suo figlio lavoretti extra come punizione (dimensione “Altre” pratiche di disciplina)

La ricerca ha seguito la seguente procedura:

- Campionamento: i genitori sono stati coinvolti tramite campionamento casuale o “di comodo”.
- Presentazione: il disegno di ricerca è stato presentato ai genitori e alla comunità scolastica tramite invio di una lettera di presentazione nella quale si chiarivano argomento, obiettivi di ricerca e strumento individuato per la rilevazione di alcune

dimensioni del parenting. Nella lettera si evidenziava, che si trattava di un questionario anonimo e che i dati sarebbero stati analizzati in maniera aggregata.

- Somministrazione del questionario: il questionario è stato consegnato a 200 genitori degli studenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni. Hanno mostrato interesse per lo studio e hanno deciso di compilare il questionario autosomministrato n.35 genitori.

- Analisi dei dati: la misura individuata è stata la mediana, in quanto indice di tendenza centrale ideale per le scale ordinali.

Per rendere più significativi i risultati si è scelto di effettuare un confronto fra genitori di sesso maschile e femminile.

Risultati

I dati presentati si riferiscono ad un campione di 35 genitori degli allievi del Liceo coinvolto, 17 mamme e 18 papà.

Tabella: Mediana Dimensioni del Parenting

Dimensioni	Mediana		
	Mamme	Papà	Genitori
Coinvolgimento	4	3,5	4
Parenting positivo	4,5	4	4
Scarsa supervisione	1	2	1
Disciplina incoerente	2	2	2
Punizione fisica	1	3	2
Altre pratiche di disciplina	3	2,5	3

Da essi emerge che le aree relative al *coinvolgimento* del genitore nella vita del proprio figlio e del *parenting positivo* hanno fatto registrare un valore mediano pari a 4, la *scarsa supervisione/monitoring* risulta uguale a 1, la *disciplina incoerente* fa registrare il valore mediano 2, la *punizione fisica* risulta “quasi mai” utilizzata, presenta infatti un valore mediano pari a 2, e delle *altre pratiche di disciplina*, invece, i genitori coinvolti se ne avvalgono “a volte” (3).

Suddividendo il campione in base al mutabile genere risulta che le mamme mostrano rispetto ai papà maggiore *coinvolgimento* (4) nella vita dei propri figli e livelli più alti di *parenting positivo* (4,5). Fanno registrare un’elevata supervisione della condotta del proprio figlio (1) e una maggiore inclinazione rispetto all’uso di pratiche disciplinari alternative a quella fisica (3). Entrambi i genitori affermano di essere “quasi mai” incoerenti nell’uso della disciplina (2). Le mamme dichiarano di utilizzare “mai” la punizione fisica (1) i papà di contro la utilizzano “qualche volta”.

Suddividendo il campione in base al ruolo genitoriale si nota che non si evidenziano significative differenze tra i comportamenti dei due genitori.

Entrambi i genitori utilizzano pratiche di *parenting positivo*: risulta che le madri tendono ad utilizzarle più frequentemente rispetto ai padri.

Dal confronto tra le risposte fornite dai due genitori non si registrano differenze significative nel comportamento di *monitoring* e *supervisione*.

I genitori utilizzano nei confronti dei propri figli adolescenti comportamenti tendenzialmente coerenti sul piano disciplinare. Sono i padri ad utilizzare maggiormente rispetto alle madri la *punizione fisica*.

Infine, la maggior parte dei genitori coinvolti nello studio preferisce utilizzare *altre pratiche di disciplina*, come spiegare con calma al proprio figlio perché ha sbagliato quando si è comportato male e non si evincono differenze significative tra i comportamenti dei due genitori.

Discussione

Per valutare se la genitorialità è funzionale alla promozione del benessere del figlio, è fondamentale stimare il modo in cui i genitori assolvono alla propria funzione genitoriale ovvero registrare le pratiche specifiche messe in atto dal genitore, in relazione agli obiettivi di adattamento e di socializzazione dei figli.

Per quanto riguarda le pratiche di *parenting*, rilevate in questo studio, risulta che le aree relative al *coinvolgimento* del genitore nella vita del proprio figlio e quelle relative al *parenting positivo* sono particolarmente elevate, in linea con quanto noto in letteratura [13].

I dati evidenziano che i genitori hanno nei confronti dei propri figli adolescenti elevati livelli di *supervisione* e *monitoring*. C'è accordo tra gli studiosi che lo scarso *monitoring* sia uno dei fattori che predice l'incidenza di comportamenti a rischio tra i giovani. I risultati della ricerca sono in linea con i dati di letteratura relativi ai genitori di nazionalità italiana, dai quali si evidenzia che essi sono soliti controllare e guidare le attività dei figli, al di fuori del contesto familiare, anche quando questi ultimi giungono alle soglie dell'adolescenza [14][15].

Entrambi i genitori risultano quasi sempre coerenti nell'utilizzo della disciplina. In letteratura la disciplina incoerente è fortemente associata ai problemi di comportamento negli adolescenti e, anche se in misura moderata, nei bambini più piccoli [16]. Suddividendo il campione in base al mutabile genere, in linea con i dati della letteratura, non si registrano differenze significative tra i due genitori rispetto al *coinvolgimento* nelle attività quotidiane del figlio e nelle pratiche di *parenting positivo* [17]. A tal uopo, si ricorda che il coinvolgimento genitoriale è tra i fattori che influenzano le caratteristiche dell'esperienza scolastica dell'adolescente e il relativo *outcome* [18], e che il *parenting positivo*, caloroso e coerente può contrastare l'accentuarsi dei problemi comportamentali a esordio precoce, suggerendo pertanto che questa sia un'area da enfatizzare, in chiave preventiva [19].

Le madri riferiscono di attuare comportamenti più coerenti e calorosi rispetto ai padri, non comminano punizioni fisiche e mettono in atto un maggior numero di strategie educative positive cercando di esercitare uno stile autorevole, ovvero uno stile definito da un'elevata accettazione ed un elevato controllo induttivo, basato sulla riflessione e la spiegazione [20].

I padri, al contrario, utilizzano con maggiore frequenza le punizioni fisiche attivando così un controllo autoritario o coercitivo (basato sulla forza) che in letteratura risulta

associato a problemi di socializzazione dell'adolescente [21], e con difficoltà a livello comportamentale da parte dei figli che lo esperiscono nella loro quotidianità [22][23][24].

Conclusioni

In conclusione, va evidenziato che il principale punto di debolezza del nostro studio è certamente la scarsa numerosità del campione, che in questa ricerca è risultato esiguo e pertanto non consente di ottenere dati generalizzabili. I risultati sono quindi da considerarsi preliminari e andranno confermati e ampliati con studi successivi che vedano il coinvolgimento, oltre che di un campione più ampio di genitori, anche dei figli, permettendo di operare così un confronto tra pratiche parentali percepite dai genitori e dai figli.

Rispetto ai punti di forza dello studio, si evidenzia che la presenza di un campione ben bilanciato di madri e di padri, seppure con il limite della numerosità, è un dato non trascurabile se si considera che in molte ricerche le misure del *parenting* sono ottenute unicamente dalle madri [25].

Inoltre, l'assessment dimensionale con l'APQ diventa prezioso anche per la consulenza ai genitori poiché consente di evidenziare le dimensioni critiche su cui focalizzare l'intervento psicologico e su cui effettuare il monitoraggio del cambiamento nell'approccio educativo dei genitori.

Nonostante le limitazioni presenti in questo studio, si ritiene che esso possa essere considerato un primo passo nell'indagine per la rilevazione e la misurazione del *parenting* nelle scuole.

I nostri dati aprono una finestra su una rinnovata riflessione sulle pratiche di *parenting* e sulla promozione della genitorialità nella scuola pubblica. In particolare, suggeriscono che interventi volti a incrementare la competenza genitoriale, possano avere una ricaduta positiva non solo sul benessere degli adulti, genitori, ma anche dei figli.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Vita, A. M., & Brustia, P. (2008). *Psicologia della genitorialità. Modelli, ricerche, interventi*, 5-258, Antigone.
2. O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025–1036. doi:10.1111/1469-7610.00187
3. Chen, X., Chang, L., He, Y., & Liu, H. (2005). The peer group as a context: Moderating effects on relations between maternal parenting and social and school adjustment in Chinese children. *Child Development*, 76(2), 417-434.
4. Bornstein, L., & Bornstein, M. H. (2007). Parenting styles and child social development. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-4.
5. Mize, J., & Pettit, G. S. (1997). Mothers' social coaching, mother-child relationship style, and children's peer competence: Is the medium the message? *Child development*, 312-332.
6. Hart, C. H., Nelson, D. A., Robinson, C. C., Olsen, S. F., & McNeilly-Choque, M. K. (1998). Overt and relational aggression in Russian nursery-school-age children: parenting style and marital linkages. *Developmental psychology*, 34(4), 687. doi:10.1037/0012-1649.34.4.687
7. Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487. doi:10.4324/9781351153683-8
8. Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267. doi:10.1177/0044118x7800900302
9. Stevenson-Hinde, J. (1998). Parenting in different cultures: Time to focus. *Developmental Psychology*, 34(4), 698–700. doi:10.1037/0012-1649.34.4.698
10. Stewart, S. M., & Bond, M. H. (2002). A critical look at parenting research from the mainstream: Problems uncovered while adapting Western research to non-Western cultures. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(3), 379–392. doi:10.1348/026151002320620389
11. Brenner, V., & Fox, R. A. (1999). An empirically derived classification of parenting practices. *The Journal of Genetic Psychology*, 160(3), 343-356. doi:10.1080/00221329909595404
12. Frick, P. J. (1991). Alabama Parenting Questionnaire. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t58031-000
13. Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of clinical child psychology*, 25(3), 317-329. doi:10.1207/s15374424jccp2503_8
14. Dadds, M. (1995). *Families, Children, and the Development of Dysfunction*. doi:10.4135/9781483345260
15. Benedetto, L., Ingrassia, M., & Oliveri, D. (2008). Analisi evolutiva e differenze di genere in alcune dimensioni del parenting. *Aracne*, 445-462.
16. Frick, P. J., Christian, R. E., & Wootton, J. M. (1999). Age Trends in the Association between Parenting Practices and Conduct Problems. *Behavior Modification*, 23(1), 106–128. doi:10.1177/0145445599231005
17. Pezzica, S., Tarchi, C., Piccinelli, F., & Bigozzi, L. (2013). Analisi quantitativa e di contenuto del percorso di Parent Training per genitori di bambini con ADHD: uno studio pilota. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 17(1), 45-72.
18. Rogers, M. A., Theule, J., Ryan, B. A., Adams, G. R., & Keating, L. (2009). Parental involvement and children's school achievement: Evidence for mediating processes. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(1), 34-57. doi:10.1177/0829573508328445
19. Healey, D. M., Flory, J. D., Miller, C. J., & Halperin, J. M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20(2), 148–161. doi:10.1002/icd.682
20. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The journal of early adolescence*, 11(1), 56-95. doi:10.1177/0272431691111004

21. Rollins, B. C., & Thomas, D. L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. *Contemporary theories about the family: research-based theories*/edited by Wesley R. Burr. doi:10.1093/sf/58.4.1343
22. Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1998). *Antisocial boys*.
23. Baumrind, D. (1993). The average expectable environment is not good enough: A response to Scarr. *Child development*, 64(5), 1299-1317. doi:10.2307/1131536
24. Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in non-clinical samples: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116(1), 55. doi:10.1037/0033-2909.116.1.55
25. Collett, B. R., Gimpel, G. A., Greenson, J. N., & Gunderson, T. L. (2001). Assessment of discipline styles among parents of preschool through school-age children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 163-170.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il tempo vissuto e l'atto di comprensione della sofferenza psichica

Giuseppe Errico¹

¹ I.P.e.R.S. Istituto di Psicologia e Ricerche Sociosanitarie

ABSTRACT

The field belonging to the *lived time* (or the time of our life), to someone's expected behaviour as well as to interpersonal happenings is not only a very complicated and wide field, but it is continuously changing. Starting from this point, we aim to examine the inner time by applying the phenomenological thought to the human sciences. Might the inner time we perceive, the one we are able to discern and feel in the emotions (pathos) developed during the dark suffering, help the people deeply soaked in a dark and mysterious inner space? Might the phenomenological or the transformational anthropological approach help us during that approach? This essay aims to focus on the idea that the analysis linked to the subjective/perceptive feelings related to the inner time as well as to the intersubjectivity (and how emotions can influence it) has a fundamental role within the field related to psychotherapy. These issues are important either for psychotherapy, due to the role the time of our own life and the emotions linked to it have during our life in general, or for the role the triad *past-present-future* have when pursuing well-being.

In sum, inner time becomes the central point when analyzing *psychic suffering*, people's *changing procedure* (patients trapped into the dark suffering), so we hope to achieve better results during our procedure in the psychological/psychopathological field. When exploring the thousand implications of human soul, we cannot avoid considering time within the very personal experience of each subject. In fact, time has many facets. It might be: *broken off time*, as we have during a dream, *fragmented time*, as we found in *torn memory* (Alzheimer patients) or the *time* influenced by boredom, for those ones who are tied up into the present time, or the time obsessed by nostalgia, for the ones linked to past events or even the time trapped into the anxiety for the future.

KEYWORDS

Lived time, chronodesis, temporal distortions.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il campo del *tempo vissuto*, della previsione del comportamento altrui (anticipazione) e degli accadimenti interpersonali è non solo grandemente complesso ed esteso ma anche continuamente mutevole nel tempo. A partire da tale premessa ci si propone di riflettere sul *tempo interiore* attraversando i sentieri delle scienze umane, secondo uno stile fenomenologico. Il tempo interiore che percepiamo, che possiamo cogliere nel flusso del pathos durante la sofferenza oscura, può aiutare le persone immerse in uno spazio interiore oscuro e misterioso? E durante tale percorso può esserci d'aiuto l'approccio fenomenologico o antropologico – trasformazionale?

Il lavoro costituisce l'occasione per affermare che lo studio del *senso soggettivo/percettivo del tempo interiore* (e dell'*intersoggettività*) nel campo psicoterapico ha assunto un ruolo fondamentale. Tutto ciò appare fondamentale sia per la psicoterapia, per la centralità che il tempo vissuto e le emozioni a esse legate assumono nella vita delle persone in generale, che per il ruolo che la triade *passato-presente-futuro* assume nel perseguimento del benessere.

Il tempo interiore, quindi, è al centro di una riflessione sulla *sofferenza psichica*, sulle *prassi mutazionali* delle persone (i pazienti imprigionati nella sofferenza oscura) che ci si augura abbia degli sviluppi applicativi maggiori nel campo psicologico/psicopatologico. Nel sondare le profondità dell'animo non si possono dunque trascurare il tempo e l'esperienza diversa che ognuno né fa. Può trattarsi di volta in volta di un tempo sospeso, come nel sogno, o di un *tempo frammentato*, come nella *memoria lacerata* di chi soffre di malattie quali l'Alzheimer; può essere il *tempo della noia*, per chi si sente paralizzato nel presente, o quello della *nostalgia* di chi volge lo sguardo al passato, o ancora dell'attesa di chi guarda avanti, al futuro.

PAROLE CHIAVE

Tempo vissuto, cronodesi, distorsioni temporali.



Citation

Errico G. (2022).
Il tempo vissuto e l'atto di comprensione della sofferenza psichica
Phenomena Journal, 4, 85-105.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.159>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Giuseppe Errico
agenziarcipelago@gmail.com

Ricevuto: 13 aprile 2022

Accettato: 19 maggio 2022

Publicato: 25 maggio 2022



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

1. Lo studio del *sensu soggettivo/percettivo del tempo interiore*

Il seguente provvisorio lavoro sul *tempo vissuto in campo psicopatologico* – che prende spunto dalla pratica terapeutica diretta con i pazienti, costituisce un tentativo di risistemazione, in campo soprattutto clinico, del concetto di tempo vissuto e delle prassi che hanno come analisi il senso/significato del vivere. Tale indagine appare possibile – come vedremo - partendo dal tema della sofferenza psichica, della cura, dalla *fenomenologia delle distorsioni temporali* (situazioni limite e mutazioni personali), e dalla “cronodesi”. Chi scrive appare convinto che ogni psicoterapia agisca, consapevolmente o no, sullo stravolgimento della trama temporale nella sofferenza psichica nel tentativo di migliorare lo stato di salute del paziente. Di là di ogni classificazione diagnostica la sofferenza psichica si muove nello spazio e nel tempo così come lo percepiamo. L'attenzione verte quindi sui fulcri tematici sulle *distorsioni e alterazioni* dei vissuti spazio-temporali.

Pertanto il seguente lavoro inclina da un lato verso un *livello epistemologico* e dall'altro in *prassi multiple*. Ciò che intendiamo fare è un'analisi “provvisoria” del tempo per scopi pratici/clinici. Ciò implica, come in tutte le analisi del genere, la totale esclusione di supposizioni, affermazioni, convinzioni concernenti il tempo obiettivo. Possiamo dire che il contributo operativo – cui mira il lavoro - riguarda anche il modo in cui i pazienti rivivono il tempo (non il tempo del prima e del dopo, delle lancette dell'orologio o della clessidra), *il tempo dell'Io*, il tempo vissuto che, nella sofferenza oscura e malinconia, nelle sue diverse forme di espressione, si modifica profondamente.

Il discorso del *tempo*, nel campo della ricerca psicologica-psichiatrica, ha un complesso travaglio. Tuttavia tale tema ha attraversato numerosi campi: il legame epocale della persona al tempo, il tempo del divenire interiore consapevole e misterioso (tempo vissuto), l'arresto vissuto schizofrenico o depressivo del tempo (tempo fermo), il tempo breve del progetto linguistico e il tempo lungo della parola parlata/velocizzata, la «freccia del tempo», l'entropia. Come afferma Husserl, nella realtà *noi non produciamo per nulla il tempo, ma è lui ad accerchiarci, a circondarci e a dominarci con la sua temibile potenza* [1]. Non è la coscienza a costituire il flusso ma *flusso di coscienza e intenzionalità* sono parte di una dinamica più ampia, che possiamo definire come unità del tempo: *il presente del passato (il ricordare), il presente del presente (l'agire, l'aver una visione), il presente del futuro (l'attendere)*. La vita non sarebbe tale se non fosse cadenzata dal pianificare il proprio *destino* inteso come traiettoria di esistenza, dal passare delle ore, delle stagioni, delle età e di quel tempo più personale che non può essere misurato con esattezza, ma che contribuisce a definire l'esperienza vissuta della vita stessa. E, come scrive il fisico Rovelli: «*Forse l'emozione del tempo è precisamente ciò che per noi è il tempo*» [2]. Il soggetto non sarebbe insomma tale in assenza di una *traiettoria temporale*.

Dinanzi ad una *sofferenza psichica* il tempo interiore, a volte, si arresta nella sua evoluzione, non ha più futuro, solo presente e passato, con conseguente dilagare delle esperienze di colpa, e con il franare della speranza come apertura al futuro e al cam-

biamento. Il tempo vissuto si modifica radicalmente anche nelle forme maniacali e stati di agitazione nei quali non si vive nel futuro ma non si vive nemmeno nel passato, ma solo in un *eterno presente* che non ha più senso.

A tal proposito Minkowski [3] ha magistralmente descritto in uno dei lavori più importanti cosa avviene nella sofferenza psichica: il tempo si sbriciola, si scompone e si frantuma, e la percezione dell'Io e del mondo della vita ne viene profondamente deformata.

Per Piro [4] «*la temporalità è la fascia che avvolge nelle sue volute multidimensionali, cioè pancroniche, un osservato (cioè l'accadere dell'accadere) che muta senza posa, un magma in cui ogni singolo accadimento deve essere continuamente rinnovato per il suo mutevolissimo suo rapporto con tutti gli altri accadimenti che si presentano sincronicamente insieme a lui e che scorrono diacronicamente accanto a lui*».

In tale autore un aspetto importante, legato al tempo umano, è la *cronodesi*, ossia il legame agli orizzonti che si succedono, un'espressione con la quale si indicano: il legame epocale al fluire del mondo umano, alle sue fratture e ai suoi vortici; la sospensione interiore della prassi nel rapporto trasformazionale della cura, la comprensione interumana come anticipazione. Il concetto di *cronodesi* ha molti possibili svolgimenti in ambito clinico-terapeutico: il *legame del paziente* agli orizzonti che si succedono nel suo tempo (*cronodesi fondamentale*); l'anticipazione temporale quale momento prevalente dell'atto di *comprensione interumana* e, più generalmente, dell'agire interumano, l'*anticipazione* della prassi (l'agire) quale momento di azione prassica; la *pausa cronodetica* quale momento necessario di sospensione del giudizio (blocco del pre-giudizio), arresto e riflessione interiore. È utile ricordare anche Korzybski [5] e il suo concetto di *time-binding*, come caratteristica umana fondamentale legata al meccanismo di trasmissione culturale da generazione a generazione. A livello psichiatrico-psicologico, nella persona che soffre di depressione, ossessionata dal futuro, il "vissuto emotivo" appare *immobile nel tempo presente*. «*Nel presente, infatti, l'esistenza vive il suo essere presso-le-cose a partire da un passato che riprende (zuruck-bringen-auf) in vista di un futuro che anticipa*» [6].

2. L'idea di una fenomenologia del tempo interiore

Che cosa è il tempo rispetto agli accadimenti umani e cosa sono (o diventano) gli stati affettivi durante una sofferenza/cura sono un dilemma che da sempre attanaglia il lavoro clinico-terapeutico. La questione si complica ulteriormente quando tentiamo, rispetto al tempo interiore e al vasto campo delle emozioni, distinguerli dal dolore/sofferenza psichica o quando ci immergiamo nell'ipotesi del legame della persona al tempo storico, agli accadimenti fluenti (*Cronodesi*), al campo dell'esistenza dell'inconscio/Sé/ falso Sé.

Come scrive Piro [7] l'espressione *accadere antropico* indica un flusso largo e continuamente mutevole nelle dimensioni del tempo di *eventi antropici* che si possono inferire e di *accadimenti antropici* che si possono delineare e nominare. Pertanto una

ricerca sull'*accadere temporale* non può in alcun modo prescindere dalla sua stessa appartenenza all'*accadere antropico*. «*Il problema fondamentale creato dal collegamento temporale riguarda l'esigenza di mantenere a fuoco l'attività di siti diversi per tutto il tempo che occorre affinché si formino combinazioni dotate di significato e affinché ragionamento e decisione abbiano luogo. Il collegamento temporale richiede meccanismi efficaci e potenti di attenzione e di memoria operativa; sembra che la natura abbia consentito a fornirli*».[8]

Nel quotidiano nonostante la fuggevolezza del tempo noi immaginiamo di poter riuscire a misurarlo in ogni momento. Parliamo di un tempo breve o lungo, passato e futuro. Come facciamo questa misura? Sant'Agostino [9] ci suggerisce una saggia risposta: *nell'anima*. Non si può certo misurare, pur facendo un grande sforzo, il passato che non è più e il futuro che non è ancora. Tuttavia noi conserviamo le tracce, (la memoria del passato) e siamo spesso in attesa del futuro. Il passato (che non c'è più), diviene "memoria" delle cose passate mentre il presente, che è privo di durata, diviene *istante che tra-passa*. Nel "distendersi" (*distensio*) della vita interiore attraverso l'attenzione, la memoria e l'attesa, nella continuità interiore della coscienza, che conserva dentro di sé il passato e si protende verso il futuro. Fondamentale, durante tale processo e come già detto, appare la connessione persona-tempo che sovrappiunge, ossia la *cronodesi* ossia l'immediatezza del sentimento della trasformazione del mondo: infatti ogni forma di attività umana, a livello psicologico, non può che essere cronodetica, legata al tempo, agli orizzonti che avanzano; trasformare il mondo o «afferrare» le trasformazioni del mondo, agire e capire, non può darsi se non nell'*orizzonte sopravveniente del futuro prossimo*. Non vi può essere trasformazione del passato (se non alterando i ricordi) ma sola trasformazione verso il futuro (che avanza).

Rimanendo in campo psicopatologico ogni cura della *costruzione fobica*, dell'*arrangiamento nevrotico*, della *maschera delirante*, può consistere in una descrizione del mutamento del tempo vissuto e del corpo vissuto nello spazio (corpo vivente), delle distorsioni temporali e la fisionomia patologica del tempo vissuto nel mondo, di quei mutamenti che il paziente osserva dentro di sé, con maggiore forza e immediatezza. Partendo da tali questioni ci s'interroga sull'uso del tempo interiore ai fini terapeutici. Che cosa dire (o mettere in risalto), durante un colloquio clinico, al paziente dinanzi riguardo al suo uso distorto/guasto, consapevole e inconsapevole, del tempo vissuto? Ed è utile fargli constatare come il tempo vissuto assuma varie forme: il presente (non vissuto) che osserva il passato per anticipare il futuro, il presente (che scivola) che diviene tristezza in campo psicopatologico, la nostalgia che guarda al passato diviene rancore e senso di colpa per aver sprecato anni; il dolore che nasce e si sofferma dal/nel presente, repentinamente, con i suoi dubbi e stati di incertezza: il dolore psichico che viene rivissuto in un attimo e riprodotto nell'immaginazione, ed è sofferenza lacerante; il dolore psichico che nasce da una ferita del corpo che mette in crisi l'immagine di noi stessi e di ciò che vorremmo essere o rimanere, ed è il dolore fisico con le sue lacerazioni che incide sulla salute mentale. L'esperienza del dolore interiore sconfina, così, da un luogo all'altro del nostro sentire ogni accadimento; e nel

contesto espressivo di un discorso è a volte più utile parlare di sofferenza interiore e altre volte, invece, di dolore.

«Il nostro è un tempo senza tempo in cui gli impegni si affastellano con ritmi sempre più incalzanti intrappolandoci in una perenne sensazione di ritardo e d'inadeguatezza... Più gli uomini inventano, costruiscono e utilizzano apparecchiature tese a ridurre tempi di esecuzione delle azioni, più sperimentano la sensazione di scarsità di tempo disponibile. Sei su un treno ad alta velocità per guadagnare un'ora del tuo tempo, ma il treno è in ritardo. Sai che ci stai mettendo comunque meno tempo rispetto a un paio di anni prima, una frazione infinitesima del tempo che avrebbe impiegato un tuo trisavolo, ma vivi comunque una situazione insopportabile d'insofferenza. Tutto ciò che ieri sembrava velocissimo rispetto all'altro ieri è oggi intollerabilmente lento» [10].

Nell'area tematica di questa modalità emozionale possiamo riflettere sugli aspetti psicologici e umani della sofferenza, sul dolore, che si accompagna così inevitabilmente alla solitudine e alla ricerca della solitudine: nella nostalgia accorata, in ogni caso, di una parola amica.

2.1 Il tempo interiore fra ciò che accade e ciò che potrebbe accadere

Le relazioni tra chi cura e chi è curato, non servono solo alla diagnosi ma a creare un clima temporale, a partire dal tempo vissuto, di fiducia che è, a sua volta, di grande importanza nel creare, nella reciprocità e nella libertà, relazioni umane *dotate di senso*. Nel dialogo con i pazienti è importante rispettare il tempo vissuto così come i loro silenzi, le loro omissioni. *«Le nevrosi, la depressione e diverse condizioni psicotiche sono la spia sicura di una guerra fra ciò che accade e ciò che possa accadere. Questi modi della sofferenza oscura tendono a non far accadere altro che quello che accade... sono il prodotto diretto della condanna doxico - ideologica della gioia, della sublimazione, dell'arte, della creazione, dell'originalità» [11].*

Rimanendo nel tema la cura della sofferenza psichica richiede, pur sempre, un mutamento interiore nel tempo vissuto, raffigura una trasformazione dei modi del sentire nel tempo (il *pathos*) [12] e di stare con se stesso e con gli altri. E il tempo non si presenta solo come durata (la categoria del prima o poi) oppure come mezzo per inquadrare le stagioni della vita (sarebbe impossibile poter viver senza una bussola, una clessidra, un orologio che metta in ordine la scansione del quotidiano) ma anche come *spazio di coscienza* rispetto all'accadere umano. Infatti, non è possibile passare un giorno senza mai guardare al tempo dell'orologio per decidere, prevedere o poter compiere un'azione singola: senza immaginare che ora è, senza immergersi nella relazione soggettiva "vita-tempo".

È impossibile affrontare gli accadimenti umani senza riflettere sul tempo interiore o osservando le lancette di un orologio: la percezione soggettiva della temporalità, l'attenzione della coscienza sul tempo vissuto, il trascorrere/flusso del tempo dominano, tutto insieme, ogni istante delle nostre giornate. Il tempo non è influenzato solo dalle leggi oggettive della fisica (come suggerisce Newton) e dagli effetti del sistema di

riferimento enunciati da Einstein, ma anche da processi psicologici più soggettivi (come indicano Bergson e Husserl), dalla nostra coscienza del vivere. Ogni stato emotivo si lega alla percezione del tempo in maniera indissolubile, la prospettiva temporale ci guida nei giudizi e nella costruzione d'idee, il ritmo di vita della comunità, alla quale apparteniamo, ci fornisce una traccia per le relazioni e gli scambi comunicativi con gli altri: tutte questi elementi influiscono sulla nostra esperienza del tempo vissuto. Quando parliamo, esprimiamo un tempo presente, attiviamo una specie di *bolla del presente*, che si apre tra noi e l'esperienza, che dura un attimo. Neppure durante una condizione di forte disagio ci possiamo congedare dal tempo interiore [13]. Il tempo vissuto ci rappresenta, si lega alla vita stessa, non si arresta dinanzi alla vita personale, alle continue, universali e obbligate linee dell'esistenza. Un attimo presente può essere vissuto, interiormente, velocemente ma anche in modo lentissimo in base, soprattutto, alle nostre emozioni, pensieri o stati di animo. In un certo senso, la funzione principale del cervello è predire (anticipare) il futuro, le traiettorie del destino.

Non immagazziniamo ricordi, tracce, sensazioni per rievocare il passato, per conservare ogni notizia utile su noi stessi e sul mondo che percepiamo, osserviamo, valutiamo. La funzione dei nostri ricordi, in particolare, è di permetterci di prevedere ogni accadimento umano e prepararci al tempo futuro, mediante percorsi esistenziali. Forse, in parte, ciò che amiamo chiamare psiche è anche una macchina del tempo nel senso che scandisce il tempo della vita e il tempo interiore (ritmi circadiani interni) e ci permette di impegnarci, a ritroso o in avanti, nel viaggio mentale del tempo. Quanti viaggi sono possibili nella mente? La nostalgia che guarda al passato (il tempo sospeso), l'attesa del futuro, il ripiegarsi e l'ansia del presente, il ricordo che osserva il passato. Tante risonanze psichiche intorno al tempo interiore che creano gioie e dolori, incertezza, precarietà.

Come scrive Piro [14] nel comportamento umano del *tempo fermo*: a. si arresta il manifestarsi dell'immediatezza personale, ideologico-prassica; b. si rende espliciti e chiari i traversamenti doxico-ideologici, le *Weltanschauungen*, le concezioni e i valori, i pregiudizi e le credenze; c. si rendono possibili l'*esplicitazione* e la *sospensione* delle ideologie agenti e prevalenti e dunque l'indirizzamento verso attività che perseguono scopi più attuali e meno arcaici, linee di mutamenti, presentazioni personali. Da qui l'importanza che la cura attribuisce alle dimensioni temporali del presente e del futuro rispetto all'idea tradizionale secondo la quale il passato interverrebbe in modo determinista sui contenuti dei vissuti dei pazienti. L'analisi del tempo interiore di un paziente include uno sforzo incessante, da parte del terapeuta e dello stesso paziente, sull'accadimento interiore (empatia e immedesimazione), su tutti gli aspetti importanti che sono propri della caratterizzazione operativa.

Personalmente ritengo che discutere del tempo vissuto durante una psicoterapia assuma un valore trasformazionale. Parlare del proprio tempo interiore costituisce un punto strategico in ogni forma di cura. Il tempo interiore non solo come "durata del setting" (il primo e il dopo, l'inizio e la fine di ogni incontro) ma come strumento

protensionale, sperimentale e clinico, trasformativo-curativo delle persone (mutamento intra e infrapsichico), modello autoriflessivo di formazione personale e di non innocenza. Solitamente la psicoterapia attribuisce la destrutturazione del tempo e alcune esperienze psicopatologiche a un inceppamento del fluire naturale del tempo come durata. Se la relazione tra la persona, il suo vissuto del tempo e la sua 'storicità' per qualche motivo s'inceppa, si può avere l'arresto in uno degli stadi temporali e vivere ancorati a un eterno presente con angoscia, paura, ansia. Tuttavia chi scrive crede che, ai fini di una lettura di alcuni temi esistenziali di un paziente (destino, traiettoria di cura, intersoggettività, "essere nel mondo", etc.), possa essere utile comprendere la loro struttura temporale.

Ovviamente, non è solo il trascorrere implacabile del tempo (del tempo della clessidra) a trascinare con sé questi cambiamenti del volto ma anche il trasformarsi del tempo vissuto (del tempo interiore). Quando sono stanco, quando il mio tempo interiore langue e rallenta, inaridisce e si spegne, il mio volto perde la sua trasparenza: si oscura e s'impolvera, si raggrinzisce e s'impoverisce; e sembra perdere ogni trascendenza e ogni capacità di comunicare qualcosa d'intenso ed efficace. Quando il mio stato d'animo cambia e, la stanchezza (la tristezza) si allontana, e il mio tempo interiore riprende il suo cammino e il suo slancio nel futuro, sul mio volto e sul mio sguardo rinascono la leggerezza e la spontaneità.

Se a una persona viene a mancare l'arco intenzionale che gli proietta intorno al passato, il futuro, il suo ambiente, la sua situazione, appare impossibile situarsi tra e negli accadimenti umani. Ciò che accade necessita sia del tempo durata sia del tempo interiore. Nella depressione e nella malinconia la trasformazione del vissuto è ancora più profonda: il futuro è tagliato fuori, impossibile da mettere in contatto; il presente è risucchiato dal passato angosciante che inibisce ogni divenire; i suoi significati sono condizionati da quelli del passato e si rimane immobili dinanzi al flusso di eventi. Nell'angoscia il futuro è anticipato vertiginosamente, mentalizzato ma non è il futuro del possibile, è un futuro già avvenuto (profezia), nel quale confluiscono le esperienze negative del passato.

Oggi molti psicoterapeuti volgono la loro attenzione quasi esclusivamente alle relazioni umane, alla cura della famiglia, all'inconscio e al passato, trascurando così l'analisi del tempo vissuto e dei fenomeni principali. A tal fine forse occorre una cura che non si limiti a enumerare ciò che il paziente può osservare introspektivamente "in sé stesso" come sensazione "cosciente" del tempo, ma che consista in una descrizione della *fisionomia* patologica *del tempo vissuto nel mondo*, di quei mutamenti che il paziente osserva, rispetto al vissuto, con maggiore forza e immediatezza. Partendo da tali questioni ci s'interroga sulla sostanza della vita che chiamiamo tempo cercando di accompagnare il lettore in un affascinante viaggio sul tempo interiore, alla scoperta degli ultimi traguardi della cura, preludio della rivoluzione che caratterizzerà i prossimi anni. È chiaro che, anche rispetto agli studi sul tempo interiore, la consapevolezza e i confini della scienza umana possono sempre essere spostati un po' più in là, nel tempo. Non c'è modello clinico e terapeutico (incluso quello medico-biologico, fenomenologico o cognitivista) che possa prescindere da un tempo

di attesa e di saggia sospensione (*epochè*, “*pausa cronodetica*”) rispetto a una presa in carico del dolore acuto o cronico, alla sofferenza psichica, a livello della coscienza, in concomitanza con l'analisi del *tempo del racconto*, il *tempo interiore* /la *temporalità*.

2.2 Il tempo vissuto nelle situazioni-limite

Per coloro che, come il sottoscritto, svolgono *attività didattica* (empirica) e soprattutto *clinica* nel vasto orizzonte sociale della *sofferenza oscura* e delle *mutazioni*, contro le situazioni (anche interiorizzate) di limitazione e danno personale, utilizzando percorsi diversi, prassi *trasformazionali* dirette ad altri (in genere persone sofferenti, escluse, marginali) congiuntamente e in maniera intrecciata nel campo sociale, *mutamento personale*, *passione del viaggio comune*, *auto-critica*, *il legame al proprio tempo personale e storico*, *labilità dei mezzi e provvisorietà* delle scelte strategiche costituisce dei precisi aspetti legati a un “atteggiamento operativo” (abito mentale). Tuttavia per cogliere e intuire il tempo interiore occorre sospendere ogni giudizio già preconstituito, attuare una riflessione o *epochè*, tale da consentirci di ‘afferrare’ il fenomeno nella coscienza.

«*Facendo questo, com'è in mia piena libertà di farlo, io non nego questo mondo, quasi fossi un sofista, non revoco in dubbio il suo esserci, quasi fossi uno scettico; ma esercito in senso proprio l'epochè fenomenologica, cioè: io non assumo il mondo che mi è costantemente già dato in quanto essente, come faccio, direttamente, nella vita pratico-naturale ma anche nelle scienze positive, come un mondo preliminarmente essente e, in definitiva, come un mondo che non è un terreno universale d'essere per una conoscenza che procede attraverso l'esperienza e il pensiero. Io non attuo più alcuna esperienza del reale in un senso ingenuo e diretto*» [15].

Appare facile rendersi conto di come, dopo un'epochè, il tempo vissuto nel dolore psichico appaia in maniera diversa in base alle nostre condizioni psichiche nel *qui e ora*, alle *distorsioni del tempo interiore*: il tempo “compresso”, di solito occulto e misterioso nei nostri pensieri, presente nei diversi stati, appare importante per cogliere e intervenire sul cambiamento della persona, la *maschera delirante*, la *costruzione fobica*, l'*arrangiamento nevrotico vissuto nel presente*.

L'esistere (la vita) è caratterizzato dal mutare della vita (o dall'avvertire ciò che sta o può accadere) e il tempo interiore e il fenomeno del repentino (il mutamento vissuto durante una crisi esistenziale o psichica) rivelano all'esistenza un fondamento destabilizzante, uno stato di precarietà. Solo la persona è in grado di cambiare il tempo vissuto, da *segno negativo* della perdita nel passato a segno positivo della speranza (tempo futuro). Durante uno stato repentino di sofferenza, possiamo risvegliare e attivare la soggettiva responsabilità, apparire capaci di rispondere all'appello delle possibilità che provengono dal futuro e che attendono di essere accolte. Nel lavoro clinico occorre porre più attenzione alle modalità *espressive* dei fenomeni temporali, poiché solo attraverso il confronto con la normalità è possibile raggiungere un'effettiva comprensione delle manifestazioni psicopatologiche legate al tempo interiore.

Troppo spesso, invece, l'esplicitazione della normalità non è intesa come compito specifico. In questo senso, l'analisi e la comprensione empatica si propongono come metodi per la realizzazione di una comprensione totale del paziente. L'interesse per la persona riguardo al tempo vissuto, e non per la malattia/sofferenza oscura è in fondo un elemento costante del lavoro. A volte nel paziente il *non-poter-più procedere nel tempo (tempo fermo)*, l'*inaridirsi del futuro (tempo che scompare)* come orizzonte di vita si presenta, a livello psicopatologico, come elementi psicologici prioritari nella singola esperienza psichica. Negli stessi pazienti sopravvive la dimensione del presente (ansia del presente) o del passato (tristezza del ricordo). Il tempo appare *risucchiato, sospeso e bloccato o divorato* mentre il desiderio personale scompare, il malessere, il tremore e l'incertezza abitano nelle persone, mentre il ricordo passato (il tempo che fu) non dà tregua e alimenta il patire e le esperienze della colpa.

«La *paticità* originaria del *tempo* come *dolore della perdita* rimbalza nel *desiderio* come struggente passione del *ripristino* e nel *tremore* come inquietante sentore della *contingenza*. Il dolore per la rottura della mia continuità si converte nel desiderio del suo ripristino. La continuità spezzata è l'irruzione della contingenza. Perciò il desiderio è esacerbato dal malessere dell'incertezza» [16].

Anche Freud [17], dopo aver costruito il modello psichico (*Io, Es e Super-io; conscio, preconscio e inconscio*) pose attenzione al vissuto del tempo interiore e presente dei pazienti, soffermandosi sul *tempo passato* e legandolo a traumi infantili e allo sviluppo della sessualità. Il merito di Freud, infatti, sin dagli inizi dei suoi studi e dal caso d'isteria di Anna O., fu di avere attribuito al *sintomo psichico* una sovrastruttura/paradigma legata a un nuovo tempo di vita (ciò che succedono ora appartiene al passato ed occorre rendere conscio l'inconscio) ossia di rendere presente il passato (il ritorno del rimosso): il sintomo nevrotico incamera una spiegazione legata al passato (trauma). Il sintomo psichico riattualizzato, secondo Freud, è connesso con l'esperienza precedente (le tracce del passato) vissuta dal paziente anche nel tempo presente che si ripresenta alla coscienza nella relazione con l'altro; tra il clinico e il paziente si ripresentano antichi episodi che confluiscono in una rielaborata relazione (transfert e contro-transfert).

Non sono possibili *modelli narrativi e terapeutici* efficaci se non tenendo presenti queste misteriose e interne modificazioni *spazio-temporali*; mutamenti *interni alla coscienza* dei pazienti, che trascinano con sé l'esigenza di articolazioni *aperte o chiuse*. Da questa più radicale possibilità di *comprensione delle strutture (esistenziali)* costitutive della sofferenza psichica discendono *modelli pratici di cura interpersonale* con i pazienti nel contesto del loro vissuto spazio-temporale e della loro intersoggettività, anche se il flusso temporale e il vivere il tempo sono strutture del tutto diverse nella loro costituzione ontologica. Potremmo dire che ogni cura può essere intesa come un percorso narrativo nel/con il tempo vissuto, nello *spazio dell'esistenza narrata* che mira a un cambiamento a livello personale: il potere trasformativo del *dialogo interattivo-terapeutico* poggia sul sentire (patire) e l'esperienza interiore (la coscienza di sé), spesso vissuta come una ferita dal paziente, un danno e una sofferenza. Il linguaggio è scandito nel tempo, le parole sono pronunciate l'una dopo l'altra

a formare delle frasi che compongono a loro volta una descrizione, un'analisi. Il carattere sequenziale del linguaggio è anche un dato tecnico, che si fonda sulla struttura della mente umana, la quale non è nel tempo ma è essa stessa temporalità vivente, rammemorante, intenzionale. Il tempo diviene tempo umano nella misura in cui è articolato in modo narrativo; per contro il racconto è efficace nella misura in cui disegna i tratti dell'esperienza temporale.

Durante una condizione di limite e danno personale (sofferenza psichica), ci si può soffermare sul proprio tempo interiore dando una nuova direzione e un ordine positivo al proprio camminare nel tempo? Accade spesso che il tempo interiore anziché espandersi in una prima e un dopo (tempo longitudinale) si contragga nei vissuti interni (tempo trasversale), si arresti, fino al punto che la persona, nel qui e ora, si senta smarrita, ansiosa e triste avvertendo una sorta di diminuzione nel proprio vissuto interiore.

Il vissuto centrale (*il patire, il futuro*) che si coglie si lega al desiderio di realizzare e attualizzare una nuova relazione con l'altro (il fidanzato) al di là al tempo presente. *Temporalità e vissuto interiore* s'intrecciano nella autoriflessione.

«Il termine vissuto è il punto centrale che bisogna comprendere. Si può parlare di tempo e di spazio, di quantità e di qualità, di relazione e di modalità: si è portati, allora, a pensare alle istituzioni kantiane di tempo e di spazio e alle quattro parti della tabella kantiana delle categorie, parti che passano, appunto, sotto i nomi di quantità, qualità, relazioni e modalità. Ma queste categorie non sono dedotte dai giudizi, non sono categorie logiche: sono piuttosto, nella psicologia esistenziale, modi di vivere, modi di sentire lo spazio che ci circonda, e il tempo, nella nostra presenza, nei nostri ricordi, nelle nostre attese e, in tali modi, le caratteristiche del nostro rapporto con gli altri, la possibilità o l'impossibilità, la realtà e l'irrealtà, la necessità e la contingenza di tale rapporto» [18].

Sembra che ciò accada quando il tempo è vissuto non come mutamento del sentire ma come ostacolo, quando si diventa *spettatori della propria vita* accettando di limitarsi a viverla così come diviene senza quasi mai intervenire per mutarla, senza assumersi la responsabilità di modificare *l'accadere dell'accadere*, al fine di intraprendere le fondamentali azioni di costruzione dell'esserci. A volte capita che il tempo presente occupi gran parte dei pensieri del paziente divorando le possibili prospettive future. Il passato diviene presente divorante.

È possibile dare una *buona forma* al proprio tempo interiore anche quando ci si accorge che l'identità va sgretolandosi in frammenti privi di senso o ci si smarrisce dinanzi al *cambiamento repentino* del dolore psichico [19]? Per Masullo se l'inizio d'ogni sentire è l'avvertimento di sé, anzi di perdita di sé, allora il tempo è simultaneamente *separazione e cambiamento*; ma il *cambiamento repentino* è salto ed è destabilizzante, pertanto mostra un tempo senza grandezza e senza misura, un tempo originario e puro. Come afferma Masullo il "fenomeno del repentino" non ha potenza *cognitiva* o *semantica* ma soltanto *affettiva* o *pativa*. Il senso con cui lo *si vive*, è il *pato* del cambiare in quanto cambiare, ovvero il *tempo* nella sua purezza». Il repentino non abita nessun luogo ed è indeducibile, è vera e propria innovazione. È quindi

inspiegabile perché non inscrivibile in un *continuo*. «*Il tempo autentico non è un'idea, un oggetto qualsiasi della mente, ma un fatto, l'emozione originaria dell'esistenza, la passione assoluta. Esso è l'autoaffettivo senso della frattura irreversibile, il vissuto dell'insanabile discontinuità della vita, e della traumatica irruzione della continuità*».

Nel *repentino* il cambiamento può manifestarsi, secondo Masullo o come grazia (gioia) o come disgrazia (malessere, sofferenza) e in entrambi i casi, indeducibili da qualsiasi riferimento a priori, si sperimentano l'irreversibilità e la contingenza che, a loro volta, svela il senso del nostro esistere. Il fondo oscuro della vita diviene, in taluni casi, impossibile da gestire senza un piccolo aiuto terapeutico: *l'irreversibilità del tempo suppone la discontinuità del cambiamento*.

Ogni esperienza umana è *costitutivamente temporale*, nel senso che si estende nel destino personale, nello spazio (abitiamo i luoghi riempiendoli di noi stessi) nel tempo e per il tempo. Non si tratta soltanto di una *temporalità intrinseca* alla persona, ma anche di una *temporalità legata agli accadimenti esterni* (cronodesi), viviamo in una temporalità del *processo* in cui ogni persona entra in relazione con se stesso.

«*L'esperienza è il punto di arrivo di un attraversamento, che è la vivente vita, vissuta. Ora, il vissuto è l'appartenenza, l'assoluto mio, non certo perché ci sia un io a renderlo possibile, ma perché esso nella sua originarietà è il tempo, il quale, come trauma del movimento destabilizzante, produce nella vivente unità minacciata il bisogno di un indistruttibile appiglio, ne scatena il desiderio di permanenza, vi accende l'allucinazione del sé. Il fatto della vita è tempo, avvertimento di perdita, e appunto perciò è desiderio, impulso al ripristino dell'integrità del proprio stato (che si vive come l'esser messo in gioco del sé)*» [20].

Questo livello di temporalità è insieme *costituito e costituente e ci fornisce la conoscenza di noi stessi*: è costituito poiché ogni individuo assume, dentro la coscienza, il 'fattore tempo' come *condizione di vita*, consapevolezza, datità, ed è costituente giacché influisce sulle nostre *percezioni presenti e attese*, la nostra immaginazione (come sarà il futuro?). In ambito clinico non vi è processo d'indagine che si collochi al di fuori di un tempo vissuto (come vive il suo tempo il paziente?), al di fuori di un'ermeneutica del vissuto – inevitabilmente soggettivo – di come si possa vivere il tempo, anche durante una malattia o sofferenza, da parte del paziente.

«*Le diverse dimensioni del tempo sono simultaneamente delle maniere di essere sé-stesso...Ciascuno di noi vive il suo esser-là temporalizzandolo a suo proprio modo... È precisamente questa molteplicità della costituzione temporale ontologica dell'essere-sé-stesso che la psicopatologia clinico-antropologica può mettere in evidenza*» [21].

Il disagio psichico può essere inquadrato (e compreso) come disturbo del *senso del tempo*, *alterità della progettualità verso il futuro e compromissione del patire*. In quest'ottica il paradigma della temporalità è introdotto nel vivo della pratica terapeutica come un *dispositivo operativo* utile a comprendere, ripristinare e rinsaldare, nel paziente, le *connessioni interrotte tra passato, presente e futuro*, rivelandosi un alleato prezioso nel lavoro psicologico. La dimensione temporale può riattivare i suoi

processi evolutivi e ricreare l'apertura al futuro, prendendosi cura di sé.

«A ciascuno di noi, soprattutto quando siamo stanchi e affaticati, può capitare che un contenuto di coscienza (un pensiero, un'immagine, un motivo musicale, una fantasia, un impulso aggressivo, un ricordo) nasca in noi e non se ne voglia andare via: ma la sua permanenza in noi è abitualmente temporanea e non si estende, implacabile e graffiante, lungo il corso delle giornate e dei mesi: non ci rende prigionieri, oscurando la nostra libertà, come accade invece nel contesto di esperienze (neurotiche) ossessive così ostinate e così ribelli, così enigmatiche e così dolorose» [22]. Nell'esperienza vitale il presente è l'istante che separa ciò che non esiste più da ciò che non esiste ancora (il nulla) e il suo continuo movimento scandisce il passaggio irreversibile del tempo, da un prima ad un dopo. Nel processo di comprensione del tempo la coscienza riflettente ci permette di mettere in campo forme di resilienza e riadattamento al tempo vissuto patologicamente.

Nella depressione si è immersi radicalmente in un tempo vissuto a cui è tolto il futuro e che è dominato dal passato. Durante una crisi psichica il tempo presente rapidamente diviene passato, durata breve (attimo), *atomo di presente*, diverso da quello dell'orologio che è un tempo misurabile, lineare e ciclico: il tempo assume declinazioni, significati e gradi d'importanza differenti, dando luogo ad una certa disomogeneità rispetto ai modi di *esperire il tempo* e al suo *potere di strutturare la vita psichica*.

3. Oltre le modalità del tempo interiore

Riusciremo, tramite la ricerca psicologica, a comprendere il tempo vissuto delle persone? Quali sono le terapie psicologiche più promettenti e avanzate che si basano sulla percezione del tempo vissuto nell'interiorità, tra sofferenza e dolore profondo? Che cosa è veramente il tempo interiore secondo il pensiero di alcuni filosofi (Husserl, Heidegger, Brentano, Agostino), psicologi e psichiatri (Borgna, Binswanger, von Gebattel, Straus, Kimura, Piro) e fisici (Rovelli, Boncinelli)? E ancora, quale la connessione della cura con il tempo vissuto e le sue distorsioni accidentali?

Allo stato attuale il tempo interiore da Brentano [23], in poi costituisce un importante filone di ricerca in campo psicologico-psichiatrico. Per Brentano tutti noi facciamo continuamente *esperienza del tempo*. Egli è convinto (a) che l'origine dell'idea di tempo si sviluppi dal modo in cui noi percepiamo quegli oggetti che sono temporalmente distribuiti; che (b) l'idea del tempo debba essere ricercata nell'ambito dei fenomeni psichici; che (c) l'esperienza del tempo si riferisca a un orizzonte immanente. (d) Le differenze temporali - passato, presente, futuro sono rintracciabili a livello rappresentativo; (e) possiamo fare esperienza del tempo grazie all'associazione originaria, un'attività spontanea che accompagna l'esperienza istantanea associandole una serie continua di rappresentazioni indispensabili per avere coscienza di ciò che si presenta come temporalmente distribuito.

In altri termini il tempo a livello personale è presente anche se indicibile. Molti pazienti ansiosi o depressi giungono a *sovra-utilizzare, sovrastimare o amplificare* uno di tali orizzonti temporali e a *sottoutilizzare* gli altri, soprattutto durante uno stato

acuto di sofferenza oscura. Ciò accade anche durante la crescita umana (crisi esistenziali). L'esperienza di comprensione del *tempo psicologico/interiore* avviene tramite alcune operazioni: prassi legate alla *proiezione nel futuro*, la *memoria del passato* e la *coscienza nel presente*.

Come affermava Aristotele, se il movimento può arrestarsi il *tempo non si ferma* ed è anche per questo che «è modificando la sua distanza rispetto al presente che un avvenimento prende posto nel tempo» (III, 62). Le determinazioni di passato, presente e futuro sono dunque, a livello psichico, legate alle relazioni *del prima e del poi*.

Oggi riconosciamo diversi modi di vivere il tempo interiore. Quelle comprensibili, tuttavia, ci sembrano quelle legate al *tempo vissuto che fugge o dura o avanza*. Esistono un passato, un presente e un avvenire vissuti ma anche intrecciati, ciascuno con le proprie caratteristiche, altalenanti stati. In questa maniera si costituisce la *triade della temporalità*. «Lo scorrere del tempo è palese per ciascuno di noi: i nostri pensieri e il nostro parlare esistono nel tempo, la struttura stessa del nostro linguaggio richiede il tempo (una cosa “è”, oppure “era”, oppure “sarà”)». [24]. «In ogni esperienza depressiva, in ogni forma di tristezza (“normale” o “patologica”), si fa evidente la discontinuità, la disarticolazione, del tempo interiore, del tempo vissuto. La meta- morfosi del tempo interessa emblematicamente la dimensione del futuro, del presente, del futuro agostinianamente, attenuandosi e dileguandosi la speranza e l'attesa: si ha un futuro privato della speranza. Quando la tristezza è una tristezza motivata (una tristezza esistenziale), l'esperienza del futuro non è cancellata ma è solo oscurata, e l'orizzonte della speranza non è soffocato; mentre, quando la tristezza è una tristezza profonda (quella che la psichiatria clinica chiama psicotica, o endogena), non c'è più futuro e non c'è più speranza» [25].

Occorre rilevare che alcune prassi antagonizzanti la sofferenza umana, dal punto di vista della cura, possono includere diversi fattori: *l'attesa, il silenzio, la pausa cronodetica (sospensione del giudizio), la libera fluenza (associazioni libere), la riflessione su se stessi o erlebnis, la costituzione finalizzata a un obiettivo preciso e a modalità operative (orari, spazi, “setting”)*.

Per lo psicologo James il *presente sensibile* [26] possiede una sua durata: non deve essere considerato come un concetto privo di riferimento empirico. Lo *specious present* si mostra come, l'unico fatto 'dell'esperienza immediata. Sappiamo che il tempo possiede una sua specifica configurazione rispetto allo spazio che si fonda sulla differente natura delle *sensazioni elementari* della durata rispetto allo spazio. In questo senso la *coscienza del cambiamento* è assunta da James come la condizione che rende possibile la nostra percezione del flusso temporale. Egli insiste nel considerare del tutto priva di significato un'analisi che tenti di definire il tempo come una sorta di concetto vuoto, non ,riempito' dal momento sensibile. Tatossian contrappone il *tempo esperito*, quello cioè che designa le variazioni psicologiche della percezione del *tempo oggettivo o cosale* (il tempo dell'orologio e dei ritmi naturali), al *tempo vissuto o reale*, che indica il *dinamismo interiore del divenire*, e cioè il tempo trascendente: *tempo del mondo o tempo intersoggettivo*.

Interessante si presenta il lavoro dello psichiatra Fucht (Tabella 2) che si è interessato

alla *struttura del tempo* nei disturbi legati alla schizofrenia. Il suo schema sulla disarticolazione dell'esperienza interna del tempo nei pazienti è ancora valido. Secondo Borgna [27] possiamo dare diverse forme al vissuto del tempo. Egli ci fa notare come ogni paziente vive fenomenologicamente il tempo interiore e si chiede che cos'è per ciascun paziente il tempo. Qual è il significato che assume? Nella vita possiamo vivere, consapevolmente, degli *sbalzi vertiginosi del tempo*: l'esperienza dello spazio (spazio *vissuto*) contrassegna la forma di esistenza psichica (maniacale o depressiva, schizofrenica), ma diventa anche l'esperienza del tempo (il tempo *vissuto*) [28].

Il *tempo vissuto* assume, per Borgna [29], varie forme: il tempo si arresta (blocco), si evolve verso altre direzioni (futuro); si polverizza (perde ogni significato esistenziale), subisce degli sbalzi (il tempo vissuto si sposta da un polo all'altro: dal passato velocemente verso il futuro e via dicendo).

In realtà la *polverizzazione del tempo* (casi di mania), l'*arrestarsi del tempo* (casi di espressione psicotica) e gli *sbalzi vertiginosi del tempo* (casi di schizofrenia), sono elementi psicopatologici che devono essere riconosciuti nella loro articolata e multiforme dimensione (Tabella 3 e 4). Tutto ciò appare utile se si vogliono affrontare le esperienze psicologiche legate alla sofferenza psichica, adottando una prassi efficace e adeguata.

Quindi il tempo vissuto/interiore rimane in rapporto con noi stessi e il mondo (*chronodesi*), sta in rapporto con la *finitudine*, caratteristica della mortalità, e insieme con l'*infinito*, ma anche con le emozioni, quali il dolore e la gioia. Nel suo trascorrere condiziona la vita quotidiana, così come colora le *esperienze delle crisi, del disagio* che lo trascendono. È elemento costitutivo dell'identità e permea la coscienza e l'esistenza di ciascuno. Blankenburg affronta la questione della temporalità dal punto di vista della vita quotidiana, in quanto correlato della *abitudine sana*, mentre lo psichiatra giapponese Kimura, indagando il tempo vissuto come forma dell'*essere-là-personale*, afferma che questo modo del tempo non è di per sé sempre o necessariamente intenzionato dalla coscienza (Tabella 1). Kimura, [30] dopo il bellissimo lavoro di Minkowski, approfondisce il tema della temporalità ossia la categoria del tempo che appare come costitutiva dei vari modi di comprendere e di essere gettati nella vita. Occorre ricordare che la caratteristica del *tempo vissuto* non è sperimentata necessariamente nella coscienza nelle forme patologiche quali sensazioni di alterazione del flusso del tempo (distorsione/rallentamento/accelerazione), come può avvenire nelle forme ansigene, nella melanconia o negli stati di agitazione o mania. Per Kimura nell'esistenza "normale" esistono tre modalità di vivere il tempo: *ante festum* (passato), *intra festum* (presente) e *post festum* (futuro) a seconda che il tempo sia focalizzato sul passato, sul presente o sul futuro. *Festum* significa 'festa', ma in senso traslato può significare semplicemente "evento". Nel ricorrere a questa tripartizione Kimura cita il testo di Gabel [31] nel quale l'autore parla dell'ideologia proletaria come "coscienza ante festum", facendo riferimento a Lukàcs che definiva "coscienza post festum" quella della borghesia. Questi modi si presentano di solito ben equilibrate tra di loro, benché uno di questi modi della temporalizzazione possa, in misura maggiore o minore, predominare sugli altri due. Quale forma di angoscia

corrisponde a ciascun modo di esistenza, a ciascuna maniera di vivere il tempo? Una prima forma di angoscia osservabile negli schizofrenici (e anche in forme di nevrosi giovanile) è rappresentata da una sorta di *angoscia per l'avvenire sconosciuto (tempo in direzione del futuro)*, per l'*imprevedibile (tempo in direzione del futuro)*, di ciò che potrebbe accadere a ogni momento e che non è ancora presente. Chi soffre di schizofrenia si sforza penosamente di afferrare *i presentimenti, anche vaghi, e i lontani presagi*, e manifesta una straordinaria sensibilità o un'indifferenza per le "cose" del presente. Dietro questo modo di vivere il tempo focalizzato sul futuro vi è il problema della costituzione della propria soggettività/identità: un'identità che non è mai posseduta in modo definitivo ma deve essere acquisita sempre di nuovo, nel momento che segue (tale modo di vivere il tempo è la modalità *ante-festum* o prima della festa). Kimura pone l'accento inoltre che questi due modi del tempo strutturante, *ante- e post-festum*, compaiono in maniera esasperata in condizioni di patologia, ma sono già distinguibili nella tipologia del temperamento della persona. Al contrario la angoscia, che erompe nel *typus melanconicus* (Tellenbach) come melancolia, è un'angoscia per il passato (l'essere triste del melancolico appare come un raddoppiamento continuo del suo "essere stato"), lo stesso avvenire non è una regione dello sconosciuto, ma un'estensione del passato. Evidente è il rapporto fra questa temporalità e la prevalenza dell'identità di ruolo. È questa costituzione del tempo che Kimura definisce modalità *post-festum*.

Infine una terza forma di temporalità costitutiva e di angoscia è quella definita modalità *intra-festum*: una sorta di *temporalità puntiforme*, vissuta istante per istante nel presente, un modo di essere totalmente assorbito nella immediatezza/istante, che trova la sua espressione nella patologia borderline. Tuttavia nelle fasi di crisi esistenziale, sotto la pressione di gravi turbamenti psichici insorge l'angoscia, che accomuna, a gradi diversi d'intensità, tutte le forme di disturbo mentale. Kimura, proponendo un modello d'inquadramento diagnostico associa le tre modalità di vivere il tempo con altrettante forme di angoscia. Nel caso di un'*angoscia psicotica* prevarrà una percezione del tempo *ante festum*, sotto forma d'impossibilità a soggiornare fra le cose, mentre durante l'*angoscia melancolica* il tempo vissuto sarà *post festum* ossia segnato dal marchio dell'irrimediabile. Infine, nell'*angoscia degli stati-limite* prevarrà un tempo *intra festum*: un'impazienza adesione al tempo presente, con un assorbimento nell'immediatezza, nell'attimo presente.

4. Sullo stravolgimento della trama temporale nella sofferenza psichica

Chi scrive riconosce, ai fini clinici, una grande importanza allo stravolgimento della trama temporale nella sofferenza psichica. Più precisamente si ritiene che gli stravolgimenti costituiscano una sorta di tratto distintivo, fondamentale, che accompagna quel determinato disturbo psichico. Con lo psichiatra e filosofo Karl Jaspers [32] abbiamo appreso che l'individuo è compreso tra la nascita e la morte, e quindi che la temporalità "appartiene" alla persona per una necessità interiore, in un duplice significato di *tempo vitale (tempo della vita)* e di *coscienza del tempo*. Secondo questa

visione, l'esistenza è intrisa di temporalità: l'individuo ha una storia (*cronodesi*) che costituisce il suo passato e che in qualche modo guida il suo presente verso quel ,non ancora' proprio del futuro. In sostanza, quindi, l'individuo è individuo storico, o meglio, la sequenza temporale costituisce un elemento che fonda l'esistenza di ogni essere umano. La distinzione tra passato, presente e futuro non richiamano però delle tappe a sé stanti: il tempo, come elemento costitutivo dell'individuo, si manifesta lungo un continuo, dove il passato non è mai definitivamente passato, ma sostanzia il presente e, dove il presente, che in sé è nulla, è in grado di riunire il ,non più' di ciò che è stato e il "non ancora" di ciò che sarà. L'esperienza del tempo, quindi, si rende concreto in una linea fluida sulla quale trovano ordine i dati della coscienza. Lo psichiatra Kimura, riprendendo il tema del tempo vissuto, pone una distinzione essenziale fra "coscienza del tempo" e "vivere il tempo", fra il "tempo esperito" e il "tempo vissuto". Egli ci avverte che non possiamo stabilire dei limiti netti fra le varie dimensioni della temporalità (presente, passato, futuro) quali si riflettono nei diversi stili di personalità, giacché, ognuno fruisce delle tre modalità di vivere il tempo in relazione equilibrata fra loro, anche se una piccola prevalenza di una modalità segna la "originalità" di ciascuna persona. Tuttavia, soprattutto, nelle condizioni psicotiche o pre-psicotiche l'equilibrio personale è frantumato da una ,sproporzione' fra le tre dimensioni temporali. In sostanza noi siamo, come persona, posti nel tempo, nei modi in cui viviamo. Egli ritrova inoltre *la temporalità intra-festum* anche in alcuni malati di epilessia e di psicosi atipiche, sul modello della "bouffée délirante", e nella struttura personologica di una parte almeno dei pazienti bipolari, che può essere così diversa da quella del melanconico. Egli ci ricorda che *essere nel tempo della continua immediatezza della festa*, con tutti i suoi capricci, inconsistenze, instabilità e imprudenze, vuol dire tentare di riempire il vuoto, la noia e la disperazione dell'esistenza votata. Esistere implica decidere di non lasciare che il tempo vissuto, semplicemente, ci attraversi nel vuoto dell'esistenza, passi senza che nessun filo di senso possa essere disegnato nello spazio della vita e dell'abitare, seppur breve del proprio divenire. Appare inevitabile, per ogni persona, esperire momenti di ansia, dolore, sofferenza e inquietudine quando si ha la sensazione di sentire sfuggire il tempo. L'esistenza stessa chiede di impegnarsi a tessere fili di senso nel tempo che c'è dato, per andare di là dall'angoscia. A volte questo modo del sentirsi accade quando ci si trova a esperire una forma di sospensione rispetto al vivere mentre la vita prosegue: si avverte che il tempo ci passa accanto senza poterlo vivere nel concreto. Allora gli atti, che passano senza aver avuto un *presente* svaniscono e, con essi, si dileguano le proprie possibilità esistentive e di adattamento all'ambiente, al mondo. In taluni casi, quando la tendenza alla distrazione è sempre in agguato, è necessario, al fine di promuovere una sorta di *attenzione riflessiva*, praticare una sana fenomenologia del tempo. Ogni atto terapeutico verso qualcuno implica un tempo vissuto a livello duale, un coinvolgimento personale, una trazione forte d'azione verso una persona sofferente. Ogni persona sofferente è tesa in un costante sforzo di adeguamento agli orizzonti (psicologici, culturali, sociali) progressivamente subentranti del tempo, verso quella

che Piro definiva una *cronodesi fondamentale*.

5. Conclusione momentanea

Per terminare (provvisoriamente) il discorso sul tempo interiore ci troviamo, nel campo della cura e delle prassi cliniche, di fronte a due atteggiamenti diametralmente opposti. Da una parte c'è il tempo (scientifico) reversibile, esteriore e spazializzato e del setting; dall'altra c'è il *tempo della vita* del paziente che è irreversibile, unico, intimo e irripetibile. Si prende atto che poter descrivere il tempo vissuto dei pazienti non è una cosa semplice. Lo sforzo è, tuttavia, quello di far comprendere a chi vive una situazione di sofferenza psichica che il tempo interiore (diverso dal tempo come durata e calcolo) può divenire un parametro importante per un percorso di cura, un obiettivo strategico. Come il tempo, anche lo spazio non può essere colto immediatamente dal soggetto nell'esperire i propri vissuti: il tempo interiore, inteso come mutamento/flusso, oscillazione costante tra presente e passato (memoria) e presente e futuro (attesa) potrà affiorare e modificare la coscienza vissuta mediante un percorso terapeutico duale (intersoggettivo) basato non tanto sulla spiegazione ma sulla comprensione di ciò che si manifesta, e viene vissuto (pathos).

Anche secondo Minkowski il tempo sembra avere a tutti gli effetti due “volti” che affondano le proprie radici da una parte nella possibilità di una reale e oggettiva *spazializzazione*, dall'altra nel riconoscimento cui si lega un atto comprensivo di ordine fenomenologico da parte della coscienza, di una *continuità nel divenire*. In questo senso, il tempo *razionale e spazializzato* (come quello dell'orologio e del calendario) sono rappresentabili nella forma di una *linea retta* e appare oggettivo, misurabile, calcolabile, scomponibile in punti giustapposti e perfino «trasformato in una sorta di caleidoscopio che fa balenare davanti agli occhi, in ogni momento, senza tregua, costantemente, nuove immagini che si ricollegano sia agli avvenimenti del mondo esterno sia a quelli della nostra vita intima». Di contro, il tempo *irrazionale* – e quindi il tempo autenticamente “vissuto” o “vivente” – non può essere per nulla colto dal pensiero discorsivo e razionale, per il quale ogni successione si fa opposizione tra *ciò che è e ciò che non è ancora*, ma solo da una *coscienza fenomenologica* che senza mediazioni sappia riconoscere in esso il carattere essenziale del *divenire*, vale a dire un fattore di somiglianza, durata, stabilità e consistenza capace di superare ogni possibile tentativo di spazializzazione.

Si ricorda il contributo di Erwin Straus [33] rispetto alla contrazione, la dilatazione delle spazialità ricorrente nelle forme cliniche dell'ossessione, lo sfalsamento, la discordanza tra il “tempo transitivo”, il “tempo del mondo” (velocizzato) e il “tempo immanente”, il “tempo dell'Io” (rallentato) nell'esperienza malinconica, la stasi temporale che scandisce la vita del fobico. Straus si muove dall'idea che l'esperienza psichica sia per sua natura temporale e storica. «*La condizione dell'esperienza umana consiste in questo: chi sperimenta un vissuto (der Erlebende) sperimenta se stesso come diveniente*» (Straus E., 1930). L'esperienza primaria del tempo cui qui si allude è quella di una soggettività che, facendo esperienza del mondo, percepisce anche il

proprio cambiamento, trova connessioni nel variare delle prospettive. Gli accadimenti dello spazio e del tempo oggettivi, sono di per sé indifferenti; diventano *Erlebnisse*, ossia esperienze vissute, quando il divenire psichico entra in connessione con essi.

Il *tempo vissuto* assume, per Borgna, varie forme: il tempo si arresta (blocco), si evolve verso altre direzioni (futuro); si polverizza (perde ogni significato esistenziale), subisce degli sbalzi (il tempo vissuto si sposta da un polo all'altro: dal passato velocemente verso il futuro e via dicendo). In realtà la *polverizzazione del tempo* (casi di mania), l'*arrestarsi del tempo* (casi di espressione psicotica) e gli *sbalzi vertiginosi del tempo* (casi di schizofrenia), sono elementi psicopatologici che devono essere riconosciuti nella loro articolata e multiforme dimensione. Tutto ciò appare utile se si vogliono affrontare le esperienze psicologiche legate alla sofferenza psichica, adottando una prassi efficace e adeguata.

Non c'è solo il tempo-oggetto ma c'è anche il tempo-soggetto: il tempo intenzionale che non ha nulla a che fare con il tempo ridotto a cosa delle scienze naturali, oggetto di osservazione.

Tutti noi siamo in grado di pensare al tempo come mutamento, spostamento tra un prima e un poi, per proiettarci nel futuro, con speranza e ansia, per aiutarci a decidere come agire nel presente.

Il tempo esiste, fuori e dentro di noi, esso è indispensabile per la creazione dell'identità individuale, della coscienza, del legame, della memoria e per il funzionamento del cervello. La cura della persona è anche cura dello spazio fisico (corporale) in cui abitiamo (la vita) e cura del tempo (del modo di vivere interiormente il tempo).

Come persone siamo unici nella misura in cui viviamo il 'nostro tempo', o siamo in grado di pensare e prepararci per il futuro connettendo passato e presente o presente e futuro, per affrontare ostacoli e limiti della maschera dell'assoluto, della persona unica. In effetti, molti problemi psichici sono il risultato della nostra mancanza di attesa e di pausa, di miopia temporale (vivere in tempo senza farci caso, in maniera irriflessa o inconsapevolmente rispetto al flusso degli accadimenti personali e storici), per meglio dire, di una incapacità di porci e posizionarci nel flusso degli accadimenti. Come clinici siamo consapevoli che «*Nella depressione si è immersi radicalmente in un tempo vissuto a cui è tolto il futuro e che è dominato dal passato*» [34]. Ma fortunatamente la pratica clinica, la cura e lo sforzo personale ci possono perfezionare in questo senso aiutandoci a prendere consapevolezza del nostro essere/esistere. In tale senso ci viene in aiuto la pausa, ossia il tempo fermo. In questa direzione la *pausa cronodetica* o sospensione dell'azione o fase di attesa, è più di ogni altra modalità utile alla clinica: la pausa è protesa totalmente al futuro.

Per terminare il provvisorio lavoro costituisce l'occasione per affermare che lo studio del *senso soggettivo/percettivo del tempo interiore* nel campo psicoterapico possa assumere un ruolo fondamentale nel campo della cura. Tutto ciò appare fondamentale sia per la psicoterapia, per la centralità che le emozioni a esse legate assumono nella vita dei pazienti in generale, sia per il ruolo che la *triade passato-presente-futuro* assume nel perseguimento del benessere.

Infine, per chi scrive, le operazioni cliniche devono essere tutte caratterizzate da 1)

una riflessione sulla *metodologica sul tempo vissuto del paziente* (distorsioni, blocchi, mutamenti); a) una riflessione del *sistema di riferimento culturale-ideologico* del paziente; b) una considerazione dei *mezzi linguistici e patici del paziente* che definiscono e inquadrano il vissuto del tempo interiore (narrazione, ideazione e presentazione); c) un' *analisi delle compresenze*, delle commistioni, delle altre dislocazioni nel campo sociale di consapevolezza auto-riflessa (triade passato, presente, futuro), di frammentazione o di connessione; d) una descrizione degli *strumenti usati per descrivere il tempo presente da parte del paziente*.

Appare chiaro che ancora molto lavoro rimane da fare su tale complesso sentiero conoscitivo che parla di noi stessi. E del presente e del futuro.

BIBLIOGRAFIA

Appendice

In questa sezione sono riportate le Figure, Tabelle e Schemi di supporto al testo dell'articolo.

Tabella 1. Tempo Ante festum (Kimura, 1992)

Struttura della *temporalità schizofrenica* dominata dall'anticipazione e dal presentimento dell'avvenire: *temporalità ante-festum, prima della festa*.

La coscienza ante - festum è la coscienza della «grande sera» alla ricerca di libertà e di rivoluzione. A differenza del rivoluzionario, la coscienza ante-festum dello schizofrenico è scissa dal fondo dell'esperienza e si è trasformata in un'anticipazione di un avvenire trascendente vuoto. Tale anticipazione si fonda, per il paziente, sulla propria *impossibilità a soggiornare tra le cose* («perdita dell'evidenza naturale»).

Il paziente mostra un distacco dal passato che è oppresso dai fallimenti delle loro imprese, indifferenza attonita verso il presente, tranne ciò che può rappresentare un presagio per il futuro e l'esigenza appunto di anticipare le cose che devono avvenire.

Il paziente è così imprigionato all'interno di una modalità temporale particolare che riguarda un'ora istantanea che spinge verso un futuro sconosciuto.

Tabella 2. Disarticolazione dell'esperienza del tempo vissuto

Fucht, T. (2007) *The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia*. *Temporality and Psychopathology*.

1.1 Distruzione del fluire temporale (Il tempo/non tempo)

Viene compiuta la sincronizzazione intersoggettiva: desincronizzazione (stagnazione del tempo personale rispetto al tempo intersoggettivo)

1.1 Distruzione del fluire temporale (Il flusso/arresto) Frammentazione dell'Arco intenzionale

Schizofrenia: Frammentazione dell'Arco intenzionale - Indebolimento dell'auto-esperienza. Nella schizofrenia la sintesi temporale implicita o automatica necessaria per la costituzione della realtà è disturbata. Questo porta a una frammentazione dell'arco intenzionale, lasciando i singoli elementi dei processi di percezione, azione e pensiero non collegati.

Pensieri non incorporati nella continuità di base dell'esperienza di Sé Interruzione dei pensieri nell'arco intenzionale.

Pensieri non più organizzati – appaiono contro la mia intenzione e la loro direzione è invertita (non sono miei e messi nella mia testa). Sintomi disturbo del pensiero – esperienze d'influenzamento, allucinazioni verbali (resti dell'arco intenzionale frantumato).

Tabella 3.
Tempo Patologico

Schizofrenia	Depressione	Esaltazione maniacale
Il tempo si frantuma in profondità, è cancellato il presente e il futuro.	Il tempo si spezza, il futuro si dissolve, il presente è divorato dal passato.	Il tempo è bruciato da una euforia senza confini, il tempo si sfilaccia e si scompone in mille frammenti che non hanno né passato né futuro; presente senza storia.

Tabella 4.
Psicopatologia del tempo

Disarticolazione dell'esperienza del tempo	<ul style="list-style-type: none"> > Distribuzione del flusso temporale (il tempo si annulla) > Déjà Vu/Vecu (il tempo esiste/non esiste) > Premonizioni su sé stessi (mi succederà qualcosa nel tempo futuro) > Premonizioni sul mondo esterno (qualcosa nel mondo accadrà a breve)
Disturbata esperienza della velocità del tempo	<ul style="list-style-type: none"> > Velocità del tempo anomala (decelerata, accelerata o sia decelerata che accelerata) > Il tempo sembra correre con me
Discrepanze sull'esperienza del tempo rispetto	<ul style="list-style-type: none"> > Tempo diverso confrontato alla precedente esperienza (o comune esperienza del tempo) > Perdita dei comuni riferimenti temporali (smarrimento, confusione, dissociazione, derealizzazione, scollegamento corpo/pensieri/pathos)

1. Husserl, E. (1981). *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo*. Milano, Angeli.
2. Rovelli, C. (2017). *L'ordine del tempo*. Milano: Adelphi, 170.
3. Minkowski, E. (2004). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi.
4. Piro, S. (2005). *Trattato della ricerca diadromico-trasformativa*. Napoli: La città del sole, 160.
5. Korzybski, A. (1944). *Time-binding: the General Theory 1924-26*. Reprint International Non-ari-stotelian Library. Lakeville.
6. Galimberti, U. (1991). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli, 201.
7. Piro, S. (1993). *Antropologia trasformativa. Il destino umano e il legame agli orizzonti suben-tranti del tempo*. Milano: Angeli.
8. Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi, 148-149.
9. Sant'Agostino (1996). *Le Confessioni*. Milano: Mondadori.
10. Pagano, U. (2011). *L'uomo senza tempo*. Milano: Franco Angeli, 12.
11. Piro, S. (1995). *Critica della vita persona*. Napoli: La città del sole, 93-94.
12. Masullo, A. (2003). *Paticità e indifferenza*. Genova: Il melangolo.
13. Benini, A. (2020). *Neurobiologia del tempo*. Milano: Raffaello Cortina.
14. Piro, S. (1997). *Introduzione alle antropologie trasformativa*. Napoli: La città del sole.
15. Husserl, E. (1965). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi, 65-67.
16. Masullo, A. (1995). *Il tempo e la grazia. Per un'etica attiva della salvezza*, Roma: Donzelli, 88.
17. Freud S. (2013). *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano: Rizzoli.
18. Minkowski, E. (2017). *Il problema del tempo vissuto*. Milano, Mimesis, 94-95. Cfr. Minkowski, E. (1971). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi, X.
19. Masullo, A. (1995). *Il tempo e la grazia. Per un'etica attiva della salvezza*. Rona, Donzelli.
20. Masullo, A. (2012). Ma quando lo “andiamo a cercare” siamo sicuri che l’“Io” esista?
<https://ilviandanteelasuaombra.wordpress.com/2012/08/17/ma-quando-lo-andiamo-a-cercare-siamo-sicuri-che-l-io-esista>.
21. Kimura, B. (2005). *Scritti di Psicopatologia Fenomenologia*. Roma: Giovanni Fioriti.
22. Borgna, E. (1997). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli, 56.
23. Brentano, F. (1997). *La psicologia dal punto di vista empirico*. Bati-Roma: Laterza.
24. Rovelli, C. (2014). *Sette brevi lezioni di fisica*. Milano: Adelphi, 64-65.
25. Borgna, E. (1997). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli, 139.
26. James, W. (1927). *Principi di psicologia*. Torino: Paravia.
27. Borgna, E. (2012). *La fenomenologia nella sua teoria e nella sua prassi in Psichiatria*.
<http://www.pol-it.org/ital/borgna2005.htm>.
28. Masullo, A. (1995). *Il tempo e la grazia. Per un'etica attiva della salvezza*. Roma: Donzelli; Ma-sullo A. (2003).
29. Borgna, E. (2018). *Il tempo e la vita*. Milano: Feltrinelli.
30. Kimura, B. (2005). *Scritti di Psicopatologia Fenomenologia*. Roma, Giovanni Fioriti, 12.
31. Gabel, J. (1967). *La falsa coscienza. Saggio sulla reificazione*. Bari: Dedalo.
32. Jasper, K. (1964). *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
33. Straus, E. (2010). *Il vivente umano e la follia: studio sui fondamenti della psichiatria*. Macerata: Quodlibet, Macerata; Straus, E. (2011). *Forme dello spazio, forme della memoria*. Roma: Armando.
34. Borgna, E. (1998). *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*. Milano: Feltrinelli, 109.

MINI REVIEW

Olio essenziale di lavanda: benefici psicologici

Maura Perrone¹, Simona Durante²

¹ Studio di Psicoterapia BenessereNapoli, Italia

² SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy

ABSTRACT

Scientific research on lavender psychological effects has started recently. However, there is a long tradition of its usage which highlights that lavender essential oil has a significant influence on psychological states. Specifically, we consider some recent studies which demonstrated the effects of Lavender *Angustifolia* essential oil on anxiety, depression and sleep quality in adults and elderly patients, in women in post – partum, in patients on haemodialysis or hospitalized in intensive care unit, patients with GAD or MADD. The administrations we looked at were inhalation, massage or ingestion, specifically, we also collected the latest trials on the administration of Silexan®. We emphasize the benefits of Lavender and the near absence of significant side effects compared to common medications used to treat anxiety, depression and sleep disorders.

KEYWORDS

Lavender essential oil, phytotherapy, plant medicine, aromatherapy, anxiety, depression, sleeping disorder.

ABSTRACT IN ITALIANO

La ricerca scientifica sugli effetti psicologici della lavanda è iniziata solo di recente. Tuttavia c'è una lunga tradizione del suo uso che dimostra come, in particolare l'olio essenziale di lavanda, abbia una notevole influenza sugli stati psicologici. In particolare esaminiamo alcuni recenti studi che hanno mostrato gli effetti dell'olio essenziale di Lavanda *angustifolia* su ansia, depressione e qualità del sonno in pazienti adulti o anziani sani, in donne in condizioni post – partum o in gravidanza e in pazienti in emodialisi in TI, pazienti con GAD o MADD. Le somministrazioni analizzate prevedevano inalazione, massaggio o ingestione, nello specifico abbiamo raccolto dati degli ultimi studi effettuati sulla somministrazione di Silexan®. Evidenziamo i benefici dell'olio essenziale di Lavanda e la quasi mancanza di effetti collaterali rispetto agli psicofarmaci usati per ansia, depressione e disturbi del sonno.

PAROLE CHIAVE

Olio essenziale di lavanda, fitoterapia, medicina vegetale, aromaterapia, ansia, depressione, disturbo del sonno.



Citation

Perrone M., Durante S. (2022).
Olio essenziale di lavanda:
benefici psicologici
Phenomena Journal, 4, 106-116.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.160>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Maura Perrone
mauraperrone@gmail.com

Ricevuto: 2 maggio 2022

Accettato: 6 giugno 2022

Publicato: 8 giugno 2022



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

Introduzione

Ansia, depressione e disturbi del sonno sono sintomi riportati spesso dai pazienti che si rivolgono ad uno psicoterapeuta. I percorsi di psicoterapia talvolta sono affiancati da trattamenti farmacologici prescritti dallo psichiatra. Lo sviluppo, lo studio e le ricerche scientifiche mostrano che la fitoterapia, in particolare i medicinali di origine vegetale che hanno effetto sul SNC possono essere di grande supporto per migliorare la qualità di vita dei pazienti, supportare e coadiuvare il percorso psicoterapeutico. I farmaci di tradizione psichiatrica più comunemente utilizzati per il trattamento di condizioni psicologiche quali ansia e depressione, possono generare cospicue reazioni avverse, come dipendenza, assuefazione o effetto di rimbalzo. La recente ricerca scientifica ha evidenziato i benefici psicologici dell'olio essenziale di lavanda, sottolineandone le proprietà ansiolitiche, antidepressive e la quasi totale assenza di effetti collaterali secondari, tra i quali sono stati riportati: irritazioni gastrointestinali, irritazioni cutanee e reazioni allergiche.

Olio essenziale di lavanda

L'uso terapeutico popolare e tradizionale dell'olio essenziale di lavanda inglese per il dolore, le infezioni, il rilassamento e la sedazione risale a secoli fa [1]. La pianta è coltivata o raccolta per ottenere l'olio per uso terapeutico. La specie più utilizzata per la produzione di olio essenziale è la lavanda angustifolia. L'olio essenziale di Lavanda si ottiene esponendo le infiorescenze della pianta a una corrente di vapore [2]. L'olio essenziale ha una composizione complessa in cui rientrano oltre 150 costituenti, i principali sono linalolo e linalil acetato [3].

L'olio essenziale di lavanda è considerato antibatterico, antimicotico, ansiolitico, antidepressivo, analgesico, carminativo (rilassante della muscolatura liscia), oltre ad avere effetti immunomodulatori benefici sulla guarigione delle ferite.[4]

Storicamente gli oli essenziali sono stati somministrati come aromaterapia per via inalatoria o per via topica. Gli oli essenziali somministrati per via inalatoria possono esercitare effetti psicologici, poiché il bulbo olfattivo ha input limbici nell'amigdala e nell'ippocampo associati all'emozione e alla memoria.[5]

Nel 2012 le conclusioni dell'HMPC (Comitato per i medicinali vegetali) sull'impiego dei medicinali contenenti olio essenziale di Lavanda per alleviare i sintomi lievi dello stress mentale e dell'affaticamento e per conciliare il sonno si basano sul loro *uso tradizionale*. Ciò significa che, nonostante le prove provenienti da studi clinici siano insufficienti, l'efficacia di questi medicinali di origine vegetale è plausibile ed esistono prove in merito alla sicurezza del loro utilizzo in questo campo da almeno 30 anni (di cui almeno 15 anni nell'UE). [2]

Olio essenziale di lavanda vs psicofarmaci

I disturbi del sistema nervoso centrale hanno un grande impatto nella società a causa di un generale processo di invecchiamento della popolazione e dello stile di vita. Lo

stress è uno dei disturbi psicologici più diffusi nei paesi sviluppati che porta ad altre caratteristiche cliniche, come ansia, insonnia o depressione. Le benzodiazepine (BZD) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono altamente prescritti rispettivamente come farmaci ansiolitici e antidepressivi. BZD, come diazepam, lorazepam o alprazolam producono effetti calmanti legandosi ai recettori GABA_A, ma possono anche produrre sonnolenza e deterioramento cognitivo come reazioni avverse al farmaco. Gli SSRI (p. es., fluoxetina, paroxetina, citalopram) sono prescritti come antidepressivi perché sono in grado di bloccare selettivamente il trasportatore della serotonina (SERT), ma gli effetti collaterali includono disfunzioni sessuali e disturbi neuropsichiatrici, come tendenze suicide e disturbi del sonno. Entrambi i gruppi di medicinali possono causare anche astinenza e effetti di rimbalzo a seguito dell'interruzione della loro somministrazione. Alcuni oli essenziali vengono utilizzati come rimedi ansiolitici e la modalità di somministrazione può essere orale ma anche per inalazione o combinata con il massaggio. L'olio essenziale di lavanda può essere considerato uno dei rimedi erboristici da banco più venduti per l'ansia, lo stress e la depressione. Gli studi rivelano un alto contenuto di linalolo e linalil acetato e organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP) o l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) approvano questa pianta medicinale per alleviare lo stress, l'irrequietezza e l'ansia.[6][7]

Lavanda e ansia

Un gran numero di pazienti e professionisti della salute esplorano trattamenti di medicina alternativa per l'ansia. Nel tempo l'interesse scientifico e gli studi clinici sull'aromaterapia come trattamento complementare nelle persone che soffrono d'ansia, sono aumentati. Uno dei risultati avuti dalla ricerca è che l'aromaterapia è riconosciuta come efficace su questo campione di pazienti. Una review di 16 studi clinici riportati in letteratura dal 1990 al 2010 sull'utilizzo dell'aromaterapia per persone che presentavano sintomi d'ansia, ha mostrato che la maggior parte degli studi ha riportato effetti positivi nel controllo dell'ansia, senza mostrare eventi avversi.[8] Tali risultati sono stati supportati da un'altra review di studi clinici sugli effetti dell'ingestione della lavanda sull'ansia.[9] Ancora, una review di diversi studi clinici suggerisce un effetto positivo dell'aromaterapia con la lavanda, nel ridurre l'ansia in donne al primo stadio del travaglio[10]. Due studi suggeriscono che capsule contenenti Silexan® (un preparato di olio essenziale di lavanda per uso orale) presentano la stessa efficacia di Ativan e Paxil nell'alleviare l'ansia in pazienti con GAD [11] [12]. La ricerca scientifica riportata in letteratura indica, dunque, che l'aromaterapia con olio essenziale di lavanda ha un'azione ansiolitica significativa e ben documentata [13]. Le terapie CAM (Complementary and Alternative Medicine) per il trattamento dell'ansia e gli effetti ansiolitici dell'olio essenziale di lavanda sono stati validati da studi per oltre una decade. È importante evidenziare che i benefici ansiolitici dell'olio essenziale di lavanda probabilmente operano a prescindere dal tipo di somministra-

zione (inalazione, ingestione, trattamento topico attraverso un massaggio). Inoltre risulta che l'inalazione cronica degli oli essenziali non eserciti un effetto ansiolitico superiore dell'inalazione acuta. [14]

Lavanda e disturbi del sonno

I metodi tradizionali utilizzati per il trattamento dei disturbi del sonno includono l'utilizzo di terapie farmacologiche. La qualità del sonno sembrerebbe rimanere comunque povera con l'insorgenza di effetti collaterali quali dipendenza dal farmaco e assuefazione. In particolare l'effetto trascinato si riferisce alle benzodiazepine a lunga azione, come il diazepam (Valium) e il nitrazepam (Mogadon), i cui effetti collaterali sembrerebbero essere alleviati dall'utilizzo di benzodiazepine a breve azione come il temazepam, pur non essendo ancora chiaro se i miglioramenti dell'insonnia persistono anche in seguito all'interruzione della terapia. Di conseguenza, i trattamenti dei disturbi legati al sonno sembrerebbero tendere verso interventi non farmacologici. Gli effetti dell'inalazione dell'olio essenziale di lavanda sull'architettura del sonno (induzione, mantenimento e qualità), considerando solo gli studi in cui la lavanda è stata somministrata attraverso inalazione anziché ingerita o applicata topicamente suggeriscono un piccolo beneficio per i soggetti sottoposti a somministrazione rispetto ai soggetti appartenenti al gruppo di controllo, ma le difficoltà legate alla mancanza di informazioni circa la posologia e le variazioni tra efficacia in condizioni reali e condizioni ideali, non consentono di dare conclusioni definitive sui benefici dell'aroma dell'olio di lavanda sull'architettura del sonno. [15] Tra i sintomi più comuni della depressione, ci sono i disturbi legati al sonno come difficoltà ad addormentarsi, mantenere continuità nel sonno e risveglio anticipato al mattino. Questi sintomi possono essere trovati nel 75% dei pazienti con depressione. Esiste una relazione tra disturbi del sonno e depressione in quanto i primi rappresentano un fattore di rischio per il disturbo e vice versa. Uno studio tenta di determinare gli effetti dell'aromaterapia con la lavanda sui disturbi del sonno in pazienti affetti da depressione: i risultati mostrano che l'aromaterapia con olio essenziale di lavanda, effettuata per un tempo di circa due settimane, ha portato miglioramenti sulla qualità del sonno in pazienti affetti da depressione. Chien et al. [16] hanno rivelato un incremento della qualità del sonno nei pazienti tra il gruppo sperimentale rispetto all'inizio dello studio, mentre non sono stati rilevati effetti significativi nel gruppo di controllo durante lo stesso periodo. Lo studio condotto da Stevens et al. [17] ha mostrato che integratori contenenti olio essenziale di lavanda risultavano efficaci su alcuni parametri severi della qualità del sonno in pazienti che soffrono di insonnia da lieve a moderata. Nonostante i risultati in accordo tra gli studi, lo studio di Stevens et al. ha previsto la somministrazione di capsule di olio essenziale in adulti sani, mentre lo studio di Chien et al. ha previsto l'inalazione di olio essenziale in pazienti depressi. Muz and Taşcı [18] hanno condotto uno studio per verificare gli effetti dell'aromaterapia sulla qualità del sonno e la fatica in pazienti in emodialisi, con risultati compatibili con la ricerca di Chien et al. Anche Lee et al. [19] hanno investigato sugli effetti dell'aro-

materapia sulla qualità del sonno e la fatica in soggetti sottoposti ad emodialisi, rivelando che l'aromaterapia con la lavanda allevia la fatica e migliora la qualità del sonno in questi pazienti. Altri studi che corroborano l'ipotesi che l'aromaterapia con la lavanda abbia effetti positivi sui disturbi del sonno, migliorandone la qualità, e che agisca su disturbi d'ansia e depressione, sono stati effettuati da Karadag et al. [20] E Najafi et al. [21] rispettivamente in pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e sottoposti a dialisi.

Concludendo, i risultati mostrano che l'aromaterapia con olio essenziale di lavanda, migliora la qualità del sonno in pazienti affetti da depressione e può essere utilizzata come trattamento low – cost in pazienti con depressione da lieve a moderata che frequentemente lamentano disturbi legati al sonno. Sarebbe, inoltre, che tale pratica possa essere utilizzata come trattamento complementare a trattamenti medici che si avvalgono di farmaci ipnotici, dall'alto rischio di effetti collaterali su pazienti con depressione da lieve a moderata. [22]

Un altro studio che punta a determinare gli effetti dell'aromaterapia sulla qualità del sonno nelle donne durante il periodo post partum è stato effettuato nel 2015 da Keshavarz Afshar et al. [23].

La gravidanza, il travaglio e il parto rappresentano un periodo faticoso per le madri. Durante questo periodo si riportano problemi legati al sonno con conseguente abbassamento della concentrazione e compromissione delle attività quotidiane, oltre che ad aumento dell'irritabilità. Anche una piccola perdita della qualità del sonno può avere effetti sulla salute simili a quelli della deprivazione del sonno. Molte madri sperimentano un cambiamento nel pattern e nella durata del sonno durante il periodo post partum, riportando il 20% di aumento della veglia notturna. Una delle principali conseguenze dell'abbassamento della qualità del sonno è l'incidenza e la gravità della depressione post partum. Un'altra conseguenza di un ritmo del sonno compromesso è la cessazione dell'allattamento al seno e un minore attaccamento madre – bambino. La deprivazione del sonno, inoltre, può diminuire la crescita del bambino e può ridurre il funzionamento del sistema immunitario, rallentare il metabolismo, e influenzare l'umore della madre. I risultati dello studio clinico di Keshavarz Afshar et al. evidenziano dopo 8 settimane di follow-up che nel gruppo di intervento è apparso un miglioramento significativo della qualità del sonno delle madri. L'aromaterapia è uno dei trattamenti non farmacologici che si è diffuso recentemente i cui effetti sui disturbi legati al sonno sono stati presi in esame in differenti studi. Uno studio condotto da Chien et al.[24] riporta un miglioramento nella qualità del sonno del gruppo di donne di mezz'età che soffrono di insonnia che ha praticato l'aromaterapia con olio essenziale di lavanda. Lo studio condotto da Lee et al. [25], il cui obiettivo era lo studio degli effetti dell'aromaterapia con lavanda sull'insonnia delle studentesse coreane, ha evidenziato che questo trattamento riduce significativamente l'insonnia. Ancora, la ricerca di Moeni et al. [26] mostra che l'aromaterapia con la lavanda migliora la qualità del sonno in pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

Lavanda e depressione

La depressione è considerata come uno dei problemi di salute più seri al mondo e la ricerca per trattarla nel modo più efficace e sicuro è necessaria. I risultati ottenuti da diversi studi hanno evidenziato come l'aromaterapia con la lavanda possa essere utilizzata come terapia complementare per il trattamento di una depressione lieve [27]. Il meccanismo di questa pianta sulla superficie cellulare non è ancora noto, ma si ritiene che la lavanda agisca similmente alle benzodiazepine e che aumenti il GABA (gamma aminobutyric acid) nell'amigdala. I risultati ottenuti dagli studi hanno mostrato gli effetti positivi dell'aromaterapia con olio essenziale di lavanda sul grado di depressione, mentre altri studi non hanno riportato effetti particolarmente positivi sulla depressione. Il confronto tra due studi condotti su pazienti in emodialisi, mostra due risultati in antitesi: nello studio condotto da Tayebi et al. [28] si evincono gli effetti positivi dell'aromaterapia, al contrario dei risultati ottenuti nello studio di Bagheri Nesami et al. [29]. La possibile ragione di tale differenza potrebbe essere riconducibile alla durata della sessione di aromaterapia: mentre nel primo studio la sessione durava un'ora, nel secondo studio la sessione durava 15 minuti. Dunque è possibile ipotizzare che una sessione di aromaterapia dalla maggiore durata, sortisca effetti significativamente più positivi. È necessario, inoltre, considerare anche altri fattori: le caratteristiche individuali dei pazienti, la propensione all'utilizzo della medicina complementare, fattori culturali.

Xiong et al. [30] nel loro studio sugli adulti più anziani, hanno riportato che il livello di depressione si è significativamente abbassato nel gruppo a cui è stato somministrato l'olio essenziale di lavanda attraverso inalazione o massaggio, rispetto al gruppo di controllo. Inoltre è emerso che l'effetto positivo è durato circa 10 settimane dall'intervento. Similmente, nello studio di Kianpour et al. [31] [32] sulla depressione post partum, gli effetti positivi dell'aromaterapia sul livello di depressione sono durati 6 settimane, un mese o anche 3 mesi dal parto, mentre lo studio di Sehhatie et al. [33] non riporta significativi abbassamenti della depressione nelle donne che avevano appena partorito. Una ragione che potrebbe giustificare i differenti risultati emersi potrebbe essere la tipologia di olio essenziale di lavanda utilizzato: nello studio di Kianpour et al. e nell'altro studio sono stati utilizzati rispettivamente olio essenziale di lavanda puro e olio di lavanda diluito con olio essenziale di rosa, mentre nello studio di Sehhatie et al. è stato utilizzato l'olio essenziale di lavanda al 20% diluito con acqua distillata. Inoltre, un altro elemento da considerare è il tempo di misurazione della depressione: Kianpour et al. hanno misurato il livello di depressione a 2, 4 e 12 settimane dal parto, mentre nell'altro studio a 2 e 6 settimane. Complessivamente le differenze nei risultati degli studi in termini di abbassamento della gravità della depressione, possono essere riconducibili a differenze nella definizione dei casi, randomizzazione, blinding e grandezza del campione.

Studi su olio essenziale brevettato Silexan®

Silexan® è un olio essenziale brevettato dai fiori di *Lavandula angustifolia* conforme alla monografia Olio di lavanda della Ph. Eur. Supera le definizioni di qualità del Ph. Eur. I principali costituenti attivi di Silexan® sono linalolo e linalil acetato. Silexan® è stato approvato in Germania e in molti altri paesi per il trattamento orale dell'ansia. In una recente review Muller et al. [34] riassumono le azioni farmacologiche di Silexan® alla base dei suoi effetti clinici. Silexan® alla dose orale giornaliera di 80 mg (1 capsula a rilascio immediato contenente olio essenziale di *L. angustifolia*) ha mostrato effetti ansiolitici pronunciati in pazienti con disturbi d'ansia sottosoglia, come indicato da diversi studi clinici. [35] [36] [37], recensioni recenti [38] [39] [35] e diverse meta-analisi recenti [40] [41] [42]. Inoltre, l'efficacia clinica è stata dimostrata anche in pazienti con disturbo d'ansia generalizzato (GAD) per singole dosi giornaliere di 80 mg e 160 mg [43] [44] [45]. Inoltre, sono state osservate evidenze di proprietà antidepressive di Silexan® in pazienti ansiosi affetti da sintomi depressivi in comorbilità e in pazienti con disturbo ansioso-depressivo misto (ICD-10 F41.2) [46] [47] che possono indicare proprietà intrinseche simili agli antidepressivi indipendentemente dalla sua attività ansiolitica [48].

Un altro studio ha valutato gli effetti della lavanda sotto forma di Silexan® su pazienti con ansia e depressione mista (MADD). I risultati dello studio condotto da Kasper et al. [47] su pazienti con MADD hanno mostrato una riduzione statisticamente significativa dei punteggi di depressione e ansia dopo 4 settimane e sono riusciti a mantenere gli effetti positivi alla settimana 10 rispetto al gruppo placebo. Inoltre, in uno studio di 8 settimane condotto su pazienti con depressione da lieve a moderata, è stata osservata una significativa riduzione dei punteggi della depressione nel gruppo che ha ricevuto capsule di lavanda per via orale paragonabile al gruppo che ha consumato fluoxetina [49]. Inoltre, in linea con i suddetti studi, Bazrafshan et al. [50] e Kamalifard et al. [51] hanno riportato effetti antidepressivi rispetto ai gruppi di controllo.

Un altro studio del 2018 [52] voleva identificare l'efficacia dell'olio essenziale di lavanda orale di Silexan® rispetto all'aromaterapia con olio essenziale di lavanda per via inalatoria per la latenza del sonno, la durata del sonno, la qualità del sonno, il sonno disturbato e l'ansia nei pazienti adulti. I risultati sono giunti ad una ricerca completa della letteratura che non ha rivelato prove relative all'efficacia di Silexan® rispetto all'aromaterapia con olio essenziale di lavanda per via inalatoria per la latenza del sonno, la durata del sonno, la qualità del sonno, il sonno disturbato o l'ansia nei pazienti adulti. Sono necessarie ricerche per determinare se l'aromaterapia con olio essenziale di lavanda, che è prontamente disponibile in tutto il mondo, può dimostrarsi efficace quanto Silexan® per migliorare il sonno e l'ansia nei pazienti adulti.

Conclusioni

I recenti studi che analizzano gli effetti dell'olio essenziale di lavanda dimostrano

che la lavanda inalata o ingerita può migliorare la qualità e la quantità del sonno e di conseguenza la qualità della vita e l'umore nei pazienti. La somministrazione orale di olio essenziale di lavanda si rivela efficace nel trattamento dell'ansia, della depressione e dei disturbi del sonno. È importante sottolineare che i benefici ansiolitici dell'olio essenziale di lavanda probabilmente operano a prescindere dal tipo di somministrazione (inalazione, ingestione, trattamento topico attraverso un massaggio). Silexan® alla dose orale giornaliera di 80 mg (1 capsula) ha mostrato effetti ansiolitici pronunciati in pazienti con disturbi d'ansia sottosoglia ed anche effetti antidepressivi rispetto ai gruppi di controllo.

Per confermare tutti questi risultati sono necessari ulteriori studi randomizzati di alta qualità con disegni di studio più omogenei. Le informazioni disponibili delineano un profilo sicuro per gli interventi a base di lavanda, sebbene si dovrebbe prestare maggiore attenzione alla raccolta e alla segnalazione dei dati sulla sicurezza negli studi futuri. Considerando questi risultati, i trattamenti con olio essenziale di lavanda sembrano generalmente sicuri, con pochi o nessun effetto collaterale e, in caso di inalazione, anche semplici ed economici, rappresentano quindi un'opzione terapeutica che può essere considerata in diversi contesti clinici.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:

1. Denner, S. (2008). *Lavandula Angustifolia* Miller. *Holistic nursing practice*. 23. 57-64. doi: 10.1097/01.HNP.0000343210.56710.fc.
2. https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-summary/lavender-oil-summary-public_it.pdf
3. www.floraitaliae.actaplantarum.org/viewtopic.php?t=13912
4. Malcolm, B. J., Tallian, K. (2018) Essential oil of lavender in anxiety disorders: Ready for prime time? *Ment Health Clin*. 7(4):147-155. doi: 10.9740/mhc.2017.07.147.
5. Gottfried, J.A. (2011). *Neurobiology of Sensation and Reward*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis
6. Lòpez, V., Nielsen, B., Solas, M., Ramirez, M. J., Jager, A.K. (2017) Exploring Pharmacological Mechanisms of Lavender (*Lavandula angustifolia*) Essential Oil on Central Nervous System Targets. *Frontiers in pharmacology*, 8: 280.
7. https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-monograph/final-community-herbal-monograph-lavandula-angustifolia-miller-aetheroleum_en.pdf
8. Lee, Y. L., Wu, Y., Tsang, H. W., Leung, A. Y., Cheung, W. M. (2011). A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.), 17(2), 101–108. doi: 10.1089/acm.2009.0277.
9. Perry, R., Terry, R., Watson, L. K., Ernst, E. (2012). Is lavender an anxiolytic drug? A systematic review of randomised clinical trials. *Phytotherapy: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 19(8-9), 825–835. doi: 10.1016/j.phymed.2012.02.013.
10. Ghiasi A., Bagheri L., Haseli A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of caring sciences*, 8(1), 51–60. doi: 10.15171/jcs.2019.008.
11. Woelk, H., Schläfke, S. (2010). A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytotherapy: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 17(2), 94–99. doi: 10.1016/j.phymed.2009.10.006.
12. Kasper, S., Müller, W. E., Volz, H. P., Mölle, H. J., Koch, E., Dienel, A. (2018). Silexan in anxiety

- disorders: Clinical data and pharmacological background. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 19(6), 412–420. doi: 10.1080/15622975.2017.1331046.
13. Malcolm, B. J., & Tallian, K. (2018). Essential oil of lavender in anxiety disorders: Ready for prime time? *The Mental Health Clinician*, 7(4), 147–155. doi: 10.9740/mhc.2017.07.147.
14. Buch, R.M., Fraunhofer, J. A. (2019). Lavender Essential Oil Aromatherapy for Anxiety. *EC Psychology and Psychiatry*, 8.12: 01-09.
15. Fismar, K., Pilkington, K. (2012). Lavender and sleep: A systematic review of the evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 4. doi: 10.1016/j.eujim.2012.08.001.
16. Chien, LW, Cheng, SL, Liu, C. F. (2012). The Effect of Lavender Aromatherapy on Autonomic Nervous System in Midlife Women with Insomnia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012:740813. doi: 10.1155/2012/740813
17. Stevens, N., Dorsett, J., DaBell, A., Eggett, D. L., Han, X., Parker, T. L. (2017). Subjective assessment of the effects of an herbal supplement containing lavender essential oil on sleep quality: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study. *Cogent Med*, 4:1-11. doi: 10.1080/2331205X.2017.1380871
18. Muz, G., & Taşçı, S. (2017). Effect of aromatherapy via inhalation on the sleep quality and fatigue level in people undergoing hemodialysis. *Applied nursing research: ANR*, 37, 28-35. doi: 10.1016/j.apnr.2017.07.004
19. Lee, E.J, Kim, B.S, Sa, I.H., Moon, K.E., Kim, J.H. (2011). The Effects of Aromatherapy on Sleep Disorders, Satisfaction of Sleep and Fatigue in Hemodialysis Patients. *Korean J Adult Nurs*, 23: 615-23.
20. Karadag, E., Samncioglu, S., Ozden, D., Bakir, E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nurs Crit Care*, 22: 105-12. doi: 10.1111/nicc.12198
21. Najafi, Z., Tagharrobi, Z., Shahriyari-Kale-Masihi, M. (2014). Effect of aromatherapy with Lavender on sleep quality among patients undergoing hemodialysis. *Feyz*, 18: 145-50.
22. Samadi, Z., Jannati, Y., Hamidia, A., Mohammadpour, R. A., Hesamzadeh, A. (2021). The effect of aromatherapy with lavender essential oil on sleep quality in patients with major depression. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 8: 67-73. doi: 10.4103/JNMS.JNMS_26_20
23. Keshavarz Afshar, M., Behboodi Moghadam, Z., Taghizadeh, Z., Bekhradi, R., Montazeri, A., & Mokhtari, P. (2015). Lavender fragrance essential oil and the quality of sleep in postpartum women. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(4), e25880. doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.25880
24. Chien, L. W., Cheng, S. L., Liu, C. F. The Effect of Lavender Aromatherapy on Autonomic Nervous System in Midlife Women with Insomnia, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012; 2012 :740813. doi: 10.1155/2012/740813.
25. Lee, I.S., Lee, G.J.Lee, I. S., & Lee, G. J. (2006). Effects of lavender aromatherapy on insomnia and depression in women college students. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2006; 36 (1): 136–43. doi: 10.4040/jkan.2006.36.1.136.
26. Moeini, M., Khadibi, M., Bekhradi, R., Mahmoudian, S. A., & Nazari, F. (2010). Effect of aromatherapy on the quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in intensive care units of heart hospitals of the Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15(4), 234–239.
27. Jafari-Koulaee, A., Elyasi, F., Taraghi, Z., Ilali, E. S., & Moosazadeh, M. (2020). A Systematic Review of the Effects of Aromatherapy with Lavender Essential Oil on Depression. *Central Asian Journal of Global Health*, 9(1). doi: 10.5195/cajgh.2020.442
28. Tayebi, A., Kasra Dehkordi, A., Ebadi, A., Sahraei, H., Einollahi, B. (2015). The Effect of Aromatherapy with Lavender Essential Oil on Depression, Anxiety and Stress in Hemodialysis Patients: A Clinical Trial. *Evidence Based Care*, 5(2), 65-74. doi: 10.22038/ebcj.2015.4549
29. Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S. A., Nikkhah, A., Espahbodi, F. The effects of lavender essential oil aromatherapy on anxiety and depression in haemodialysis patients. *Pharmaceutical and Biomedical Research*. 2017;3(1):8-13. doi: 10.18869/acadpub.pbr.3.1.8

30. Xiong, M., Li, Y., Tang, P., Zhang, Y., Cao, M., Ni, J., & Xing, M. (2018). Effectiveness of Aromatherapy Massage and Inhalation on Symptoms of Depression in Chinese Community-Dwelling Older Adults. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 24(7), 717–724. doi: 10.1089/acm.2017.0320
31. Kianpour, M., Mansouri, A., Mehrabi, T., & Asghari, G. (2016). Effect of lavender scent inhalation on prevention of stress, anxiety and depression in the postpartum period. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(2), 197–201. doi: 10.4103/1735-9066.178248
32. Kianpour, M., Moshirenia, F., Kheirabadi, G., Asghari, G., Dehghani, A., Dehghani-tafti, A. (2018). The effects of inhalation aromatherapy with rose and lavender at week 38 and postpartum period on postpartum depression in high-risk women referred to selected health centers of Yazd, Iran in 2015. *Iranian Journal Nursing Midwifery Research*. 23:395-401. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_116_16
33. Sehhatie, F., Mirgafourvand, M., Niri, Z. V. (2015) The effect of non-pharmaceutical methods of labor pain relief on mothers' postpartum depression: a randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 3(1):48-55. doi: 10.15296/ijwhr.2015.08
34. Müller, W. E., Silani, G., Schuwald, A., Friedland, K. (2021). Pharmacological basis of the anxiolytic and antidepressant properties of Silexan®, an essential oil from the flowers of lavender. *Neurochemistry International*, 143, 104899. doi: 10.1016/j.neuint.2020.104899.
35. Müller, W.E., Schuwald, A., Nöldner, N., Kasper, S., F.K. (2015). Pharmacological basis of the therapeutical use of Silexan® (Lasea). *Psychopharmakotherapie*. 22, 3–14
36. Kasper, S., Müller, W. E., Gastpar, M., Volz, H. P., Seofritz, E., Möller, H. J. (2015). Silexan for anxiety disorders and related conditions: An evidence based review(Review). *Psychopharmakotherapie*, 22, 15-24.
37. Ueleke, B., Schaper, S., Dienel, A., Schläfke, S., Stange, R. (2012). Phase II trial on the effects of Silexan in patients with neurasthenia, post-traumatic stress disorder or somatization disorder, *Phyto-medicine*, 19, 665-671. doi: 10.1016/j.phymed.2012.02.020
38. Kasper, S., Müller, W.E., Gastpar, M., Volz, H.-P., Seifritz, E., Möller, H.J. (2015) Silexan for anxiety disorders and related conditions: An evidence based review. *Psychopharmakotherapie*, 22, 15-24.
39. Kasper, S., Müller W. E., Volz, H.P., Möller, H.J., Koch, E., Dienel, A. (2018). Silexan® in anxiety disorders: Clinical data and pharmacological background. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19:6, 412-420. doi: 10.1080/15622975.2017.1331046
40. Donelli, D., Antonelli, M., Bellinazzi, C., Gensini, G. F., & Firenzuoli, F. (2019). Effects of lavender on anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 65, 153099. doi: 10.1016/j.phymed.2019.153099
41. Yap, W. S., Dolhenko, A. V., Jalal, Z., Hadi, M. A., Khan, M. (2019). Efficacy and safety of lavender essential oil (Silexan) capsules among patients suffering from anxiety disorders: A network meta-analysis. *Sci Rep* 9, 18042. doi: 10.1038/s41598-019-54529-9
42. Möller, H. J., Volz, H. P., Dienel, A., Schläfke, S., & Kasper, S. (2019). Efficacy of Silexan in subthreshold anxiety: meta-analysis of randomised, placebo-controlled trials. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 183–193. doi: 10.1007/s00406-017-0852-4
43. Woelk, H., & Schläfke, S. (2010). A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 17(2), 94–99. doi: 10.1016/j.phymed.2009.10.006
44. Kasper, S., Gastpar, M., Müller, W. E., Volz, H. P., Möller, H. J., Schläfke, S., & Dienel, A. (2014). Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder--a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 17(6), 859–869. doi: 10.1017/S1461145714000017
45. Kasper, S., Möller, H.-J., Volz, H.-P., Schläfke, S., Dienel, A. (2017) Silexan® in generalized anxiety disorder: Investigation of the therapeutic dosage range in a pooled data set. *International Clinical Psychopharmacology*, 32,195 – 204. doi: 10.1097/YIC.0000000000000176

46. Kasper, S., Dienel, A. (2013) Silexan® (WS® 1265) vermindert begleitende depressive Symptome bei Patienten mit Angsterkrankungen. *Zeitschrift für Phytotherapie*, 34, V01. doi: 10.1055/s-0033-1338176.
47. S. Kasper, HP Volz, A. Dienel, S. Schläfke (2016) Efficacy of Silexan® in mixed anxiety - depression - A randomized, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 26, 331-340. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.12.002
48. Friedland, K., Silani, G., Schuwald, A., Stockburger, C., Nöldner, M., Koch, E., Müller, W. E. (2020) Neurotrophic Properties of Silexan, an Essential Oil from the Flowers of Lavender-Preclinical Evidence for Antidepressant-Like Properties. *Pharmacopsychiatry*, 54(01): 37-46. doi: 10.1055/a-1293-8585
49. Firoozeei, T. S., Feizi, A., Rezaeizadeh, H., Zargaran, A., Roohafza, H. R., & Karimi, M. (2021). The antidepressant effects of lavender (*Lavandula angustifolia* Mill.): A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Complementary therapies in medicine*, 59, 102679. doi: 10.1016/j.ctim.2021.102679
50. Bazrafshan, M. R., Jokar, M., Shokrpour, N., & Delam, H. (2020). The effect of lavender herbal tea on the anxiety and depression of the elderly: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in medicine*, 50, 102393. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102393
51. Kamalifard, M., Farshbaf-Khalili, A., Namadian, M., Ranjbar, Y., & Herizchi, S. (2018). Comparison of the effect of lavender and bitter orange on sleep quality in postmenopausal women: A triple-blind, randomized, controlled clinical trial. *Women & health*, 58(8), 851–865. doi: 10.1080/03630242.2017.1353575
52. Greenberg, M. J., & Slyer, J. T. (2018). Effectiveness of Silexan oral lavender essential oil compared to inhaled lavender essential oil aromatherapy for sleep in adults: a systematic review. *JBISIRIR*, 16(11), 2109–2117. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003823.