



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



www.phenomenajournal.it

VOL. 4 N. 2 / LUG • DIC 2022

EDITORIALE

Un invito all'osservazione delle possibili applicazioni dell'Approccio Pluralistico Integrato nei trattamenti clinici e nella formazione

PhD Veronica Rosa
Guest Editor

ASPIC – Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità

Ho accolto l'invito a curare questo numero tematico della rivista, consapevole di dover affrontare insieme agli autori un arduo compito data la vastità e la complessità del tema, sia dal punto di vista teorico sia dal punto di vista dell'applicazione clinica. In questa epoca di grandi e complessi mutamenti politici, sociali ed economici e di eventi collettivi traumatici (come la Pandemia da Sars-Covid19 e i conflitti che stanno stravolgendo l'assetto mondiale costituito), stiamo assistendo all'espressione sia di spinte regressive di chiusura verso dogmatismi che difendono la specificità e l'appartenenza, sia di forti impulsi verso la prospettiva integrativa e multidisciplinare di progetti e competenze. In ambito psicologico, nella ricerca e nella pratica clinica, la maggior parte delle scuole di psicoterapia si muove ormai nella direzione dell'integrazione [1]. L'interesse per l'integrazione è vivo sin dagli albori della nascita della cura psicoanalitica. In un suo lavoro del 1933 Ferenczi [2], scrivendo sul trattamento del trauma precoce in psicoanalisi, ha messo in evidenza come la rigida adesione ai dogmatismi teorici e applicativi dell'orientamento di appartenenza, potessero inficiare la visione del cosa fare per accrescere il benessere del paziente. Nei primi studi sugli effetti della psicoterapia, attraverso le *review*, i vari autori hanno potuto dare supporto alle proprie posizioni cliniche. Negli ultimi decenni gli studi di meta-analisi, oltre a convenire sull'efficacia dimostrata della psicoterapia [3], hanno evidenziato che le differenze tra i trattamenti sono state sovrastimate e che gli ingredienti specifici dei diversi modelli psicoterapici danno risultati meno soddisfacenti rispetto agli obiettivi di cambiamento prodotti dai fattori o ingredienti generali. La maggior parte degli studiosi che hanno condotto queste ricerche [4; 5; 6] sostengono l'importanza della costruzione di un modello integrato di inferenza causale, in cui sia incluso sia quanto emerso dagli studi di meta-analisi sia quanto messo in risalto dai risultati ottenuti attraverso l'applicazione di confermati standard scientifici [7]. Attualmente esistono diversi approcci che sostanziano il campo teorico/applicativo della psicoterapia integrata e che si basano su diverse definizioni dell'integrazione, muovendosi tra: 1. l'integrazione delle diverse parti esistenziali della persona, 2. l'integrazione di concetti e tecniche per unificare diversi orientamenti, 3. l'integrazione tra la dimensione personale e quella professionale del terapeuta, 4. l'integrazione tra teoria e pratica [1]. Di fatto, alla base dell'integrazione, sin dagli anni Trenta [8] e attualmente con gli studi sull'attaccamento e lo sviluppo infantile e della neurobiologia, nonostante i timori di riduzionismo della pratica clinica, è stato dato rilievo all'efficacia dei fattori comuni negli esiti di cambiamento della terapia verso un miglior essere e un miglior

stare del paziente. Tra gli ingredienti generali o fattori comuni, fortemente confermati come fattore critico di successo della terapia, la stragrande maggioranza degli studi riconosce ormai gli elementi relazionali, tra i quali fondamentali sono le qualità e le competenze del terapeuta, le caratteristiche del paziente e, soprattutto, quelle della relazione che si co-costruisce tra i due. Per far sì che tutti i “fattori relazionali” siano interconnessi, l'intervento psicoterapico deve essere “ritagliato” sulle caratteristiche specifiche dell'individuo, così come su tutti quegli aspetti complessi ed interconnessi che lo rendono unico [7]. Personalizzare le valutazioni può indirizzare il terapeuta nel definire quali modalità e attività di lavoro potrebbero essere più efficaci, anche per ridurre il rischio di *dropout* [9, 10]. Uno psicoterapeuta efficace utilizza metodi specifici per ogni paziente, è flessibile rispetto al suo modello di trattamento e lo adatta alle preferenze, valori, culture e bisogni del paziente, pur tenendo conto dei risultati della ricerca empirica. In questo modo egli offre alla persona la possibilità di sperimentare relazioni solide e affidabili, flessibili ma sicure, all'interno delle quali sarà più agevole anche per il paziente porsi in una posizione collaborativa, essenziale per il buon esito del processo terapeutico, dando vita ad una buona alleanza terapeutica. Da quanto scritto finora e da molto, molto altro ancora, ragionando e confrontandomi con gli specialisti che hanno accettato l'invito alla partecipazione a questo progetto editoriale sui possibili tagli da dare ai loro articoli, ho assistito alla produzione di questi manoscritti da “dietro le quinte”, una volta individuati gli argomenti speci-specifici che avrebbero trattato nei loro lavori. L'impegno maggiore è stato quello di trovare un filo conduttore che desse evidenza della specificità Dell'approccio Pluralistico Integrato. Gli autori dei manoscritti sono tutti, per diverse ragioni e simile provenienza formativa, appartenenti al gruppo ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità) e, nello stesso tempo, didatti FISIG (Federazione Italiana Scuole Istituti Gestalt), fondatori della scuola e di ambiti specifici di specializzazione della stessa. Tutti sono terapeuti esperti e con esperienze di formazione ulteriori ed altre rispetto alla formazione della Scuola. Evidentemente allenati al processo di integrazione di diverse tecniche e metodi di intervento, hanno reso il processo di costruzione di questo numero speciale tanto articolato, quanto interessante. Poiché lavorare con un approccio integrato che tiene conto di una multidisciplinarietà e pluralismo di modelli di intervento, sia sul piano teorico che pratico, richiede una ricerca costante di nuovi punti di vista e scoperte del funzionamento del comportamento umano [7], la formazione professionale e la propensione verso la ricerca continue, dovrebbero essere delle costanti nella vita professionale degli psicoterapeuti. È in questa direzione che si muove il nostro lavoro, che intende raccogliere alcuni degli aspetti della pratica clinica e della concettualizzazione teorica di professionisti che da tempo utilizzano il Modello Pluralistico Integrato ASPIC [7; 11]. L'augurio e l'aspettativa è che il dialogo realizzato in questo progetto condiviso, crei un valido spazio di integrazione della complessità e di sviluppo delle osservazioni dell'esistente e del futuribile, dove mettere insieme esperienza clinica e ricerca scientifica.

Gli articoli pubblicati vertono su argomenti di sostanziale interesse, che riguardano

principalmente il *topic* di cui sopra e le interconnessioni possibili:

- ❑ l'integrazione della psicoterapia gestaltica [11] e tecniche desunte dal modello cognitivo-comportamentale, dalla terapia strategica, il Training Autogeno e la meditazione. Nel lavoro presentato su questi temi, vengono illustrate le metodiche tratte dai diversi modelli utilizzate sia per intervenire nei disturbi d'ansia che per sostenere la paziente adolescente nel fronteggiare le modificazioni comportamentali e gli effetti di disturbo psicoemotivi conseguenti al periodo pandemico. Insieme sono state esplorate anche le difficoltà relazionali e di possibilità di realizzare un sano *coming out* con i familiari della paziente stessa;
- ❑ l'intervento con l'approccio esperienziale umanistico integrato, che nel caso trattato nel lavoro è stato adattato ai cambiamenti intervenuti nell'adolescente con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e agli obiettivi da raggiungere all'interno del progetto terapeutico. Come sottolineano le autrici, nel tempo la diagnosi di BPD in età evolutiva adolescenziale, ha sempre rappresentato un processo complesso dato che la fase adolescenziale ha insite in sé caratteristiche sovrapponibili a quelle identificabili nel disturbo borderline. La reticenza degli addetti ai lavori a formulare una diagnosi in questa fase, negli ultimi anni ha trovato conforto negli *outcome* della ricerca scientifica, che hanno evidenziato come il BPD esordisce nel periodo adolescenziale. Tale evidenze hanno sottolineato la necessità di effettuare una diagnosi precoce abbinata ad un trattamento psicoterapeutico efficace [12];
- ❑ il Modello Pluralistico Integrato, viene ampiamente illustrato e spiegato nella sua valenza nel lavoro con il controtransfert nella supervisione clinica. Nell'articolo le autrici affermano che in supervisione, l'analisi del controtransfert è uno strumento di contatto emotivo per elaborare nel *qui e ora* le *gestalt* incompiute che interferiscono nel processo psicoterapeutico. Tale intervento permette al supervisionato di aumentare la propria consapevolezza ed essere un terapeuta più efficace ed efficiente. Nel lavoro presentato viene esposta anche l'esperienza diretta di una supervisione in gruppo per illustrare un possibile lavoro con il controtransfert [13];
- ❑ nel manoscritto vengono evidenziati gli importanti cambiamenti che ha subito il lavoro dei terapeuti nel periodo pandemico. Per i professionisti della relazione d'aiuto, tali cambiamenti hanno comportato sia la necessità impellente di modificare l'assetto del *setting*, passando da un spazio condiviso in presenza ad uno online, con tutte le conseguenze anche critiche del caso. Scopo principale dell'articolo vuole essere quello di illustrare alcuni strumenti utili al clinico, che possano sostenerlo nel lavoro a distanza, in particolare con pazienti ansiosi. Nell'alveo del Modello Pluralistico Integrato, gli autori delineano una possibile integrazione di diverse tecniche terapeutiche d'aiuto al professionista nel muoversi tra differenti modalità di intervento [7];
- ❑ nel lavoro presentato le autrici focalizzano l'attenzione sul costruito dell'intuizione e sullo scarso riconoscimento che ancora oggi ricerca psicologica dà al suo valore nel lavoro terapeutico e mettono in evidenza lo stato dell'arte degli studi

sul costruito, partendo da quanto emerso dall'osservazione fenomenologica e dalla sua applicazione nella pratica clinica e il riconoscimento delle neuroscienze dell'intuizione come un aspetto fondamentale nel processo di cura. Altro aspetto interessante è l'importanza data alla formazione degli psicoterapeuti attraverso l'Approccio Pluralistico Integrato, al fine di sviluppare un atteggiamento che valorizzi nel loro lavoro l'aspetto intuitivo [14];

- il lavoro sui Disturbi Alimentari (DA), presenta un esempio di Trattamento Pluralistico Integrato con persone che soffrono tali disturbi [15]. L'intervento è costruito tenendo conto delle caratteristiche transdiagnostiche dei DA e individuando fattori generali e specifici, per arrivare a realizzare un piano di trattamento ambulatoriale di gruppo. Gli obiettivi del progetto di intervento riguardano il recupero di un sano rapporto con: il cibo, il proprio peso, il corpo, la regolazione delle relazioni interpersonali e l'individuazione della propria identità corporea. L'obiettivo è quello di poter offrire all'utenza un servizio efficace.

In particolare questo numero vanta di una raccolta di articoli curati dalla PhD Veronica Rosa sul topic **“Un invito all'osservazione delle possibili applicazioni dell'Approccio Pluralistico Integrato nei trattamenti clinici e nella formazione”**, inaugurando così quella che è la nostra nuova linea editoriale, orientata sempre più verso l'integrazione complessa tra i diversi settori scientifico-disciplinari.

BIBLIOGRAFIA

1. Gilbert, M., & Orlans, V. (2012). *Psicoterapia integrativa. 100 concetti essenziali e tecniche*. Roma. Edizioni Sovera.
2. Ferenczi, S. (1994). *Final contributions to the problems and methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac. Michel Balint Editore.
3. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2020). *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica*. Roma. Armando Editore.
4. Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Stenberg, R. J. (2007). *Psicoterapia a prova di evidenza*. Roma. Edizioni Sovera.
5. Nicolò, G., & Salvatore, S. (2007). *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma. Edizioni Carlo Amore.
6. Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levan, R. F. (2006). *Salute mentale: Trattamenti basati sull'evidenza*. Roma. Edizioni Sovera.
7. Giusti, E., Monatanari, C., & Iannazzo, A. (2021). *Psicoterapie pluralistiche integrate. Relazione terapeutica, valutazione DSM-5, modelli e piani di trattamento basati su prove di ricerca scientifica*. Roma. Armando Editore.
8. Rozenweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. "At last" the Dodo said, "Everybody has won and all must have prizes". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
9. Giusti, E., & Picerni, E. (2020). *Lo psicoterapeuta ricercatore. Una guida*. Roma. Armando Editore.
10. Hill, C. E. (2012). *Consensual qualitative research*. Washington. APA.
11. Giusti, E., & Rosa, V. (2008). *Psicoterapie della Gestalt. Integrazione dell'Evoluzione Pluralistica*. Roma. Edizioni Sovera.
12. Guile, J. M. & Greenfield, B. (2004). Introduction personality disorder in childhood and adolescence. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 13 (3), 51-52.
13. Eellis, M. V. (2017). Narratives of harmful clinical supervision. *The Clinical Supervisor*. 1(36), 20-87.
14. Libermann, M. D. (2000). Intuition: A social cognitive neuroscience approach. *Psychological Bulletin*. 126, 109-137.
15. Spalletta, E., & Florimonte, M. L. (2008). Il trattamento di gruppo della bulimia: un'applicazione breve dell'approccio pluralistico integrato. *Integrazione nelle Psicoterapie e nel Counseling*, 23/24, 28-42. Roma. Edizioni Scientifiche ASPIC.

PSICOLOGIA CLINICA

Immagine e musica fattori di influenza cognitiva e sociale. Studio Sperimentale Progetto Mother

Mariannina Amato¹

¹ A.S.P.I.C. Lamezia



Citation

Amato M. (2022).
Immagine e musica fattori di influenza
cognitiva e sociale.
Studio Sperimentale Progetto Mother
Phenomena Journal, 4, 1-16.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.162>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Mariannina Amato
mariannina.amato@gmail.com

Ricevuto: 27 maggio 2021

Accettato: 14 luglio 2022

Pubblicato: 6 ottobre 2022

ABSTRACT

The human mind is continuously immersed in an environment rich of sensory stimuli, that the mind interprets and organizes, allowing the individual to adapt to his environment. The image and music are neurosensory stimuli endowed with a representative power of the social and cultural context. These stimuli are characterized by aesthetic-artistic elements that make them universally expressive, facilitating the immediate cognitive process. The experimental study conducted on subjects of different ages proposes, in a first phase, the sequential viewing of images which, in the following phase, are associated with soundtracks of different styles.

The work highlights an immediate understanding and reconstruction of history in the totality of the elderly volunteers and half of the young volunteers through the vision of images. The other half of the young people who responded negatively are heading for a radical change in the next phase with the association of images to soundtracks. The association of the two sensory stimuli creates a strong experiential and mental impact such as to produce a change in the emphatic and cognitive approach of the observed history, leading to a significant change in the process of understanding.

KEYWORDS

Music, Pictures, Social influence, Tuning, Empathy, Emotional and cognitive understanding, Narrative coherence.

ABSTRACT IN ITALIANO

La mente umana è continuamente immersa in un ambiente ricco di stimoli sensoriali, che la mente interpreta ed organizza, consentendo all'individuo di adattarsi al suo ambiente. L'immagine e la musica sono stimoli neurosensoriali dotati di un potere rappresentativo del contesto sociale e culturale. Tali stimoli si caratterizzano di elementi estetici-artistici che li rendono universalmente espressivi facilitando l'immediata processualità cognitiva.

Lo studio sperimentale condotto su soggetti di diversa età propone, in una prima fase, la visione sequenziale di immagini che, nella fase successiva, sono associate a colonne sonore di diverso stile. Il lavoro evidenzia nella totalità dei volontari anziani e la metà dei volontari giovani una immediata comprensione e ricostruzione della storia attraverso la visione delle immagini. L'altra metà dei giovani che hanno risposto negativamente si avviano ad un cambiamento radicale nella fase successiva con l'associazione delle immagini alle colonne sonore. L'associazione dei due stimoli sensoriali crea un forte impatto esperienziale e mentale tale da produrre una modifica nell'approccio empatico e cognitivo della storia osservata conducendo un significativo cambiamento nel processo di comprensione.

PAROLE CHIAVE

Musica, Immagine, Influenza sociale, Sintonizzazione, Empatia, Comprensione emotiva e cognitiva, Coerenza narrativa.



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

Introduzione

Ogni giorno l'uomo esplora l'ambiente dal quale ricava una grande quantità di informazioni fisiche e sociali che organizza e gestisce mentalmente [1]. L'uomo, attraverso i processi cerebrali messi in atto dalla sua mente, ha conoscenza di ciò che succede nel suo ambiente, comprende le relazioni sociali, le modalità di pensiero, le intenzioni e le emozioni che determinano il comportamento in un contesto di vita. La ricezione delle informazioni avviene nelle strutture cerebrali posteriori, mentre l'elaborazione e l'identificazione nelle aree anteriori del cervello [2]. L'individuo di una collettività assimila le rappresentazioni sociali costituite da idee, pensieri, immagini e conoscenze [3] e le condivide attraverso l'interazione all'interno del gruppo di appartenenza.

La comprensione dei processi legati alla conoscenza sociale è bifocale, sull'aspetto socio-culturale nel quale il soggetto è inserito e sull'attivazione dei processi psicologici in relazione alla cultura.

Il continuo invio di stimoli sociali ed interattivi all'interno di un contesto sollecita [4] i processi psicologici dell'individuo di cui ne fa parte, e a sua volta l'individuo costruisce la conoscenza del suo mondo sugli schemi cognitivi [5] già consolidati. Alcuni stimoli sociali come l'immagine [6] e il suono sono caratterizzati da aspetti estetici-artistici che facilitano l'attivazione neurosensoriale e l'immediata stimolazione delle aree cerebrali legate alla produzione e alla fruizione dello stimolo. Sono stimoli che attivano velocemente la mente, e la mente [7] si relaziona ad essi in una continua ricerca delle caratteristiche permanenti [8] degli oggetti/eventi/emozioni, costruendo un percorso mentale organizzato che apre l'uomo al mondo esterno ed al sociale. Nel processo di elaborazione, la mente individua gli elementi che donano "costanza alla forma", identifica in unità gestaltiche [9], unifica in una interpretazione significativa e valoriale l'esperienza gradevole /non gradevole, piacevole/non piacevole.

La musica e il suono assumono nella mente dell'individuo una forza interna tale da modificare il suo percepire e il suo fare esperienza. Sono strumenti dotati di un potere rappresentativo del contesto sociale che assumono una significativa influenza che modifica l'espressione esperienziale.

L'immagine è una rappresentazione iconica legata alla riproduzione reale di un contesto, mentre il suono è una rappresentazione sonora-ritmica legata ad una riproduzione di sequenze sonore, tutte e due svolgono una importante funzione nella conoscenza della realtà, nella contestualizzazione e pianificazione dell'azione. Sono dei facilitatori e mediatori della comunicazione, ed attraverso l'espressione universale del linguaggio non verbale sollecitano movimenti emotivi/corporei che conducono all'elaborazione e modificazione psichica [10].

Presentazione Progetto

Il progetto "Mother" è uno studio sperimentale basato sull'erogazione di una esperienza estetica-contemplativa costituita da una prima fase di osservazione di sole im-

magini/foto, seguita dalla fase di osservazione delle immagini/foto, osservate nella prima fase, associate all'ascolto delle colonne sonore.

Aderiscono al progetto 71 volontari ripartiti in 3 categorie di diversa età:

- 14 studenti del Corso di Psicologia Sociale dell'Università di Messina (età compresa tra i 19-25 anni)
- 23 operatori sociali (età compresa tra 20-60 anni)
- 33 anziani frequentanti l'Uniter-Università della terza età sede di Lamezia Terme (età compresa tra i 61-85)

I primi due gruppi per effetto lockdown lavorano on line, il gruppo Uniter in presenza.

Obiettivo

Lo scopo dello studio è di verificare se:

- 1) l'incidenza degli stimoli, solo visivi costituiti da immagini/foto, oppure questi stimoli accoppiati agli stimoli sonori delle colonne musicali sono fattori d'influenza nel cambiamento sociale
- 2) la prevalenza di cambiamento dello stile di comprensione emotivo e/o cognitivo è diversa per categorie di età.

Strutturazione metodologica

La strutturazione metodologica si è suddivisa in 3 fasi: fase di preparazione, fase di somministrazione, fase di elaborazione ed analisi.

La fase di *preparazione* è costituita dalla produzione di immagini/foto disposte in sequenza, prodotte da un esperto fotografo e raffiguranti una medesima modella che rappresenta momenti di vita attraverso gesti e posture diverse. La fase successiva, le immagini/foto disposte in sequenza sono associate alla colonna sonora. Sei sono i maestri compositori di musica appartenenti ad un diverso genere musicale (musica classica, pop, strumentale) e producono sei colonne sonore da associare alla sequenzialità delle immagini/foto.

La fase di *somministrazione* è la sperimentazione che si caratterizza dall'immersione dei singoli soggetti in un continuum di esperienza contemplativa. Il lavoro è individuale e suddiviso in tre momenti:

1. La presentazione dello stimolo visivo e consiste nello scorrere in modo sequenziale le immagini/foto senza musica, per una durata di 5 minuti.

Il volontario osserva lo scorrere delle sole immagini/foto che rappresentano lo stesso soggetto femminile.

2. La presentazione degli stimoli visivo e uditivo, consiste nello scorrere in modo sequenziale le immagini/foto accompagnate dalle sei colonne sonore. Ogni colonna sonora accompagna la stessa sequenzialità di immagini, questa fase ha la durata di 20 minuti.

Il volontario contempla le stesse immagini/foto della fase precedente associate all'ascolto dei diversi generi musicali.

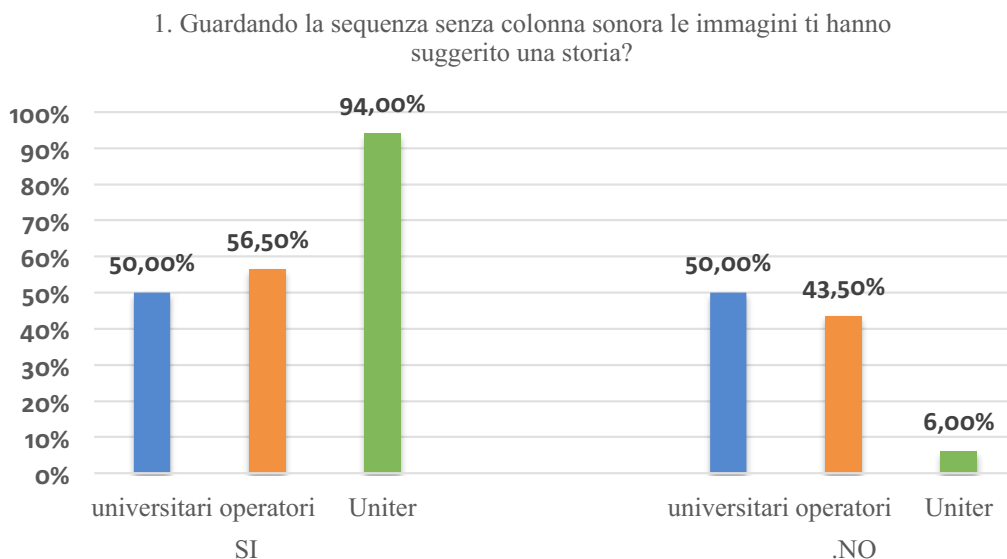
3. La distribuzione del questionario costituito da 14 item che i 3 gruppi (u) universitari, (o) operatori e (U) Uniter devono rispondere subito dopo l'esperienza contemplativa-estetica.

Analisi dei risultati

Sono riportati i dati evidenziati in percentuale di risposte positive e negative nei 3 gruppi (u) (o) (U):

Nel primo item *“Guardando la sequenza senza colonna sonora le immagini ti hanno suggerito una storia”*

Si evidenzia un'alta percentuale di risposte positive del gruppo Uniter (U 94%), le percentuali degli altri gruppi sono più basse, operatori (o 56.5%) e universitari(u 50%). Il gruppo degli universitari hanno uguale percentuale di risposte in negativo (u 50%), seguono operatori (o 43,50%) e solo il (U 6%) dell'Uniter.



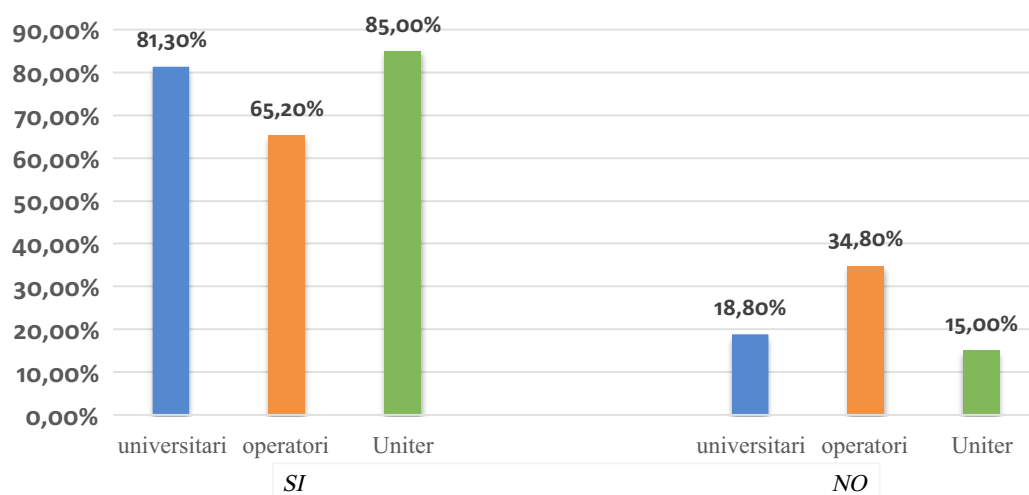
Nel secondo item *“Oltre ad avere immaginato una storia che legasse le immagini quale stato d'animo si è manifestato in te alla fine della sequenza?”*

La lista con la gamma delle definizioni espresse dai volontari in relazione all'osservazione delle immagini sono riportate in sintesi, insieme all'item 14.

Nel terzo item “Guardando la stessa sequenza con l’aggiunta delle colonne sonore è cambiata la storia che lega le fotografie tra di loro?”

Si riscontra un’alta percentuale di risposta positiva del gruppo Uniter (U 85%), leggermente inferiore il gruppo universitari (u 81.30%), in basso si posizionano le risposte del gruppo operatori (o 65.20%). Si riportano le risposte negative dei tre gruppi (u 18,80%, o 34,80%, U 15%).

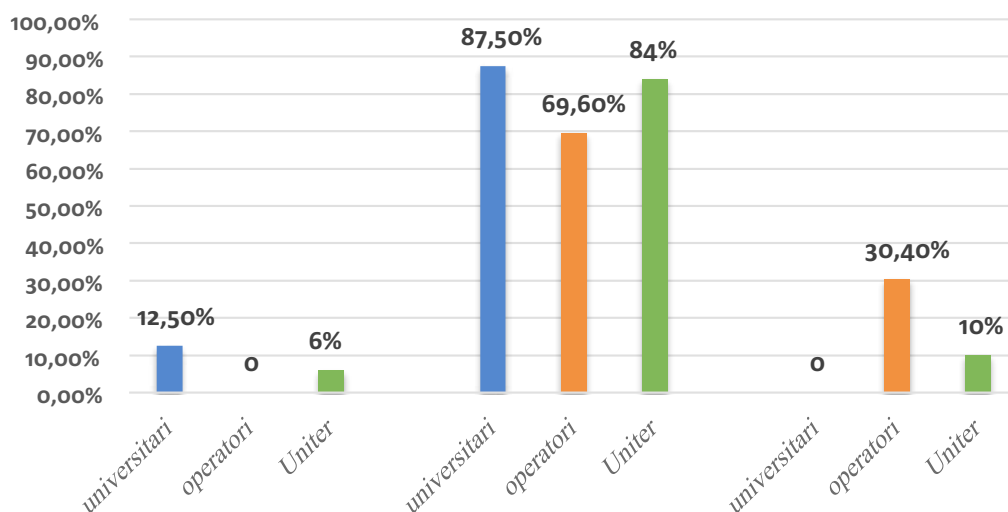
3- Guardando la stessa sequenza con l’aggiunta delle colonne sonore è cambiata la storia che lega le fotografie tra di loro?



Nel quarto item “Questo cambiamento è avvenuto solo in relazione ad una colonna sonora, a più colonne sonore?”

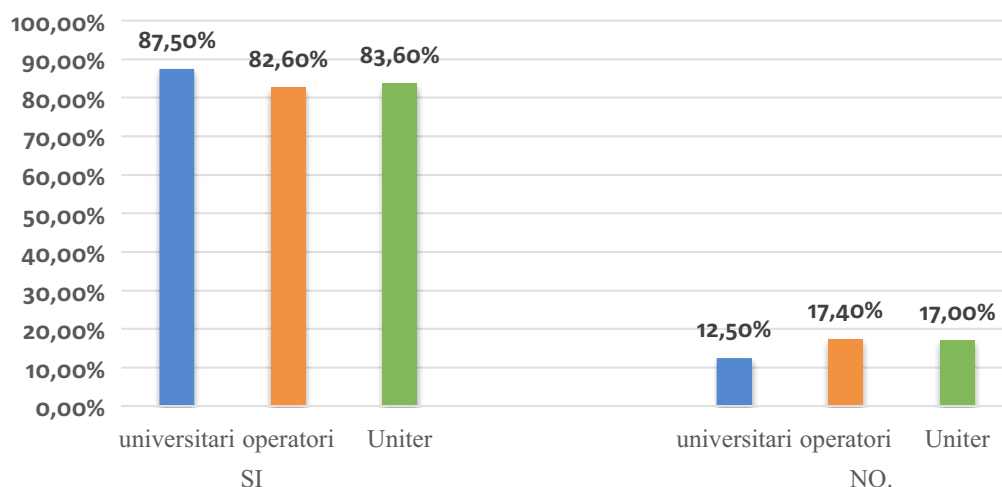
I gruppi universitari e Uniter (u 87,5%, U 84%) esprimono quasi pari valore, osservano un cambiamento della storia avvenuto in modo più incisivo nell’ascolto in più colonne sonore. Leggermente inferiore risulta il gruppo degli operatori (69,6%).

4- Questo cambiamento è avvenuto solo in relazione ad una colonna sonora, a più colonne sonore



Nel quinto item “*Secondo te c’è una colonna sonora più adatta che riesce a dare risalto alla storia come l’avevi immaginata quando hai visto le foto senza musica?*” La risposta positiva, quasi pari valore nei tre gruppi (u 87,5%, o 82,6%, U 83,6%) che identificano una colonna sonora più adatta e che dona risalto alla storia immaginata.

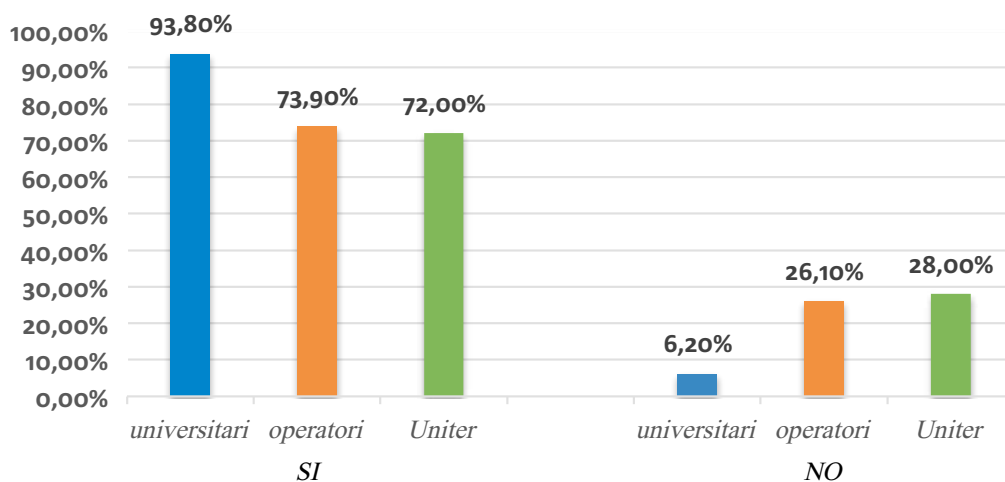
5- Secondo te c’è una colonna sonora più adatta che riesce a dare risalto alla storia come l’avevi immaginata quando hai visto le foto senza musica?



Nel sesto item “*C’è una colonna sonora che ha radicalmente cambiato il significato delle fotografie per come lo avevi immaginato senza musica?*”

La quasi totalità del gruppo universitari (u 93,8%) identifica una colonna sonora che modifica completamente il significato delle immagini, seguono operatori (o 73,90%) e Uniter (U72%).

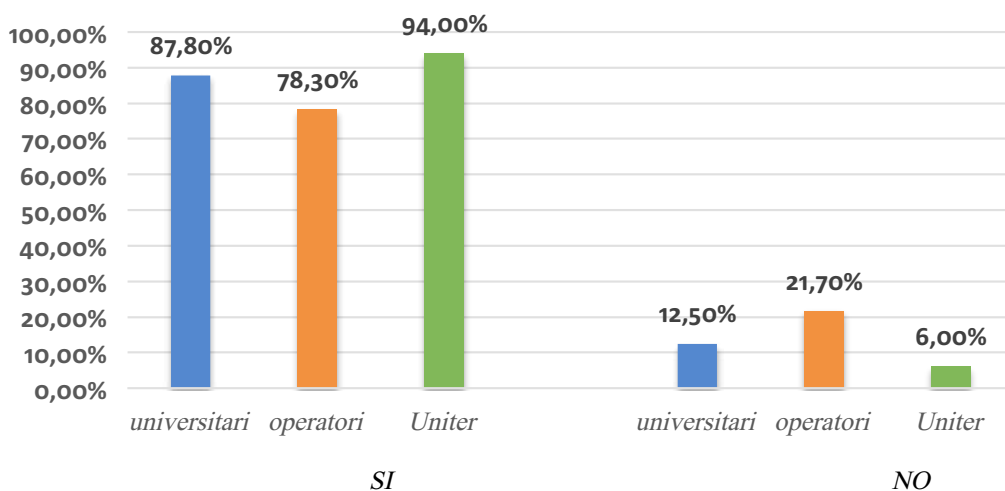
6- C’è una colonna sonora che ha radicalmente cambiato il significato delle fotografie per come lo avevi immaginato senza musica?



Nel settimo item “L’aggiunta della musica ha mutato lo stato d’animo creato in te dalla visione delle sole immagini?”

Il gruppo Uniter, in modo totalizzante (U 94%) esprime che lo stato d’animo creato in precedenza dalla storia immaginata con l’associazione della musica si modifica. Leggermente più in basso il gruppo universitario (u 87,8%) e ancora più basso il gruppo operatori (o 78,3%). Le risposte negative non modificano lo stato d’animo (u 12,50%, o 21,70%, U 6%).

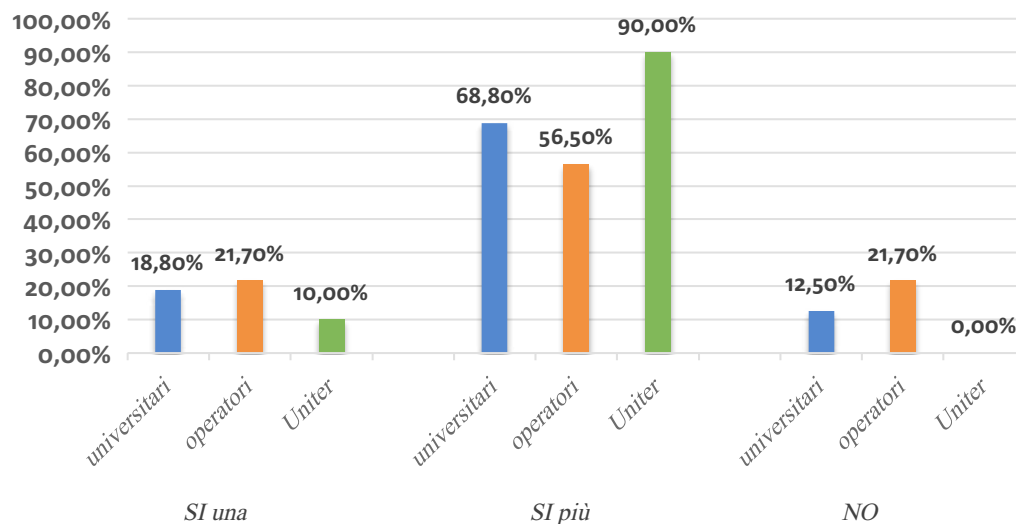
7- L’aggiunta della musica ha mutato lo stato d’animo creato in te dalla visione delle sole immagini?



Nell'ottavo item *“Nel caso lo abbia mutato questo è avvenuto con una o più colonne sonore?”*

I tre gruppi rispondono che il mutamento dello stato d'animo avviene su più colonne musicali. Il gruppo Uniter risponde in modo totalizzante (U 90%), mentre valori più bassi si hanno nei gruppo universitari (u 68,8%), il gruppo operatori (o 56,5%).

8- Nel caso lo abbia mutato questo è avvenuto con una o più colonne sonore?

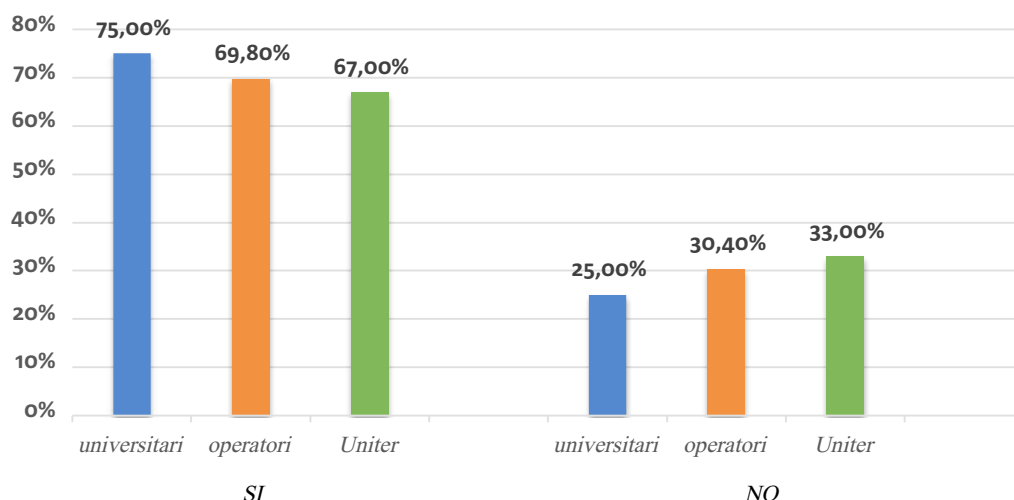


Nel nono item “*Nel caso in cui una colonna sonora abbia esaltato lo stato d'animo già suscitato dalle sole immagini, rivedendole senza musica ti sembra che manchi qualcosa?*”

I tre gruppi esprimono valori alti, nel rilevare che manchi qualcosa nel rivedere le sole immagini senza musica, il gruppo degli universitari (u 75%), leggermente più bassi i gruppi degli operatori (O 69,8%), Uniter (U 67).

Rilevante sono i dati espressi con valore negativo (u 25%), operatori (o 30,40%), Uniter (U 33%), il gruppo universitari non rilevano nessuna mancanza di qualcosa.

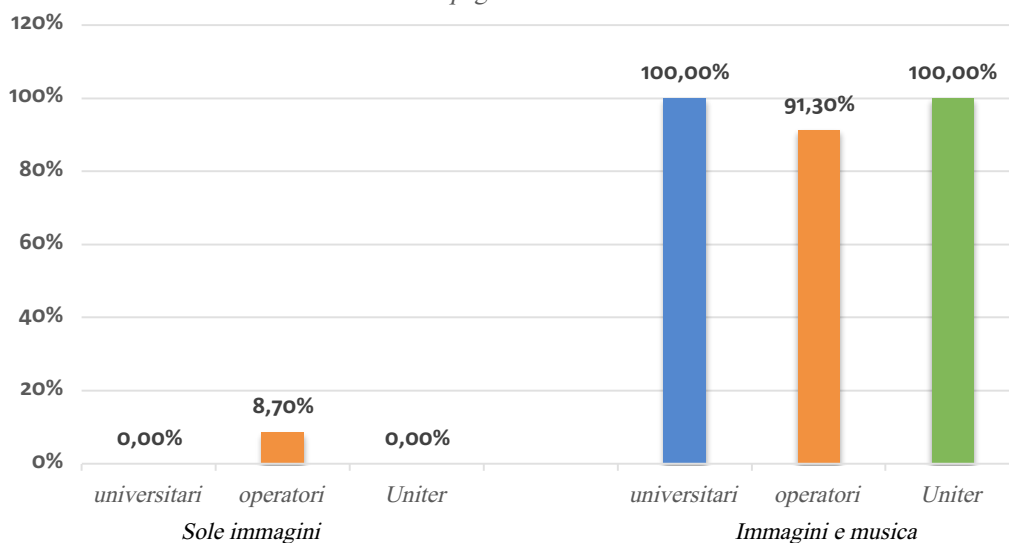
9- Nel caso in cui una colonna sonora abbia esaltato lo stato d'animo già suscitato dalle sole immagini, rivedendole senza musica ti sembra che manchi qualcosa?



Nel decimo item “*Secondo te è più gradevole la sola sequenza di immagini o le immagini accompagnate dalla musica?*”

I tre gruppi preferiscono l’associazione di immagini con la musica, rispondono con valori unanimi i gruppi universitari e Uniter (u 100%, U 100%), leggermente inferiore gli operatori (o 91,3%) con (o 8,70%) di risposte negative.

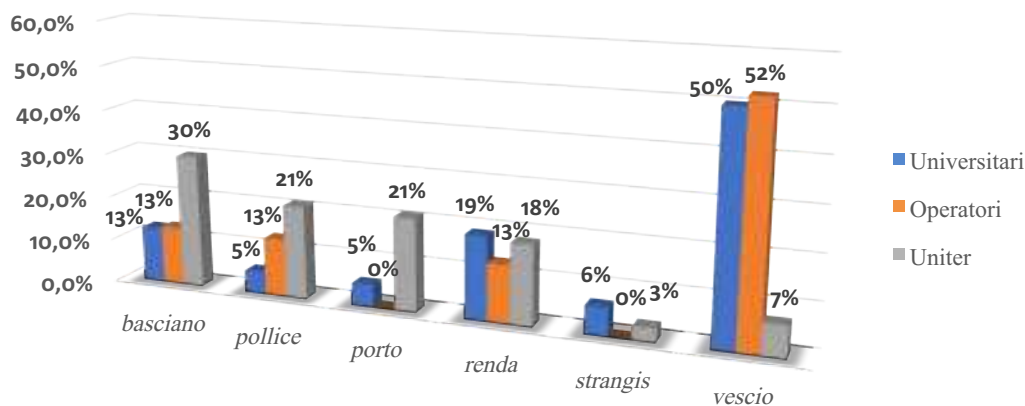
10- Secondo te è più gradevole la sola sequenza di immagini o le immagini accompagnate dalla musica?



Nell’undicesimo item “*Quale colonna sonora, secondo te, era la più adeguata alla sequenza di immagini?*”

La colonna sonora più adeguata, pari ex equo per universitari (u 50%) e operatori (o 52,2%) è quella del maestro Vescio, mentre nel gruppo Uniter prevale il maestro Basciano (U 30%).

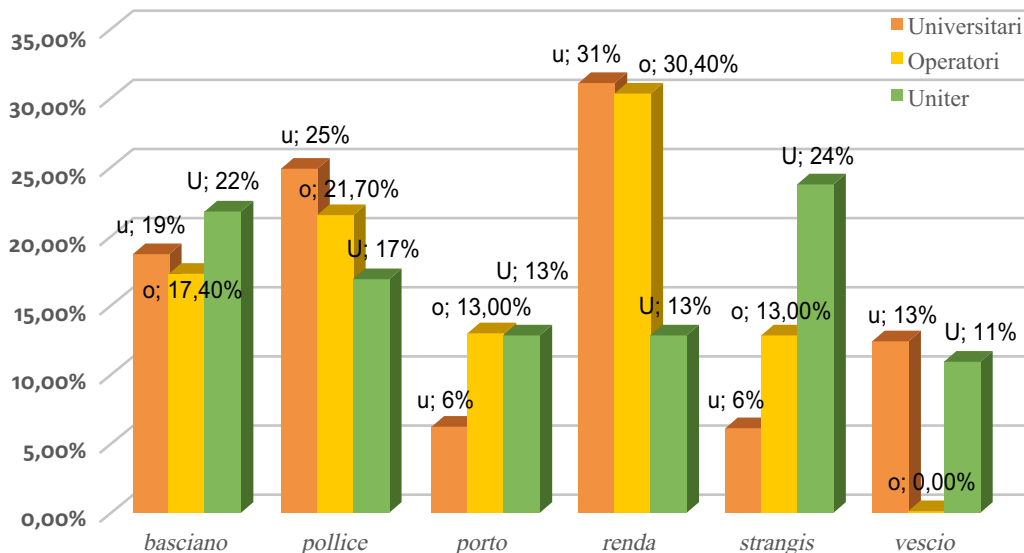
11- Quale colonna sonora, secondo te, era la più adeguata alla sequenza di immagini?



Nel dodicesimo item “*Quale colonna sonora, secondo te era la meno adeguata alla sequenza di immagini?*”

La colonna sonora meno adeguata pari ex equo per universitari (u 31.3%) e operatori (o 30.4%) è quella del maestro Renda, per il gruppo Uniter (U 24%) la meno adeguata è quella del maestro Strangis.

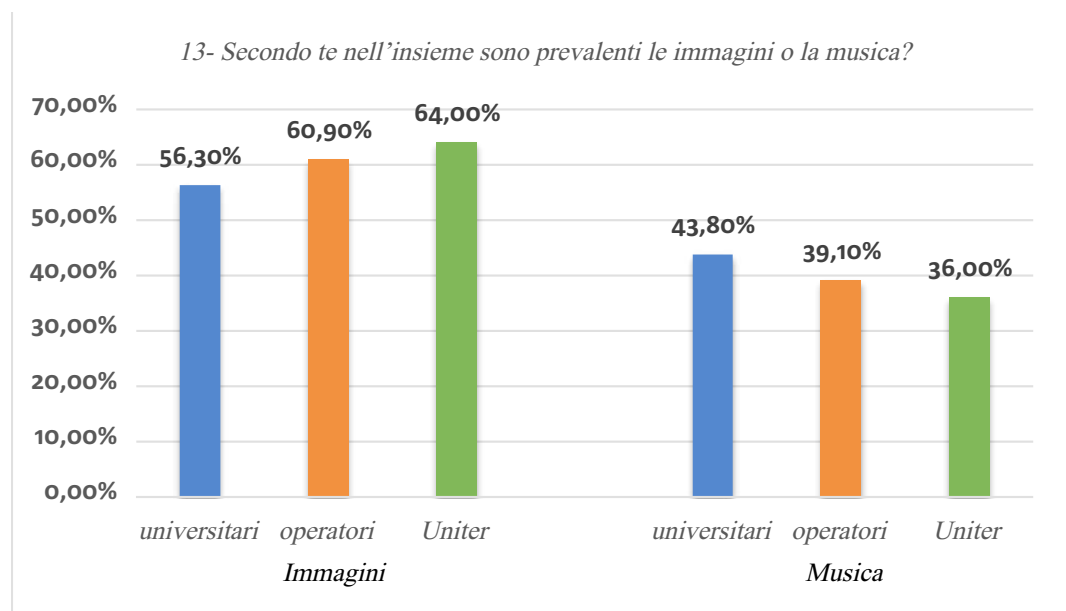
12- Quale colonna sonora, secondo te era la meno adeguata alla sequenza di immagini?



Nel tredicesimo item “*Secondo te nell’insieme sono prevalenti le immagini o la musica?*”

Non si osserva una forte discordanza nella prevalenza delle immagini o della musica. Una leggera prevalenza dell’immagine si ha nel gruppo l’Uniter (U 64%); si discosta leggermente il gruppo operatori (o 60,9%), ed infine gli universitari (u 56,3%).

Leggermente inferiore assume la prevalenza della musica nel gruppo universitari (u 43,80), gruppo operatori (o 39,1%), gruppo Uniter (U 36%). Dato che conferma in parte il primo e il secondo item.



Nel quattordicesimo item si riporta la lista delle definizioni espresse dai volontari nell’attribuire il nome dell’emozione percepita nello scorrere della sperimentazione e che sono elaborate nella fase della confrontazione.

Definizioni espresse dai volontari Items 2 e 14	Categorie: -emozioni -disposizioni -a. estetici -a.cognitivi	universitari	operatori	Uniter
tristezza	emozione	1	1	1
malinconia	emozione	1	1	1
dispiacere	emozione	1	1	
amore	emozione	1		1
serenità	emozione	1		1
speranza	emozione	1	1	1
solitudine	emozione	1		1
angoscia	emozione	1		
perdita	emozione	1		
lutto	emozione	1		
desiderio di felicità	emozione	1		
sposa	a.estetica	1		
rinascita	disposizione	1		
paura del futuro	emozione	1		
fascino	a. estetico	1		
eleganza	a. estetico	1		1
ricerca di bellezza	a.estetico	1		
esibizione	disposizione	1	1	
charme	a. estetico	1		
pathos	emozione	1		
introspezione	a. cognitivo	1		
dubbio	a. cognitivo	1	1	
dolore	emozione	1	1	
felicità	emozione	1	1	
ambiguità	a.cognitivo	1	1	
libertà	disposizione	1	1	
ammirazione	emozione	1	1	
curiosità	disposizione		1	
impotenza	a.cognitivo		1	
rassegnazione	disposizione		1	1
immaginazione	a.cognitivo	1	1	
senso di vuoto	emozione		1	
nostalgia	emozione			1
dolcezza	emozione			1
partecipazione	disposizione			1
abbandono	emozione			1
mistero	disposizione			1
musicale	a.estetico			1
appagamento interiore	emozione			1
indecisione	a. cognitivo			1
attesa	disposizione			1
compassione	emozione			1
tranquillità	emozione			1
insicurezza	emozione			1

Discussione e confrontazione dei risultati

Si evidenzia con chiarezza nel primo item una diversa manifestazione percettiva e cognitiva tra il gruppo Uniter e gli altri due, universitari e operatori (item 1= u 50%, o 56,5%, U 94). Le percentuali delle risposte positive del gruppo Uniter (U 94%) esprimono l'immediatezza nel costruire la storia durante la contemplazione sequenziale delle immagini. Negli altri due gruppi le percentuali di risposte positive sono più basse, operatori (o 56,5%) e universitari (u 50%).

Il gruppo universitario esprime le risposte negative in egual misura alle positive (u 50%), mentre leggermente più basso il gruppo operatori (o 43,50%) e l'Uniter solo il (U 6%). Dato degno di nota che sottolinea come nei due gruppi, in particolare quello universitario, la costruzione della storia durante l'osservazione delle sequenze di immagini non avviene per tutti con immediatezza. La metà dei soggetti osservano le singole immagini senza dare un continuum con una storia.

Nella sequenzialità delle immagini accompagnate dalla colonna sonora (item 3= u 81,30%, o 65,20%, U 85%) si verifica la modifica della processualità di contemplazione e narrazione sequenziale della storia. I soggetti, in particolare gli universitari, si attivano coinvolti dall'associazione di due processi neuro-cognitivi: la visione delle immagini/foto e l'ascolto della colonna sonora. Questo processo associativo è apprezzato dai tre gruppi in più colonne sonore (item 4= u 87,50%, o 69,60%, U84%), discriminano la colonna sonora più adatta a dare risalto alla storia immaginata (item 5= u 87,50%, o 82,60%, 83,60%), ed evidenziano quella colonna sonora che modifica radicalmente il significato delle immagini (item 6= u 93,80%, o 73,90%, U72%), o dello stato d'animo (item 7= u87,80%, o 78,30% U94%), cambiamento che avviene su più colonne sonore (item 8= u 68,80%, o 56,50%, U 90%).

I tre gruppi considerano manchevole di qualcosa rivedere le sole immagini senza la musica (item 9= u75%, o=69,80%, U 67%), e concordano nella gradevolezza dell'associazione immagini e musica (item10= u 100%, o 91,30% U100%), identificando la colonna sonora più adeguata alle immagini (item 11= Vescio u 50% o 52,2% e Basciano U30%) e quella meno adeguata (item 12= Renda u 31,3%, o 30,4%; Stranges U 24%). Nell'insieme risulta lievemente prevalente l'immagine sulla musica (item 13= u 56,30%, o 60,90%, 64%).

Va considerato in tale situazione la diversità di apprezzamento del genere musicale prevalente per classi d'età. La definizione delle emozioni espresse dai volontari negli items 2 e 14 sono riportate nella tabella conclusiva. Le emozioni espresse dai tre gruppi con più frequenza sono la tristezza, la malinconia e la speranza. Una gamma più estesa di definizioni delle emozioni è riportata dagli studenti. Alcune emozioni sono direttamente sollecitate dall'aspetto tecnico-estetico dell'immagine della modello o complessivamente dalla foto (charme, eleganza, fascino, ricerca della bellezza, sposa), altre definizioni appartengono alla famiglia dei sostantivi che definiscono l'atto cognitivo legato allo stato affettivo del momento (introspezione, immaginazione, indecisione, ambiguità, dubbio), altre ancora sono legate alle disposizioni interiori del soggetto (partecipazione, esibizione, curiosità, mistero, libertà). Le

emozioni riportate dal gruppo Uniter assumono uno spettro più ampio, definiscono una disposizione di animo più equilibrato, compassionevole, partecipato e riportano ad un vissuto esperienziale del soggetto.

Conclusione

Nel lavoro riportato si evidenzia il forte impatto cognitivo ed emotivo che l'immagine/foto, sola o in sequenza, offre in chi attua un processo di osservazione. L'impatto è notevole nella maggior parte dei volontari dell'Uniter, per metà nei volontari dei gruppi universitari e operatori. Risposta che conferma l'immediatezza del processo di costruzione della storia nell'osservare la sequenzialità delle immagini. L'immagine/foto, sola o in sequenza, rappresenta l'accesso immediato e concreto alla realtà visibile [7] e consente ai soggetti di attivare il processo elaborativo che conduce ad una coerenza narrativa interna che sintetizza la storia. Processo dinamico che evoca e rispecchia con chiarezza le proprie emozioni in un sistema emotivo, già chiaro e maturo [11], che normalizza e interpreta l'immagine. Le emozioni riportate dal gruppo Uniter assumono uno spettro più ampio, esprimono un vissuto esperienziale, compassionevole ed elaborato.

La sequenzialità delle immagini/foto associate alle colonne sonore offre un impatto maggiore al cambiamento sia a livello cognitivo che emotivo. Cambiamento che avviene nei tre gruppi sottoposti alla contemplazione associativa.

La modifica più significativa si ha nel gruppo degli universitari, che nella prima fase di osservazione della sequenzialità delle sole immagini/foto, per metà risponde in negativo, rimanendo ancorato a dati percettivi frammentari ed estetici [11], non riuscendo a cogliere la complessità della storia in una sintesi. Lo stesso gruppo nella fase dell'osservazione delle immagini/foto associate alle colonne sonore, risponde modificando radicalmente l'esperienza in positivo. Il legame immagine/foto- colonna sonora crea in questi soggetti un impatto positivo maggiore tale che attiva la sintonizzazione emotiva ed empatica [12] [13] del soggetto sulla visione percepita, la integra costruendo una sintesi significativa rendendo l'esperienza percepita congruente e flessibile [11], superando l'iniziale frammentazione della visione. A conclusione, la considerazione dell'associazione immagine e musica risulta gradevole tale che, nel rivedere le sole immagini senza colonna sonora, i tre gruppi percepiscono la mancanza dell'elemento ormai reso essenziale nel processo costitutivo della gestalt finale [6] [14].

BIBLIOGRAFIA

1. Amato M. (2019), "Le 3D Therapy - La materializzazione dell'emozione" Lamezia Terme, Grafiché.
2. Blundo C. (2007), "Conoscere e potenziare il cervello", Firenze, Giunti.
3. Moscovici S. (2005), "Le rappresentazioni sociali", Bologna, Il Mulino.
4. Lewin K. (1972), "Conflitti sociali. Saggi dinamica di gruppo", Milano, Franco Angeli.
5. Neisser U. (1981) "Conoscenza e realtà", Bologna, Il Mulino.
6. Arnheim R. (1981), "Arte e percezione visiva", Milano, Feltrinelli
7. Siegel D. J. (2014), "Mappe per la mente", Milano, Raffaello Cortina,
8. Gibson J.J. (1999) "Un approccio ecologico alla percezione visiva", Milano-Udine, Mimesis,
9. Ginger S. (1990), "La gestalt", Roma, Mediterranee
10. Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2007), "So quel che fai" Milano, Raffaello Cortina.
11. Baron-Cohen S. (2012), "La scienza del male", Milano, Raffaello Cortina Editore
12. Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006) "La simulazione incarnata: i neuroni a specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi", in Psicoterapie e scienze umane, n°3,
13. Giunti. E., Locatelli M. (2000), "L'empatia integrata", Roma, Sovera
14. Clarkson P. (1999), "Gestalt Counseling", Roma, Sovera.

Si ringrazia il fotografo Dott. Attanasio per le foto, la modella, i 6 maestri compositori delle colonne sonore e chi volontariamente ha partecipato allo studio

PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA

Il “tempo vissuto” in campo psicologico e nella psicoterapia

Giuseppe Errico¹

¹ IPeRS Istituto di Psicologia e Ricerche Sociosanitarie



Citation

Errico G. (2022).
Il “tempo vissuto” in campo psicologico
e nella psicoterapia
Phenomena Journal, 4, 17-30.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.163>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Giuseppe Errico
agenziaricipelago@gmail.com

Ricevuto: 13 settembre 2022

Accettato: 26 ottobre 2022

Pubblicato: 26 ottobre 2022

ABSTRACT

For the following clinical research, attention to Minkowski's phenomenology of lived time, Husserl's inner consciousness of time, and Piro's theme of chronodesis, which have their own profound bearing on clinical practice, was crucial. Three concepts (lived time, inner consciousness of time and chronodesis) have guided the following reflections for treatment practice. Can it be useful to offer the patient a conscious, careful and critical reflection on the time lived during the therapeutic setting with regard to his or her life time? And which, among the temporal aspects or distortions that figure in our inner experience and in our representations of reality (those that are naive as well as those that are informed, unconscious, unknown, or known), are to be considered clinically useful elements with respect to the painful reality we go through and for the purpose of achieving a curative goal? Usually the patient does not dwell on the temporal experiences he or she experiences, perceives them alternately, on the words used when describing the perceived temporal happening. Words, when used “at random”, in a pre-reflective manner, testify to the lack of a link between consciousness and emotional experience. On a general level, temporality in psychotherapy can be pronounced, according to Piro, as an unstoppable protention to the future and as a telicity proper to life processes.

KEYWORDS

Chronodesis, lived time, dark suffering.

ABSTRACT IN ITALIANO

Per la seguente ricerca clinica è stata fondamentale l'attenzione alla fenomenologia del *tempo vissuto* di Minkowski, alla coscienza *interiore* del tempo secondo Husserl e al tema della *cronodesi* di Piro, che hanno una loro profonda ricaduta nella pratica. Sono tre i concetti (*tempo vissuto*, *coscienza interiore del tempo* e *cronodesi*) che hanno guidato le seguenti riflessioni per la prassi di cura. Può essere utile proporre al paziente una consapevole riflessione, attenta e critica, sul *tempo vissuto* durante il setting terapeutico riguardo al suo tempo di vita? E quali, tra gli aspetti temporali o distorsioni che figurano nella nostra esperienza interiore e nelle nostre rappresentazioni della realtà (quelle ingenuie come quelle informate, inconsce, sconosciute o note), sono da considerarsi elementi utili a livello clinico rispetto alla realtà dolorosa che attraversiamo e al fine del raggiungimento di uno scopo curativo? Solitamente il paziente non si sofferma sui vissuti temporali che esperisce, li percepisce in maniera alternante, sulle parole utilizzate quando descrive l'accadimento temporale percepito. Le parole, quando sono usate “a caso”, in maniera irreflessa, testimoniano la mancanza di un legame tra coscienza e vissuto emotivo. A livello generale la temporalità nella psicoterapia è pronunziabile, secondo Piro, come protensione inarrestabile al futuro e come telicità propria dei processi vitali.

PAROLE CHIAVE

Cronodesi, tempo vissuto, coscienza interiore del tempo.



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

1. Introduzione

Il tema del saggio è il tempo interiore, mentre l'intento di fondo consiste nel tentare di delinearne il concetto *sia* in senso psicoterapeutico sia in senso fenomenologico: il tempo, nel modo in cui è concepito nella psicopatologia e nella fisica pre-novecentesca, si mostra fenomenologicamente come un *enigma oscuro e profondo*: il tempo è definito come una distanza tra gli eventi calcolata attraverso delle coordinate spaziotemporali quadridimensionali. Nella relatività speciale il tempo non può essere compreso se non come una parte del "cronotopo" (altra parola difficile per definire lo spazio-tempo, una combinazione di spazio e tempo). Chi scrive, dopo una serie di pubblicazioni [1], tenta ancora di affrontare questi temi complessi, dal punto di vista psicopatologico, andando incontro alle *cose stesse*, per esplorare la sofferenza oscura in relazione al tema delle *distorsioni temporali* nell'ambito della cura psichica.

Il *tempo vissuto* [2] dei pazienti è il punto di partenza da cui prende forma ogni cura terapeutica legata alla singola persona. Il paziente riesce ad afferrare, dentro di sé, tale tempo? «Il passato, il presente e il futuro si intrecciano e si lacerano, si frantumano, senza che sia possibile coglierne le ragioni: e, ancora memoria e speranza, passato e futuro, si mescolano l'una con l'altra: senza che sia possibile distinguere».[3]

Qui sembra che la questione per alcuni studiosi, in termini di comprensione del tempo, sia chiusa: quale potrebbe essere, infatti, lo sviluppo psicologico di una tale determinazione del tempo oltre le visioni che le scienze umane già ci hanno fornito? È certo che, con l'avvento della psicopatologia e della fenomenologia, molte di queste concezioni sul tempo e rigidità sono mutate: il tempo interiore ha assunto un ruolo profondamente diverso anche in ambito clinico, per la persona stessa, per le prassi di cura. Con quale sguardo della coscienza comprendiamo il nostro tempo interiore quando siamo immersi nella sofferenza psichica? Può essere utile proporre al paziente una riflessione sul *tempo vissuto* durante il setting terapeutico?

Quali aspetti, legati alla temporalità, all'esperienza interiore e alle rappresentazioni della realtà (ingenue e informate, inconscie, sconosciute o note), hanno una ricaduta sul piano della clinica per un percorso di cura?

Scopo clinico è quindi quello di ritrovare, *attraverso il tempo nella sua reale sensibilità e concretezza*, la coscienza di questo "sentire" nel paziente, ossia l'interiorizzazione del tempo, *le parole per dirlo secondo coscienza, per porsi al di là dello stadio di sofferenza oscura*. Siamo consapevoli che ogni paziente adotti, rispetto alla temporalità, un suo proprio modo di percepirla, e che la coscienza, dirigendosi primariamente verso un oggetto ideale, si rivolge di riflesso (si potrebbe anche dire "in obliquo" o "in modo marginale") verso sé stessa. La scelta di percepire e attenzionare il tempo vissuto ci conduce al concetto di *rappresentazione*. Qui si è voluto seguire l'inglese e utilizzare l'espressione "scorrer via del tempo", il quale sembra meglio indicare il processo di mutamento personale nel flusso temporale, uno sfumare, trapassare o sprofondare del tempo vissuto nella persona. Qualunque sia il fine della cura psicoterapica, la struttura, la genesi, il *pathos*, il modo d'essere di una persona,

il tempo interiore è insieme una condizione di vita onnipresente e vitale, che fluisce, e del pensare e un momento reale e misurabile del mondo negli orizzonti culturali della storia.

2. La coscienza *interiore* del tempo per la cura

Fondamentale per la presente ricerca clinica è stata l'attenzione alla fenomenologia del *tempo vissuto* di Minkowski, la coscienza *interiore* del tempo secondo Husserl [4] e al concetto della *cronodesi* di Piro [5] che hanno una profonda ricaduta nella pratica clinica. Ai fini di un inquadramento teorico, nel campo delle prassi di cura, è bene ricordare come il concetto del *tempo interiore* (ma anche del *continuo trasformarsi del mondo umano e naturale*) compare nella frase *tutto scorre* di Eraclito, e accompagna le fasi primordiali della ricerca psicologica e filosofica (Aristotele, Agostino, Bergson, Brentano, Minkowski, Husserl, Binswanger, Heidegger, Piro, Borgia), fisica e biologica, fino alla seconda rivoluzione della fisica. Solitamente il paziente non si sofferma sui vissuti temporali ma li esperisce, li vive e li percepisce in maniera alternante, nelle parole utilizzate quando descrive l'accadimento temporale percepito. Le parole, quando sono usate "a caso", in maniera irriflessa, testimoniano la mancanza di un legame tra coscienza e vissuto emotivo. Ogni volta che si tenta di afferrare un accadimento che si vive nel e per il tempo, esso sembra sfuggirci, difatti come scrive Minkowski [6] in certi momenti «*quando siamo stanchi della vita, sentiamo fuggire il tempo*». Per chi scrive, la connessione o congiunzione che lega la sofferenza oscura ai nostri argomenti (tempo vissuto, coscienza del tempo e cronodesi) va intesa non come segno di un legame fra concetti dati, bensì come l'indicatore di un percorso psicoterapeutico da intraprendere, come una inter-relazione o una inter-dipendenza e una inter-attinenza: accompagnare il paziente, durante la cura, a convivere e comprendere la sua coscienza del tempo interiore, il suo vissuto (così legato alla sofferenza psichica o oscura), la *cronodesi fondamentale* di Piro sembra una utile strategia. Come procedere per indagare il tempo interiore e cosa comunicare al paziente in merito alle sconosciute *distorsioni temporali*? Tali interrogativi impongono un punto di partenza: che cosa sia il tempo interiore e come poterlo descrivere ai fini terapeutici. Da quale interrogativo prendere le mosse per comprendere il tempo vissuto nelle crisi? Si comprende che ci troviamo in un ambito non consueto, enigmatico: chiediamo spiegazioni, cioè, dell'*essere del tempo* (il legame persona/tempo vissuto) e informazioni del *modo di narrarlo dinanzi alla sofferenza psichica*, e non del tempo *tout-court* (come nozione e/o come strumento). L'essere del tempo non è certamente tempo, bensì vissuto patico, e non meramente temporale (né di extra-temporale o di "eterno").

Nella psicoterapia un punto decisivo è questo: non possiamo intervenire, a tratti direttamente, sulle *distorsioni temporali* del paziente senza stabilire una relazione tra la percezione soggettiva del tempo vissuto e la capacità del singolo paziente di "leggere, interpretare e vivere" la sua sofferenza, senza stabilire, dentro di noi, l'*essere del tempo* basandoci sulla sua formula comune, ritenendola magari attendibile senza

alcuna verifica che non sia quella di ricorrere all'orologio. In realtà non possiamo comprendere il tempo vissuto senza creare un legame con il tempo inteso come durata, flusso, "prima e poi", mutamento, se non osserviamo l'orologio, il cielo, il moto degli astri e delle galassie. Il tempo interiore ci offre una cornice per guardare in noi stessi e nel nostro mondo, una "percezione" e un "trascorrere". Non possiamo certo negare il fatto che avvertiamo, costantemente, il tempo soggettivo (*pathos*) [7], e che esista il tempo-durata (orologi, clessidre, corpi celesti). Sembra proprio che queste siano le due dimensioni valoriali del tempo (tempo vissuto/ tempo durata) che caratterizzano il vivere quotidiano, anche durante la sofferenza oscura detta psichica. Come terapeuti, intendiamo confutare o disconoscere il *moto/mutamento/flusso*, il legame agli orizzonti storici (cronodesi), o il "divenire del mondo". Osservando questi movimenti *dentro di sé* del tempo percepito ed elaborato nel paziente (che sono, a seconda i casi, *variazioni, ritmi, giri, passaggi, corsi, decorsi e percorsi, flussi, circoli, sequenze, serie, concatenazioni e avvicendamenti*, e così via) possiamo stabilire un piano terapeutico.

3. I vissuti temporali di coscienza

L'attenzione della seguente ricerca verte sui *fulcri epistemologici* legati al tempo interiore (coscienza interiore del tempo) e alla *cronodesi* (legami agli orizzonti del tempo), sulle *distorsioni e alterazioni* dei vissuti spazio-temporali, sull'intreccio e la lacerazione, la frantumazione delle figure del tempo del paziente. Come vedremo, tutti i vissuti temporali di coscienza (presente, passato, futuro) si manifestano in varie forme nella *coscienza riflettente: l'uno vicino all'altro (presenza simultanea del tempo vissuto), l'uno sopra l'altro*. Ogni psicoterapia agisce, consapevolmente o meno, sulla comprensione del vissuto temporale e non solo sui livelli consci e inconsci che ogni paziente manifesta, per tamponare lo *stravolgimento della trama temporale* nel tentativo di migliorare lo stato di salute del paziente. In linea generale l'analisi sulla *temporalità*, che nel nostro caso comporta un'analisi della coscienza interiore del tempo e della cronodesi, apre la dimensione del *presente vivente*, può far nuova luce sull'idea dei mutamenti personali, in relazione anche ai processi dell'empatia e delle relazioni intersoggettive umane.

Quando discutiamo, durante una psicoterapia, del tempo interiore del paziente noi intendiamo costantemente (e compiutamente) "qualcosa" del genere "tempo", nel senso che non un solo *istante* della nostra esperienza potrebbe essere ciò che è *istante*, appunto se tale intesa temporale non sussistesse *in noi, con noi e per noi* (*in, con e per* ciascun paziente), che fosse già presente una sovrastruttura psichica di base. In linea generale il tempo esiste *in noi*, da un lato, come *narrazione* (pensiero), *affettività* (*pathos*), *rappresentazione* (immaginazione), dall'altro lato il tempo esiste *con noi* e accompagna il nostro "sentire la vita" (*pathos*); infine, il tempo esiste *per noi* offrendoci lo scenario-ambiente in cui poter collocare idealmente il nostro *essere persona nel mondo* (epoca). Tuttavia, di là dall'ipotesi che il tempo esista *in noi, con noi e per noi*, non appena poniamo tale interrogativo, ci ritroviamo privi di una parola co-

mune, non abbiamo né troviamo un significato preciso, a risposta univoca. Il dubbio quindi appare di difficile soluzione/interpretazione, anche per la presenza di argomentazioni contrapposte ma altrettanto valide. Conosciamo in modo sufficiente ciò che accade però non sappiamo all'unisono *dire qualcosa*. I noti interrogativi con cui Agostino [8] tratta il tema del tempo, indicano perfettamente lo stato aporetico in cui versiamo:

«Che è, infatti, il tempo? Chi potrebbe spiegarlo, o esplicitarlo, in modo facile e breve? Qual è dunque l'indole del tempo? Se nessuno me lo chiede, lo so; se voglio spiegarlo, o esplicitarlo, a chi chiede, non lo so [resto senza parole]».

Agostino svelò le profonde difficoltà poste dalla domanda "cos'è il tempo?", scoprendo il suo legame inestricabile con la domanda "chi sono io?": «cos'è dunque il tempo? Se nessuno me lo chiede, lo so; se voglio spiegarlo a chi me lo chiede, non lo so».

Ancora una volta il dilemma agostiniano suggerisce l'incapacità di articolare ciò che diamo per scontato nell'esperienza del tempo. Come persone siamo incapaci di spiegare come percepiamo lo scorrere del tempo, benché implicitamente si afferri lo scorrere del tempo come lo scorrere del tempo come auto-evidente, nella forma del vissuto, sensazione. Inoltre, non siamo neanche capaci di comprendere cosa c'è di fondamentale rispetto a *noi stessi* nel fatto che siamo soggetti allo scorrere del tempo. Agostino osserva come si diventa sconosciuti a sé stessi in conseguenza della problematicità del tempo: *il tempo sfugge, tanto quanto io sfuggo a me stesso*.

La domanda *cos'è il tempo* costituisce, di fatto, una doppia domanda: come sia possibile comprendere profondamente la coscienza dello scorrere del tempo e nello stesso tempo la percezione soggettiva, che lascia perplessi e dubbiosi, di un *tempo che è, che non è più, che deve ancora venire*? Pertanto, volendo tentare una prima soluzione al paradosso, possiamo dire che la struttura dell'*aporia del tempo* (distorsioni, guasti) sia la seguente: noi attraversiamo il tempo ponendo il nostro presente (essere persona) su una linea di orizzonte, in divenire, così come sappiamo che del tempo non sappiamo dire. Conosciamo e manifestiamo il tempo vissuto mentre la domanda che ne interroga l'indole (ci) coglie di sorpresa, ci toglie la parola. Tuttavia si fa avanti *immediatamente* una formula: *il tempo è* (la sua distorsione, aporia) *la successione-flusso di attimi che "scadono"* (dal passato al futuro tramite il presente); *il tempo fluisce indipendentemente dall'esistere dell'uomo, va oltre la persona, ci offre una cornice-ambiente per collocare l'identità*.

Da ciò il tema trattato impone, ai fini della cura, un'osservazione clinica attenta rispetto ai pazienti, che sveli una circostanza alla quale non prestiamo mai attenzione nella terapia (distorsioni temporali) ma che costituisce, a parere di chi scrive, un elemento strategico fondamentale nella pianificazione di un percorso di mutamento terapeutico/personale: *l'oggettivazione del tempo in flusso*.

Il mutamento del paziente in terapia si manifesta tramite il tempo vissuto, avviene nel tempo come durata fissandolo in una cornice, ossia nel "tempo" (inizio/fine della cura). Senza la cornice psicologica/temporale della "stabilità/instabilità" e "mutabile/immutabile" la sofferenza del paziente perderebbe la sua ragione di essere,

di poter essere narrata ed esperita. A livello di tempo vissuto la stabilità della temporalità è *costanza* e *persistenza*, l'immutabilità è *staticità* e *permanenza*. Tale punto di vista, riguardo al tempo vissuto nei pazienti, ci consente di poter cogliere come *il costante* e *il persistente*, *lo statico* e *il permanente* si leghino al tempo interiore, al racconto, al vissuto. Ogni paziente, senza saperlo, *parla* la lingua del tempo ed è compito dei clinici poter intervenire per aiutarlo. La narrazione del tempo del paziente assume vari significati. «La parola "tempo" è usata con diversi significati legati fra loro, ma distinti: 1. "tempo" è il fenomeno generale del susseguirsi degli eventi ("il tempo è inesorabile"); 2. "Tempo" indica un intervallo lungo questo susseguirsi ("nel tempo fiorito della primavera"), oppure 3. La sua durata ("Quanto tempo ha aspettato?"); 4. "tempo può anche indicare un particolare momento ("E tempo di migrare"); 5. "Tempo" indica la variabile che misura la durata ("L'accelerazione è la derivata della velocità rispetto al tempo")». [9]

Emerge una questione che sembra presupposta in ogni teoria sulla temporalità: la distinzione tra "tempo durata" e "tempo psicologico". Il primo sarebbe oggettivabile, mentre il secondo risulterebbe affetto da un carattere di "soggettività" e quindi si mostrerebbe come non trattabile "scientificamente", come non misurabile in sé. «Ci domandiamo anzitutto: in che relazione stanno le nostre idee consuete di spazio e di tempo con il carattere dei nostri Erlebnisse (esperienze vissute)? I vissuti di un individuo ci appaiono disposti in una serie di eventi; e in tale serie i singoli eventi che noi ricordiamo appaiono ordinati secondo il criterio del "prima" e del "poi", criterio che non può essere ulteriormente analizzato. Per ogni individuo esiste pertanto un tempo individuale o soggettivo, che non è in sé stesso misurabile. Si possono invero associare dei numeri agli eventi, in modo tale che, fra due eventi, quello posteriore sia caratterizzato dal numero maggiore; però la natura di questa associazione può essere del tutto arbitraria. Si può definire questa associazione per mezzo di un orologio, paragonando l'ordine degli eventi forniti dall'orologio con l'ordine delle serie di eventi data. Per orologio s'intende qualcosa che fornisce una serie di eventi numerabili». [10]

In campo psicoterapeutico è lecito supporre la sussistenza di due tempi, separati e simultaneamente connessi, nel senso che quello detto fisico precederebbe e genererebbe quello detto psichico? La temporalità individuale sarebbe forse un residuo o un prodotto del tempo fisico? Si potrebbe, infatti, andare ancora più in là e chiedere: ha senso pensare che questi due tempi siano in verità raccolti in una dimensione più originaria, che non sarebbe in sé né fisica né soggettiva, così come neppure oggettiva o naturale e neanche sovrannaturale? Se il tempo inteso come durata, cioè il tempo progettato, fosse il *tempo primo*, il *tempo primario* da cui ogni temporalità (con tutti i suoi umani e non-umani sensi) discenderebbe, quale sarebbe la natura di questa *primarietà* (il tempo di base ossia il tempo prima del tempo)? Potrebbe essere forse una natura temporale? «L'enigma e il da-costituire è il sensibile-singolare-temporale. Ciò che deve costituirsi è la perdita, l'inappropriabile nel suo immediato darsi. Per cui ora l'indagine fenomenologica cade sul tempo nel suo affermativo differenziarsi di singolarità sensibili, ora cade sulla coscienza di questo, sulla tenuta essenziale (la

“ritenzione”) della singolarità sensibile che altrimenti si perderebbe».[11]

4. La traiettoria delle lancette di un orologio

Per comprendere le dinamiche del vissuto temporale, possiamo prendere ad esempio il soldato Valentin Brû, personaggio di Raymond Queneau nel racconto *La domenica della vita*, che trascorre le sue giornate ad osservare la traiettoria delle lancette di un orologio, cercando con tutti i suoi sforzi di mantenere la mente *sgombra dalle immagini che la vita quotidiana vi lascia sussistere*, nel tentativo, a occhi aperti (terapeutico e antidepressivo), di non pensare nulla di spiacevole. Tuttavia, gli sforzi di Brû di afferrare il tempo con lo sguardo falliscono ripetutamente, poiché non può evitare di venir distratto da eventi (nuovi) che prendono forma nel tempo di vita: «Fasci di parole qualsiasi attraversano crepitando una landa di gesti automatici o di oggetti dilavati».[12]

«Mediante il collegamento associativo anche i mondi non viventi del ricordo acquistano una specie di essere, nonostante non siano viventi: qui un ente presente ‘suscita’ un passato e raggiunge un’intuizione e un mondo intuitivo sommersi... Questa ‘suscitazione’ (Weckung) che s’irraggia dal presente e si volge a far rivivere il passato, è possibile perché già tra l’eguale e il simile si è prima costituita passivamente un’unità sensibile, unità nel ‘subconscio’ (Unterbewußtsein), la quale connette le diverse posizioni delle intuizioni effettive e di quelle sommerse».[13]

Pertanto il tempo interiore (le eguaglianze, le differenze e le somiglianze) viene costantemente attraversato da collegamenti, pensieri, e il ricordo di un evento anteriore non è altro che un far rivivere qualcosa che c’era prima. Tutti questi momenti del paziente, di suscitazione e di collegamento associativi accadono nella coscienza, a tratti nel dominio della passività come nel caso della depressione. Da ciò che è presentemente percepito s’irraggia una suscitazione e i ricordi riaffiorano nel bene e nel male, creando vissuti di tristezza o gioia, che lo si voglia o meno. Insomma, malgrado gli sforzi il soldato Brû è continuamente incapace di cogliere il tempo nella sua essenza poiché è impossibile vivere il tempo e coglierlo contemporaneamente, essendo soggetti e oggetti del tempo vissuto: «Sul momento, non nota niente. Fissa un ramo, un ciottolo, ma perde di vista il tempo. Il tempo ha spostato avanti la sfera di dieci minuti senza che Valentin l’abbia colta sul fatto. E dopo il ramo, il ciottolo, non è successo niente».[12]

A volte il paziente è in ritardo rispetto al tempo vissuto, alla capacità di cogliere ciò che accade nella coscienza riflettente. Il paziente vive lo sgomento così come il tempo fissa in faccia il soldato, accade alle sue spalle, prendendolo di sorpresa; egli è in ritardo, come accade durante la crisi, per il *passaggio del tempo*, non riuscendo mai a vedere il tempo in tempo.

5. Praesentatio, retentio, protentio

Gran parte della presente ricerca si sofferma su un dato che accade e si manifesta in vari modi nella psicoterapia, nel paziente, come il tempo vissuto (la coscienza inte-

riore del tempo, la cronodesi) continuamente sfuggente alla coscienza umana. Riveste particolare interesse il motivo fondamentale della *costituzione* preventiva della coscienza del tempo (pre-coscienza del tempo vissuto): la *coscienza ultima che costituisce ogni temporalità dei vissuti* (la comprensione delle *distorsioni temporali*). Sappiamo dagli studi di Husserl e Brentano che la struttura del *vissuto temporale* è composta dai *momenti intenzionali* (lo scopo, la direzione del *sentire*) del *farsi del tempo*, che non corrispondono al presente-passato-futuro ma alla *praesentatio*, alla *retentio* e alla *protentio*. In ogni paziente, anche grave, esiste la *possibilità* di potersi *dare* passato-presente-futuro. Tale possibilità costituisce un obiettivo di cura e benessere psichico. A livello terapeutico per *praesentatio* intendiamo l'essere ora qui del paziente (cornice, limite) che congiunge ritenzioni (ciò che s'ipotizza nell'adesso, immagina, si ipotizza di sé stesso) e protensioni (lo sguardo nel futuro, l'orizzonte e l'attesa). Ciò accade anche quando il paziente *racchiude sé stesso in un passato e l'essere verso un avvenire* (ritenzioni e protensioni).

Occorre anche tener presente che tali dimensioni del tempo vissuto non esprimono solo il tempo reale o cosciente ma quello misterioso, sfuggente, attraverso cui si possono esprimere, inconsapevolmente, le proprie esperienze. Ogni stato temporale nei pazienti appare come un continuo *fuori di sé, un andare oltre, una traiettoria di destino*. Secondo Husserl, per definire l'unità di un accadimento interviene l'*intenzionalità*, il significato complessivo della percezione temporale che definisce il senso (la direzione) di un accadimento vissuto nel *qui e ora*. Ogni accadimento del paziente è sempre compreso attraverso il manifestarsi del *presente-presente* (l'impressione), dell'*appena-passato* (la ritenzione), e di ciò *che-sta-per-accadere* (la protensione). Non sono pochi i pazienti che, durante alcuni momenti critici del percorso terapeutico, vivono la ritenzione e la protensione in maniera sofferta e limitata. Solitamente nel *tempo presente* si formano nuove *protensioni*, che si conservano poi nelle *ritenzioni* sino a perdersi nel passato. «Ora, la soggettività non vive il tempo come un essere, ma come un farsi, e i momenti intenzionali, costitutivi e strutturali di questo farsi non sono gli oggetti temporali (presente, passato e futuro), ma ... la *praesentatio*, la *retentio* e la *protentio*, ciascuna delle quali non è chiusa in se stessa, come gli stati del tempo oggettivo, ma si trascende nell'altra, per cui essere ora (*praesentatio*) significa essere da un passato (*retentio*) verso un avvenire (*protentio*)». [14]

Sulle orme di Husserl possiamo soffermarci, a livello clinico, anche sulla differenza esistente, nel paziente, tra *ritenzione* e *rimemorazione*. Possiamo osservare e comprendere il suo modo di rimanere legato e imprigionato al passato, al ricordo negativo, alla sofferenza che limita, così come possiamo osservare come egli costruisce le immagini/orizzonti del futuro (meccanismo di proiezione). A livello psicologico la suddetta ritenzione avviene tramite una sorta di *riproduzione dell'esperienza passata* (è noto come nei pazienti ossessivi tale aspetto non si spenga mai), tramite una *ri-presentazione* dell'intero accadimento (il legame ricordo/sofferenza). Nel paziente accade spesso di osservare come la ritenzione comporti l'andare con i pensieri nell'*appena passato* della prima impressione (ricordi), e altre volte come invece si manifesti il bisogno incessante di dover narrare di sé, della *praesentatio* (il presente-

istante). In molti pazienti la relazione tra *presente*, *rimemorazioni* e *aspettazioni* è fonte di grande sofferenza mentre i contenuti del *tempo presente* sembrano dischiudere quelli delle ritenzioni e delle *protensioni*. La *praesentatio* esprime, in alcuni pazienti nevrotici, un passato che trattiene la gioia, la *ritenzione*, a volte anche un avvenire proiettato verso una *protensione*. Tra queste caratteristiche bisogna considerare l'*unicità dell'esperienza del tempo interiore*, la *continuità dei vissuti temporali* (o il distacco), la *linearità del tempo vissuto* (o l'*oscillazione del tempo*), l'*irreversibilità dell'esperienza del tempo interiore* (o *capacità di passare da un piano temporale ad un altro*) e l'*infinità*.

«Ogni essere temporale «appare» in un dato modo continuamente mutevole, è in questo mutamento, sempre altro, anche se noi diciamo che l'oggetto e ogni punto del suo tempo e questo stesso tempo sono sempre i medesimi».[15]

Nella vita quotidiana, nonostante la fuggevolezza del tempo, noi immaginiamo di poter riuscire a misurarlo in ogni momento e spesso instauriamo una relazione con il tempo percepito dalle esperienze di vita, tra dolore e gioie. Per tali motivi parliamo di un *tempo breve o lungo, passato e futuro*. Come facciamo solitamente questa misura? Ancora una volta Sant'Agostino ci suggerisce una risposta: *nella psiche*. Come già detto, 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 alcune tracce e suggestioni (la memoria del passato) quando siamo immersi in un'attesa del futuro. Il passato (che non c'è più) diviene memoria di accadimenti del passato mentre il presente, che è privo di durata, diviene *istante che tra-passa*. Nel distendersi (*distensione*) della vita interiore attraverso l'*attenzione*, la *memoria* e l'*attesa*, nella continuità interiore della coscienza riflettente, che conserva dentro di sé il passato e si protende verso il futuro nei pazienti: «il presente è un gettare innanzi a ciò che è stato in ciò che sarà. Il presente... è l'andare incontro a quell'io che il passato ha plasmato e che proiettiamo innanzi a noi, nel futuro».[16]

6. Ogni adesso ha il suo orizzonte

In accordo con Husserl possiamo affermare che, anche nel campo psicoterapico, ogni *adesso* (tempo presente) nella sofferenza (*erlebnis*) ha necessariamente un orizzonte del *dopo* (*tempo futuro*), una corrente infinita di *adesso* che costituisce il *tempo-presente*. Questo tuttavia è un obiettivo di cura e spesso non è facile da perseguire in campo clinico. La struttura fondamentale del tempo interiore, infatti, ci consente di distinguere la realtà degli eventi adesso *presenti* (gli unici che veramente *sono*) dall'idealità di quelli del passato (che *non sono* più, vivono solo nel pensiero, nel vissuto del *ricordo-rimemorazione*) e del *futuro* (che *non sono* ancora, vivono solo nel vissuto dell'*aspettazione-attesa*).

Il tempo presente nella sofferenza psichica, a sua volta, non è caratterizzato da alcun punto "fermo" o atomicità, né da una qualunque struttura istantanea: il *tempo presente* nella sofferenza psichica del paziente è invece un microcosmo dinamico e inarrestabile, composto dalla sintesi di *protensioni*, *ritensioni*, dal limite che le congiunge:

l'ora. Oggi sappiamo che il tempo oggettivo e tutte le determinazioni e distorsioni non esistono soltanto per il singolo *vissuto*, possedendo una struttura intersoggettiva. Il tempo è il vero *fenomeno originario* dal quale tutto prende avvio, che tutto spiega anche se, come giustamente mette in risalto Husserl si manifesta come «*il più difficile di tutti i problemi con cui si confronta la mente umana*». Condividiamo con Husserl che la difficoltà risieda nell'afferrare il tempo nell'atto in cui stesso si percepisce. Nell'autunno del 1917 e nella primavera del 1918 (dopo l'esperienza drammatica di un figlio morto e il secondo gravemente ferito nella guerra che avrebbe dovuto portare a termine tutte le guerre), lo studioso Husserl si recò in vacanza a *Bernau* (Germania) per compiere le sue analisi fenomenologiche della costituzione del tempo.

Nei famosi *manoscritti di Bernau* analizza la coscienza dello scorrere del tempo la quale c'è talmente familiare che è difficile da esprimere; la coscienza del tempo viene meticolosamente descritta come centrata sull'asse di un incessante rinnovamento dell'*ora*. L'emergenza di ogni "ora" prende, nelle persone, la forma di una speranza primordiale, nell'attesa di un'altra "ora" che deve ancora venire e nella scia di un "ora" che è già passato. E tuttavia, la novità di ogni "ora" non è mai interamente prevista o identica con l'"ora" appena passato; ogni "ora" non è mai interamente catturata dallo scorrere del tempo. La conseguenza di ciò fa sì che continuamente ci aspettiamo un altro "ora", mentre il suo arrivo sorpassa sempre la nostra aspettativa, prendendoci, per così dire, alle spalle.

La coscienza interiore del tempo appare come qualcosa che continuamente si origina in un rinnovato risveglio del tempo stesso. «Se nell'uomo comune si dà un momento in cui si "afferra" e si "comprende", questo non si svolge né nel passato né nel presente, bensì nel futuro prossimo: nella vita di tutti i giorni è previsione in senso forte di quanto l'altro sta per fare o sta per dire, progetto che si compie».[17]

In ordine al tema della temporalità lo psichiatra Sergio Piro affermava: «La temporalità è pronunziabile come immersione nelle successioni o gradi subepocali con le loro laceranti impressioni ideologico-culturali-patiche e politiche, come protensione inarrestabile al futuro e come telicità propria dei processi vitali, come avvolgimento pancronico nelle volute sincroniche e nei ritmi diacronici, come immanenza trasformativa, come coincidenza irrimediabile fra trasformazione e temporalità, come coincidenza necessaria fra prassi e mutamenti epocali, come unica forma possibile di comprensione dell'altro (comprensione per anticipazione), come passione del futuro».[17]

7. Il flusso nella cronodesi

Il termine *cronodesi* ha molti possibili svolgimenti in ambito clinico e può essere utilizzato per evidenziare alcuni processi della coscienza: il *legame del paziente* agli orizzonti che si succedono nel suo tempo (*cronodesi fondamentale*); l'*anticipazione* come momento prevalente dell'atto di *comprensione* e, più generalmente, dell'agire nel mondo e nel campo della relazioni umane; l'*anticipazione* della conoscenza e della prassi (agire) quale momento di *scatto dell'agire* verso l'obiettivo della cura;

la pausa cronodetica al pari dell'epochè quale momento necessario di sospensione e riflessione rispetto ai vissuti interiori. Nella sua accezione propria Piro indica con il termine «cronodesi» il «legame agli orizzonti che si succedono». Ciascun paziente, come in ogni persona, vive immerso in un mutamento d'orizzonte: ogni concezione personale e identitaria storicamente più recente si divide in *linee di stabilità e linee di movimento*. Nel paziente la *cronodesi* si esprime nella continuità delle linee singolari con le linee del sociale in movimento, con il loro dividersi, rompersi, sospingersi creando conflitti, sofferenza psichica, contrasti tra noi e gli altri. Per «cronodesi» non può ravvisarsi solo la connessione tra noi e il mondo esterno (linee traversanti del campo antropico) bensì la continuità con le *linee nuove* che si succedono, con ciò che sopravviene. Nel senso primario *cronodesi* è, nei pazienti, l'immediatezza del sentimento della trasformazione del mondo, del mutamento personale, del superamento delle distorsioni temporali. Ogni forma di attività umana «non può che essere cronodetica»: trasformare il mondo o «afferrare» le trasformazioni del mondo, agire e capire, non può darsi se non nell'*orizzonte sopravveniente del futuro prossimo* che, nel caso della sofferenza psichica, viene bloccata, impedita, ostacolata.

Durante l'osservazione delle modalità umane della *cronodesi* nei pazienti si tengono presenti alcuni aspetti fondamentali:

- l'*anticipazione nella comprensione interumana tra paziente/terapeuta*: l'atto della comprensione interumana e relazionale può essere, infatti, descritto come attività volta a cogliere, con *protensione probabilistica*, un evento umano nel futuro prossimo: la conoscenza dell'altro è anticipazione del futuro, previsione in senso forte di ciò che l'altro sta per fare o per dire [18];
- l'*anticipazione nell'attività noetica e della prassi*, cioè il disvelamento, l'incremento delle capacità di anticipazione del pensiero e quello dell'adequata tempestività della prassi;
- la *pausa cronodetica* o sospensione dell'azione, giudizio o fase di attesa. Più di ogni altra modalità tale pausa è protesa totalmente al futuro. Per quanto riguarda le attività di cura, nel tempo fermo della *pausa cronodetica*:
 - s'arresta lo *spontaneismo ingenuo* e inutile del lamento, il manifestarsi dell'immediatezza ideologica;
 - si rendono espliciti i traversamenti doxico-ideologici e transpersonali, le concezioni e i valori, i pregiudizi e le credenze fasulle;
 - 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.

‘E quindi fondamentale comprendere la temporalità, cosa sia tipico o specifico nel paziente a proposito del percorso di cura; comprendere la temporalità del paziente rivela cosa sia specifico nella formazione e costruzione della persona, attraversando i sentieri della fenomenologia dei vissuti affettivi. «Se genericamente l'identità è la relazione che un ente intrattiene esclusivamente con sè stesso, l'identità personale è una protensione necessaria della coscienza tetica di se stessa... La coscienza tetica d'identità si dà a sè stessa e si compie come continuità diacronica strutturata, come

storia e progetto conseguenti, ma tagliati fra loro da un enorme attimo presente».[17] La presente ricerca intende operare una riflessione sulla relazione tra *accadimento*, *tempo interiore e cura*, ma anche soffermarsi sul flusso della coscienza interiore. Solitamente il flusso interiore (*strömen*) può assumere tre aspetti e significati. Il termine tedesco *strömen* è inteso come flusso vivente pre-temporalizzante (*vor-zeitigend*) ma lo stesso termine sta anche ad indicare il flusso dei vissuti immanenti alla coscienza (*erlebnisse*); infine il termine *strömen* indica il tempo del mondo (*weltzeit*) che, nel nostro caso, è simile al concetto di *cronodesi* (Piro), il divenire di tutte le cose negli orizzonti subentranti del tempo. L'insieme di queste strutture è la *zeitigung*, ossia la temporalizzazione non *della coscienza e del mondo* ma *della coscienza-mondo*. Una coscienza che è la parte di mondo che si auto-comprende, che esperisce il tempo e si manifesta come tempo: il tempo che scorre nella (della) sofferenza e la patologia muta la percezione umana dello stesso tempo ed il suo scorrere sono "variabili" costantemente presenti nell'osservazione clinica (setting) e nel rapporto terapeutico. «Nell'epoca attuale il 'presente' sembra perduto, divorato da cambiamenti tanto veloci da restare privi di qualsiasi spazio di gioco per il discorso delle loro ragioni. La nostra epoca ci appare 'senza presente'. Nell'istantaneità il presente dilegua. Con esso s'inabissa la ragione delle cose, perché s'annienta ogni tempo, durante cui darsene ragione».[19]

La *cronodesi* del paziente secondo Piro [17] deve essere intesa come la capacità che egli individuo possiede di adattare e sospendere il tempo proprio (tempo interiore) al tempo della storia, come un *legame al tempo*, agli orizzonti del mondo e degli altri. Questo *legame al tempo* si pone come una necessità psicoterapeutica e pratica interiore senza fine, nel duplice senso di tempo vitale e di coscienza del tempo.

8. Riflessione finale

Ancora oggi spiegare perché il mondo sembri *temporale*, abbia un valore e possieda un *ordine del tempo* appare una questione importante per chiunque svolga ricerca clinica, psicoterapia o analizzi *l'inconscio* oppure svolga osservazioni scientifiche negli svariati settori delle scienze umane. Nel nostro settore clinico sono certo che esista sempre la possibilità che il paziente diriga il suo sguardo interno su una *figura temporale* (nostalgia, rimpianto, rimorso, indifferenza, attesa, speranza, tristezza) e lo colga come reale e vivo, effettivamente esistente nella coscienza fenomenologica. Dal punto di vista psicologico, il tempo interiore appare connesso con i percorsi/obiettivi di cura e i processi interiori del paziente, la coscienza interiore del tempo e coincide con il tempo durata, la curva della propria vita, le stagioni della vita e soprattutto con la *cronodesi*. Tale tempo umano è scandito anche dagli eventi fisiologici, i quali rappresentano il substrato delle nostre modificazioni, da cui dipendono l'esperienza del tempo, la coscienza del tempo e delle mutazioni umane. D'altro canto il tempo può essere esso stesso all'origine delle distorsioni temporali, delle patologie psichiche, mentre il disturbo consuma e sfinisce il corpo vissuto. Durante la pratica clinica, ci troviamo di fronte a precise "relazioni temporali" vissute

dal paziente, che delimitano completamente la vita della persona. Assistiamo, riguardo al tempo vissuto, a varie manifestazioni temporali: dell'*uno vicino all'altro* (il passato vissuto vicino al presente; il futuro vissuto vicino al presente e viceversa), dell'*uno sopra l'altro* (il predominio del passato vissuto sul presente come nel caso della malinconia; del futuro vissuto sul presente come nel caso della mania; del presente vissuto sul passato o sul futuro) dell'*altro dentro l'altro* (il presente-passato che si unisce: la memoria; il presente-futuro: l'attesa e la speranza).

Riuscire a cogliere tali relazioni temporali, oggetto di riflessione psicoterapeutica, non è semplice per un terapeuta durante lo svolgimento di una seduta. Naturalmente ogni esperienza vissuta si colloca nel tempo durata (la misura), appare non come una cosa e trova posto nella temporalità interiore. Ogni tempo vissuto (apparizione) non è cosa semplice, non è sempre vicino alla coscienza riflettente, distante o non distante, e così via.

Le patologie/distorsione del tempo sono dunque molto spesso, nel loro manifestarsi, difficili da indagare. Il nostro compito è pur sempre quello di fornire la più accurata descrizione possibile, pur essendo immersi nella relazione terapeutica, delle *sofferenze oscure, delle modalità della vita vissuta, dei modi soggettivi/intersoggettivi*, di ciò che provano i pazienti al fine di supportarli nella loro ricerca di mutazioni. In genere il paziente sceglie la forma in cui *proiettare* il suo passato davanti a sé, la forma in cui proiettare sé stesso nel futuro e selezionare un aspetto del futuro che gli renda possibile il vivere. *Il passato è ciò che fu, così come mi appare oggi, il futuro ciò che verrà, così come mi si fa incontro oggi* [8]. Il vero problema, nel tentativo di «andare incontro alle cose stesse» è, soprattutto quello di realizzare una riflessione sul senso profondo delle esperienze temporali che ogni persona vive (patisce) e compie di fronte alla realtà, al *mondo-della-vita*. Al di là di ogni classificazione diagnostica la sofferenza psichica si muove nel tempo così come lo percepiamo e alcune domande rimangono aperte mentre molta strada occorre percorrere: *l'analisi storico-critica e critico-epistemologica del tempo vissuto; l'elaborazione di una metodologia terapeutica, estensionale e connessionale dell'accadere umano nel campo sociale; la ripresa-valorizzazione del concetto operativo e riflessivo di «cronodesi» nel campo della cura; la stesura del programma di cura che tenga conto del tempo vissuto/cronodesi; l'approfondimento degli «aspetti trasformativi» (mutamento personale individuale) sulla «cura temporale», sull'identità e la sofferenza oscura, sulla «scena» dei rapporti interumani*. Nel sondare le profondità non si possono dunque trascurare il tempo interiore e l'esperienza diversa che ognuno ne fa. Può trattarsi di volta in volta di un *tempo sospeso*, come nel sogno, o di un *tempo frammentato/spezzato*, come nella *memoria lacerata* (nei casi dell'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. La *coscienza riflettente* (metacognizione) è la struttura che mantiene in sé il futuro. È tale meccanismo della *ritenzione-ora* a rendere possibile la rimemorazione del passato (poiché il *ricordato-adesso* è anch'esso presente). Il futuro è l'obiettivo implicito di ogni percorso di cura, la protensione di tale *ritenzione-ora-dell'appena* stato nel-

l'istante.

Per terminare, prendendo a prestito le parole usate da Paul Klee, lo scopo di ogni percorso di cura del tempo interiore e della cronodesi non è, riguardo il flusso interiore, «di rendere il visibile, ma di rendere visibile» ogni forma di legame al tempo. Quindi il nostro argomento ci porta a ipotizzare che necessariamente il *tempo* evolva dal passato verso il futuro, attraversando il tempo presente. Tuttavia a volte accade che, tale discorso sul tempo, come sosteneva Einstein ci conduca a immaginare che «la divisione tra passato, presente e futuro ha solo il valore di un'ostinata illusione».

BIBLIOGRAFIA

1. Errico, G. (2022). Il tempo vissuto e l'atto di comprensione della sofferenza psichica. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*: V. 4 N. 1 (2022): Gennaio - Giugno 2022
2. Minkowski, E. (2004). Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia. Torino: Einaudi.
3. Borgna, E. (2014). La solitudine dell'anima. Milano: Feltrinelli, 36.
4. Husserl, E. (1965). Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Torino: Einaudi, 65-67.
5. Piro, S. (1997). Introduzione alle antropologie trasformazionali. Napoli: La città del sole.
6. Minkowski, E. (2017). Il problema del tempo vissuto. Milano: Mimesis, 94-95.
7. Masullo, A. (1995). Il tempo e la grazia. Per un'etica attiva della salvezza. Roma: Donzelli.
8. Sant'Agostino (1996). Le Confessioni. Milano: Mondadori, 127.
9. Rovelli, C. (2017). L'ordine del tempo. Milano: Adelphi, 25.
10. Einstein, A. (2002). Grundzüge der Relativitätstheorie. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 5.
11. Ariemma, T. (2006). Sensibilità del tempo: Henry e Derrida lettori delle Lezioni del 1905 di Husserl. *Rivista di estetica*, 33, 2 (<https://doi.org/10.4000/estetica.4351>).
12. Queneau, R. (1987). La domenica della vita. Torino: Einaudi, 132.
13. Husserl, E. (2007). *Esperienza e giudizio. Ricerche sulla genealogia della logica redatte e editate da Ludwig Landgrebe*. Milano: Bompiani, 429-431.
14. Galimberti, U. (2006). Psichiatria e fenomenologia. Milano: Feltrinelli, 191-192.
15. Husserl E. (2002). Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo. Torino: Einaudi, vol. I, 61-63.
16. Van den Berg, J.H. (1961). Fenomenologia e psichiatria. Milano: Bompiani.
17. Piro, S. (2005). Trattato della ricerca diadromico-trasformazionale. Napoli: La città del sole, 160.
18. Piro, S. (1986). Trattato sulla psichiatria e le scienze umane, Vol. I°: Euristica connessionale. Napoli: Idelson, 388-395.

© 2022 by authors. Inviato per una possibile pubblicazione ad accesso aperto (open access) secondo i termini e le condizioni della licenza Creative Commons Attribution (CC BY) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

RICERCA ORIGINALE

Stile di attaccamento sentimentale e stati depressivi in gravidanza: studio osservazionale su gestanti nei corsi di preparazione al parto

Antonio Capodilupo¹

¹ UOC Integrazione socio-sanitaria e non-autosufficienza ASL Latina (già Direttore - in quiescenza)



Citation

Capodilupo A. (2022).
Stile di attaccamento sentimentale
e stati depressivi in gravidanza:
studio osservazionale su gestanti
nei corsi di preparazione al parto
Phenomena Journal, 4, 31-49.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.167>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Capodilupo
antonioacapodilupo@gmail.com

Ricevuto: 1 ottobre 2022

Accettato: 21 novembre 2022

Pubblicato: 21 novembre 2022

ABSTRACT

Attachment is a primary need, the models of which develop in childhood, in the relationship with the mother and the reference figures, and are reproduced in adult life, integrated with care and sexuality. The woman's sentimental attachment styles affect depressive states (maternity blues and post-partum depression), which she may experience during her pregnancy. The survey, conducted on 73 women participating in childbirth preparation courses through a semester, in a Lazio family advisory bureau, intends to detect the state of their mood in the third trimester of pregnancy and to confirm the association, in the literature, between the insecure styles and the depressive state. The Self-rating Depression Scale questionnaire, to measure depression in everyday life, the Edinburgh Post Natal Depression Scale, to measure depression related to pregnancy, and the Experiences in Close Relationships-Revised, with the dimensions of Anxiety and Avoidance, to detect the matured attachment style, were delivered for self-administration and all instruments were returned by the participant pregnant women. The average level of depression in the contingent is lower than the values of the validation sample: 39.8 included in the medium-low range between 32 and 43 of the Self-rating Depression Scale; 6.6 far from the level 12 of depressive risk at the Edinburgh Post Natal Depression Scale. However, a handful of pregnant women (14.66%) rank high on the Edinburgh Post Natal Depression Scale and one of them also on the Self-rating Depression Scale. Even in attachment, the averages are low compared to the validation sample: the Anxiety dimension with 45.3 versus 56.08 and the Avoidance dimension with 43.2 versus 32.87; however, 9.59% have a high level of Anxiety and 8.22% have a high level of Avoidance. Pearson's test detects significantly positive correlations between the two anxiety measures ($r = 0.686$, $p < .05$); the correlations between the Edinburgh Post Natal Depression Scale and Self-rating Depression Scale values are also positive with respect to Anxiety (respectively: $r = 0.464$ and 0.409 , $p < .01$) and Avoidance (respectively: $r = 0.266$ and 0.245 , $p < .05$). The regression analysis profiles the Anxiety dimension as the most predictive of the depressive state. The study confirms the findings in the literature and, in addition, suggests investigating the partner's attachment style as well, to observe its protective or harmful impact in the couple, proposes to intervene specifically towards pregnant women in the high range of depression and Anxiety and advises to involve mates with a supportive role.

KEYWORDS

Emotional attachment to the partner, risk of post-partum depression, support from the partner.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'attaccamento è un bisogno primario, i cui modelli si sviluppano nell'infanzia, nel rapporto con la madre e le figure di riferimento, e si riproducono nella vita adulta, integrati con l'accudimento e la sessualità. Gli stili di attaccamento sentimentale della donna incidono sugli stati depressivi (*maternity blues* e depressione post-partum), che ella può esperire durante il percorso della gravidanza. L'indagine, condotta su 73 donne partecipanti ai corsi di preparazione al parto, tenuti per un semestre in un consultorio familiare laziale, intende rilevare lo stato del loro umore al terzo trimestre di gravidanza



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

e confermare l'associazione, rinvenuta in letteratura, tra gli stili insicuri e lo stato depressivo. Sono stati consegnati per autosomministrazione e tutti restituiti i questionari Self-rating Depression Scale, per misurare la depressione nell'ambito quotidiano, l'Edinburgh Post Natal Depression Scale, per misurare la depressione relativa al vissuto gravidico, e l'Experiences in Close Relationships-Revised, nelle dimensioni di Ansia ed Evitamento, per rilevare lo stile di attaccamento maturato. Il livello medio della depressione nel contingente è inferiore ai valori del campione di validazione: 39,8 compreso nella fascia medio-bassa tra 32 e 43 della Self-rating Depression Scale; 6,6 distante dalla quota di 12 di rischio depressivo all'Edinburgh Post Natal Depression Scale. Tuttavia, un gruppetto di gestanti (14,66%) si colloca in fascia alta alla Edinburgh Post Natal Depression Scale e una di esse anche alla Self-rating Depression Scale. Anche nell'attaccamento, le medie risultano basse rispetto al campione di validazione: la dimensione Ansia con 45,3 contro 56,08 e la dimensione Evitamento con 43,2 contro 32,87; tuttavia, il 9,59% presenta alto livello di Ansia e l'8,22% alto livello di Evitamento. Il test di Pearson rileva correlazioni significativamente positive tra le due misure di ansia ($r = 0,686$, $p < .05$); risultano positive anche le correlazioni tra i valori di depressione dell'Edinburgh Post Natal Depression Scale e della Self-rating Depression Scale rispetto all'Ansia (rispettivamente: $r = 0,464$ e $0,409$, $p < .01$) e all'Evitamento (rispettivamente: $r = 0,266$ e $0,245$, $p < .05$). L'analisi della regressione profila la dimensione Ansia come maggiormente predittiva dello stato depressivo. Lo studio conferma le risultanze in letteratura e, a integrazione, suggerisce di indagare anche lo stile di attaccamento del partner, per osservarne l'impatto protettivo o lesivo nella coppia, propone di intervenire specificamente verso le gravide in fascia alta di depressione e di Ansia e consiglia di coinvolgere i compagni con ruolo supportivo.

PAROLE CHIAVE

Attaccamento sentimentale al partner, rischio di depressione post partum, supporto dal partner

1. Introduzione

La teoria dell'attaccamento è considerata come una delle spiegazioni più convincenti e studiate riguardanti le relazioni sentimentali adulte [1].

Bowlby [2-5] formulò l'idea primaria che, per un attaccamento sano nel legame madre – bambino (o figura di attaccamento – bambino), siano fondamentali la vicinanza (il contatto), una base sicura (il senso di sicurezza) e un rifugio sicuro (il conforto e la protezione). Successivamente, notò che il legame che si stabiliva nelle relazioni adulte presentava notevoli somiglianze con quello originario madre-bambino; perciò, indicò come “modelli operativi interni” (*internal working models*) le rappresentazioni di sé stessi, delle proprie figure d'attaccamento e del mondo, che si mantengono relativamente stabili e che vengono utilizzate per rapportarsi con il mondo.

Mary Ainsworth [6-7] identificò uno stile di attaccamento sicuro e due insicuri (evitante o distanziante, ambivalente o ansioso/preoccupato), cui M. Main e J. Solomon [8] aggiunsero lo stile disorganizzato o disorientato.

Le persone sicure (*pattern B*) ricercano l'intimità preoccupandosi poco dell'abbandono, si aprono facilmente, sono ben disposte a dedicarsi al partner in caso di bisogno, hanno la capacità di affrontare e superare le avversità della vita e di gestire il proprio stress emozionale e le emozioni espresse dal partner.

Anche le persone con uno stile di attaccamento preoccupato (*pattern C*) cercano l'intimità; tuttavia, tendono a mostrare elevati livelli di ansia riguardo l'abbandono, sono socialmente riservate, per paura del personale coinvolgimento nell'intimità, sono di-

pendenti e gelose verso il partner.

Le persone con uno stile di attaccamento distanziante (*pattern A*) sono caratterizzate da elevati livelli di evitamento dell'intimità e scarsi livelli di ansia riguardo l'abbandono.

Le persone con uno stile di attaccamento disorganizzato o disorientato (*pattern D*) non riescono a organizzare uno stile coerente e unitario di attaccamento, non presentano un comportamento organizzato nei confronti della figura di attaccamento, fanno rapidi cambi di direzione relazionale in senso opposto, possono manifestare paura (come immobilizzazioni, espressioni facciali spaventate) o confusione (sguardo assente, disorientamento).

Le ricerche sull'attaccamento adulto si sono sviluppate dalla metà degli anni Ottanta, con l'elaborazione dell'intervista semi-strutturata *AAI – Adult Attachment Interview* di George, Kaplan e Main [9], la cui somministrazione ha confermato la riproduzione, in età adulta, dei modelli operativi sviluppati in età infantile.

Patricia M. Crittenden [10-12], successivamente, indagando famiglie ad alto rischio psicosociale, sviluppò un approccio teorico, noto come “Modello dinamico-maturativo”, secondo cui l'esperienza crea delle possibilità di cambiamento dell'attaccamento, cioè delle “riorganizzazioni”, e i *pattern* insicuri possono dimostrarsi adattativi in ambienti ad alto rischio: perciò, ogni stile di attaccamento comporta aspetti adattativi e non adattativi.

Le due posizioni trovano ragione nel fatto che le relazioni nell'attaccamento infantile sono necessariamente “asimmetriche”, poiché il bambino riceve protezione da parte del genitore e non il contrario, mentre le relazioni nell'attaccamento adulto sono tipicamente reciproche (rapporti di amicizia, legami amorosi di coppia, relazione dei giovani adulti con i propri genitori) [13]. Perciò, restando confermata la riproduzione dell'attaccamento infantile nelle caratteristiche dell'attaccamento adulto, secondo le evidenze dimostrate da George, Kaplan e Main [9], può supporre, secondo il modello di Crittenden [10-12], che possano formarsi delle “riorganizzazioni” di attaccamento nel nuovo “ambiente”, che si crea con la relazione sentimentale, potendo il rapporto con il partner essere protettivo o nocivo.

Anche nello stadio adulto, la relazione di attaccamento, come già formulata da Bowlby [2-5], si esprime nella ricerca della vicinanza, nella protesta per la separazione e come base sicura [14].

Tuttavia, gli studi sull'attaccamento sentimentale adulto, che si stabilisce tra partner duraturi, hanno dimostrato che l'attaccamento, pur nelle tre dimensioni testé riferite, da solo non basta a spiegarne la dinamica, poiché il rapporto di coppia comprende sistemi che favoriscono la protezione dai pericoli (l'attaccamento), sistemi che garantiscono l'accudimento o *care-giving* (cibo, pulizia, cure corporee) e sistemi che garantiscono un'efficace riproduzione (la sessualità) [14-15].

Non tutte le relazioni di coppia soddisfano queste caratteristiche: una relazione, che non offre conforto e sicurezza e si basa soltanto sulla attrazione sessuale, si configura come una relazione tra amanti; ma, anche l'espressione della sessualità genitale è indispensabile, altrimenti il legame risulta simile a quello tra parenti o tra amici [16].

Bartholomew [17] individua due tipi di modelli operativi interiorizzati: il Modello di Sé e il Modello dell'Altro, che, polarizzati nel verso positivo e negativo (il Sé come meritevole *versus* non meritevole di amore e di sostegno, l'Altro come affidabile e disponibile *versus* inaffidabile e rifiutante), compongono il modello in Figura 1:

Figura 1. Stili di attaccamento per Modello del Sé e dell'Altro

		Modello del Sé (Livello di Dipendenza)	
		Positivo (Bassa Dipendenza)	Negativo (Alta Dipendenza)
Modello dell'Altro (Livello di Evitamento)	Positivo (Basso Evitamento)	Riquadro 1 <i>Sicuro</i> A proprio agio con l'intimità e autonomo	Riquadro 2 <i>Preoccupato</i> Iperdipendente e preoccupato per le relazioni
	Negativo (Alto Evitamento)	Riquadro 4 <i>Distaccato/Svalutante</i> Negazione dell'importanza dell'attaccamento, rifiuto dell'intimità e della dipendenza	Riquadro 3 <i>Timoroso</i> Timore dell'attaccamento e dell'intimità. Evitamento sociale

Le quattro fattispecie di modelli si riscontrano anche nelle relazioni sentimentali: sicuro nel 55% dei casi, evitante nel 25%, preoccupato e timoroso nel 20% [18]; di esse le ricerche hanno esplorato la qualità dell'attaccamento al partner, quali la comunicazione, il livello di soddisfazione, la regolazione delle emozioni [19-22].

Talune ricerche si sono concentrate sull'associazione tra lo stile di attaccamento della donna e il rischio o lo stato depressivo di lei gestante.

La gravidanza, infatti, è un evento complesso, nella vita della donna, in cui i processi psicosomatici sono direttamente influenzati da fattori relazionali, affettivi e sociali [23], tali per cui a stati d'animo di completezza e di felicità, si accompagnano, frequentemente, cambiamenti d'umore e sentimenti "*baby blues*" o "*maternity blues*" o "tristezza post-natale", e, meno frequentemente, anche depressione post-partum (DPP).

Nel primo trimestre, le donne riportano ansie per ciò che si è fatto o ingerito prima del concepimento, paure sulla salute del bambino, dubbi in ordine al procedere della gestazione; nel secondo trimestre, l'avvertire i movimenti del bambino nella pancia procura uno stato di serenità, con minori preoccupazioni sulla salute del feto; nel terzo trimestre, montano l'angoscia per il parto, il senso di inadeguatezza sulla competenza nel crescere il bambino, il timore di non riuscire nell'allattamento naturale,

l'apprensione per la qualità del rapporto di coppia [24-25].

La condizione di *maternity/baby blues* è detta anche “sindrome del terzo giorno”; infatti, emerge tipicamente 2-3 giorni dopo il parto e scompare entro una decina di giorni circa. È caratterizzata da ansia, pianto frequente, stanchezza, ipersensibilità, instabilità dell'umore, tristezza, confusione. Ne è interessato il 50-80% delle neo-mamme. La donna lamenta difficoltà nell'addormentamento e nell'alimentazione; si domanda se sia in grado di prendersi cura del proprio bambino e di assumersi le giuste responsabilità [26].

Nella depressione post-partum invece, lo stato di umore alterato dura molto di più: la mamma tende a non rasserenarsi, continua ad essere nervosa, irritabile, triste o a non volersi occupare del bambino, ad avere disturbi del sonno o dell'alimentazione. Talora, la depressione inizia a manifestarsi anche tre, quattro mesi dopo il parto. Essa può occorrere sia durante la gravidanza, nel 4-15% delle donne, sia dopo che il bambino è nato, nel 12-15% delle donne: per alcune può trattarsi del primo episodio patologico, per altre è il seguito di precedenti episodi depressivi [27-28].

Circa la connessione tra questi stati emotivi e lo stile di attaccamento sentimentale della donna, gli studi convergono nel trovare correlazione tra lo stile sicuro e un minor grado di disagio gravidico e tra gli stili insicuri e la depressione perinatale.

Monk, Leight, Fang [29], in un contingente di 186 donne valutato sull'Asse I del DSM-IV-TR, confrontando il sottogruppo sano con quello a diagnosi psichiatrica, hanno ottenuto, nel primo, punteggi più alti in termini di sicurezza ($t = -3,47$, $p \leq 0,001$) e più bassi in termini di paura dell'attaccamento ($t = -2,32$, $p \leq 0,05$).

Aceti et al. [30], su un contingente di 253 donne al terzo trimestre di gravidanza, hanno confrontato 22 soggetti, che hanno riportato un punteggio ≥ 12 all'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) con controlli sani. La diagnosi di DPP è stata confermata dall'intervista clinica strutturata per i Disturbi dell'Asse I del DSM-IV (SCID-I). A entrambi i gruppi è stato somministrato l'*Experience in Close Relationship* (ECR). I sintomi depressivi post-partum erano associati con uno stile di attaccamento insicuro (ECR ansioso ed evitante, rispettivamente: $\chi^2 = 4,7$, $p < 0,05$ e $\chi^2 = 5,9$, $p < 0,05$) rispetto ai controlli sani.

Ikeda, Hayashi, Kamibeppu [31] hanno intervistato un gruppo di 84 donne, durante la trentaduesima settimana di gravidanza, utilizzando l'*Attachment Style Interview*. Ad un mese dal parto, le gestanti sono state valutate per i sintomi depressivi, utilizzando l'intervista neuropsichiatrica *Mini-International*. Uno stile di attaccamento insicuro era significativamente correlato alla depressione. Un'analisi di regressione logistica multipla ha mostrato effetti significativi per attaccamento insicuro, stato economico sociale e depressione prenatale sulla DPP.

In un nuovo studio, Aceti et al. [32] hanno effettuato uno screening su un campione di 453 donne, durante il terzo trimestre di gravidanza, alle quali sono state somministrate l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e l'*Experience in Close Relationship* (ECR). Sulla base dei risultati ottenuti alla EPDS, sono stati selezionati un gruppo clinico di donne con depressione in gravidanza ($D = 89$) e un gruppo di controllo ($C = 89$), confrontati in relazione a diverse variabili, tra cui lo stile di at-

taccamento. L'ECR ha mostrato uno stile di attaccamento prevalente di tipo "Timoroso" nel gruppo D (29,2% vs 1,1%, $p = 0,000$); inoltre, le dimensioni della ECR ("Evitamento", "Ansietà") sono risultate correlate con la gravità dei sintomi depressivi.

Meuti et al. [33] spiegano che l'attaccamento insicuro è connesso a una negativa rappresentazione di sé e degli altri.

Samuel et al. [34] indicano che i livelli prenatali del neuropeptide ossitocina (OT) sono inversamente correlati alla sintomatologia depressiva e che livelli di OT inferiori sono stati trovati tra coloro che erano attaccati in modo insicuro.

Esaminando un'ampia letteratura, Papapetrou, Panoulis, Mourouzis, Kouzoupis [35] concludono che, nel percorso gravidico, l'attaccamento insicuro è associato a depressione perinatale, depressione post-partum, ansia perinatale e sintomi da stress post-traumatico, mentre la "sicurezza" espressa da un forte sostegno intra-coniugale offre una barriera protettiva contro le avversità, consentendo alle donne di rimanere più calme e fare un uso migliore delle proprie risorse emotive e sociali.

Il presente lavoro, svolto in occasione di corsi consultoriali di preparazione alla nascita, ricerca conferma alle evidenze in letteratura sulla connessione tra lo stile di attaccamento sentimentale insicuro e la deflessione del livello emotivo delle gestanti al terzo trimestre di gravidanza, e, considerato il contesto applicativo in esame, propone considerazioni sia sulla reciproca influenza del rapporto sentimentale con il partner sia sulla partecipazione del partner al percorso gravidico.

2. Materiali e metodi

Lo studio osservazionale trasversale è stato condotto presso un Consultorio Familiare laziale, per un semestre, in occasione di quattro corsi di preparazione alla nascita, con donne al terzo trimestre di gravidanza.

Il campionamento non è probabilistico, poiché utilizza soggetti spontaneamente disponibili a partecipare allo studio; perciò, non è stato adottato nessun particolare criterio di inclusione/esclusione, se non la frequentazione dei corsi e l'adesione volontaria all'indagine, dopo averne conosciuta e accettata la finalità.

Per la raccolta dei dati, sono stati utilizzati tre questionari:

- *SDS – Self-rating Depression Scale* di Zung [36], composta da 20 item, che valutano la misura dello stato depressivo in atto: le norme stabiliscono un livello di depressione basso con un punteggio di 20-31, medio basso con 32-43, medio con 44-55, medio alto con 56-67, alto con 68-80. La consegna chiede alla donna di esprimere come si sia sentita nell'ultima settimana, presentando affermazioni attinenti ai vissuti rispetto alle situazioni varie della vita quotidiana (umore, sonno, alimentazione, sessualità, futuro ecc.);

- *EPDS – Edinburgh Post Natal Depression Scale* di Cox et al. [37], composta da 10 item e validata in italiano da Benvenuti et al. [38], il cui punteggio totale va da 0 a 30, ottenuto dalla soma dei punti 0-1-2-3 di ogni singolo item, per misurare la depressione nel periodo perinatale: gli autori propongono il *cut off* di non rischio/rischio

di depressione a 9-10 punti per gli studi di comunità, a 12-13 punti per le valutazioni cliniche; ma, anche con punteggio ≥ 12 , è necessario convalidare la diagnosi di depressione con una valutazione clinica. Questa scala, inizialmente progettata per valutare la depressione post-partum, può essere somministrata anche in ogni fase di gravidanza, poiché è stata convalidata come strumento di screening per la depressione minore o maggiore prenatale e post-partum [39]. Anche in questo test, la consegna chiede alla donna di esprimere come si sia sentita nell'ultima settimana, presentando tuttavia affermazioni attinenti a stati d'animo riferite al periodo gestazionale in atto; - *ECR-R - Experiences in Close Relationships-Revised* di Fraley, Waller e Brennan [40], questionario composto da 36 item, formato da due sottoscale di 18 item ciascuna, che valutano rispettivamente le dimensioni di Ansia rispetto all'abbandono ed Evitamento della vicinanza, riferite all'attaccamento nelle relazioni con i partner sentimentali. Il punteggio va da 1 a 7 in entrambi le dimensioni: nella dimensione Ansia, all'estremo basso, il soggetto ha una rappresentazione positiva di se stesso, che non necessita di convalide esterne, mentre, all'estremo alto, la considerazione positiva di sé può essere mantenuta solo attraverso l'approvazione da parte degli altri significativi; nella dimensione Evitamento, all'estremo basso, l'individuo si sente libero e perfettamente a suo agio nell'instaurare delle relazioni intime, all'estremo alto l'individuo evita di entrare in stretto contatto con gli altri, nutrendo aspettative negative nei confronti di questi ultimi.

La versione italiana, rielaborata da quella dell'ECR di Picardi et al. [41], è validata da Calvo [42], il quale, tuttavia, conclude il suo contributo evidenziando la necessità di ulteriori conferme per i risultati ottenuti, in particolare esaminando un gruppo più numeroso di soggetti.

In letteratura, i punteggi del questionario sono presentati talvolta in termini di punteggio totale, altre volte in termini di punteggio medio per item. In Tabella 1a sono presentati entrambi i punteggi, del tutto equivalenti, per rendere più agevole la comparazione con i dati dei vari studi in letteratura [43].

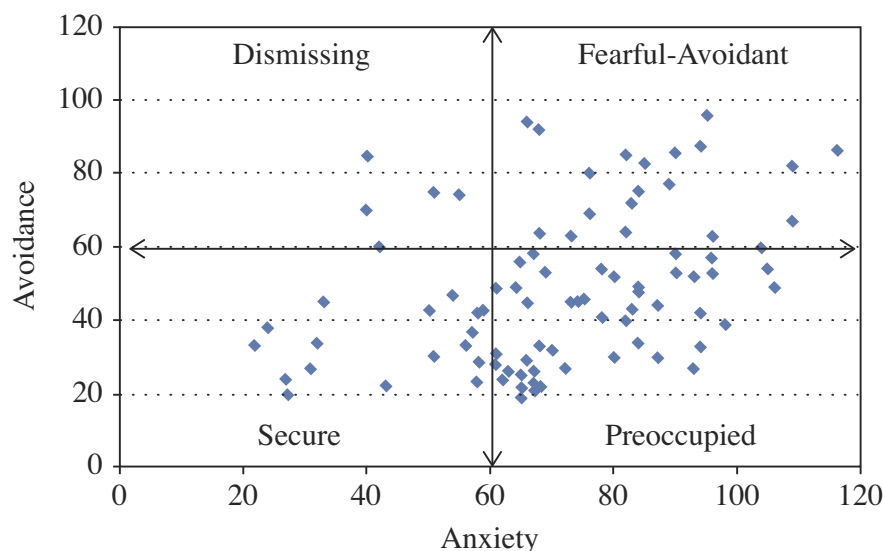
Tabella 1a. Punteggi medi delle Scale di Ansia ed Evitamento (fonte: Busonera, 2015)

	Punteggio come somma degli item	Punteggio come media degli item
Ansia	M = 56.08 DS = 18.18	M = 3.11 DS = 1.01
Evitamento	M = 32.87 DS = 13.51	M = 2.19 DS = 0.90

Lo strumento a due dimensioni dell'ECR-R profila i quattro stili di attaccamento, classicamente identificati: sicuro (bassa ansietà/basso evitamento), preoccupato (alta ansietà/basso evitamento), distanziante-evitante (bassa ansietà/alto evitamento), timoroso-evitante (alta ansietà/alto evitamento).

Posto che, per ciascuna dimensione, il punteggio va da 18 a 126, Meuti et al. [33] collocano a 60 il valore oltre il quale lo stile, clinicamente, transita da sicuro nelle tre classi di insicurezza (Figura 2):

Figura 2. Quadranti degli stili di attaccamento secondo le dimensioni dell'ECR-R (fonte: Meuti, 2015)



Il livello dei quattro stili di attaccamento, pertanto, può essere iscritto in fasce: lieve 18-40, media 41-60, alta >60.

L'esame della validità convergente dello strumento, effettuato da Busonera [43], riscontra la correlazione positiva tra le due dimensioni di Ansia ed Evitamento e i tre stili di attaccamento insicuro, la correlazione inversa tra le prime e lo stile di attaccamento sicuro (Tabella 1b):

Tabella 1b. Correlazione tra le dimensioni ECR-R e le tipologie di attaccamento (fonte: Busonera, 2015)

ECR-R	Prototipi RQ			
	Sicuro	Timoroso	Preoccup.	Svalutante
ansia	-.319**	-.443**	-.411**	-.059
evitamento	-.356**	-.345**	-.153*	-.194**

** Correlazione significativa al livello .01 (due code)

* Correlazione significativa al livello .05 (due code)

Nella consegna, è precisato che con il termine “partner”, contenuto negli item, “*si intende esclusivamente un partner sentimentale (ad es. la propria ragazza o il proprio ragazzo, la fidanzata o il fidanzato, il proprio coniuge), e quindi non parenti, amici o colleghi*”, per cui lo stile di attaccamento rilevato si applica al modello operativo interno, che tipicamente è praticato nelle relazioni sentimentali vissute, compresa quella attuale con il marito o il compagno.

I questionari sono stati auto-somministrati in forma anonima, recando la sola indicazione delle variabili socio-demografiche.

I dati raccolti sono stati sintetizzati con indici di centralità e di dispersione (media, deviazione standard, minimo e massimo) relativamente alle variabili socio-demografiche, agli stati depressivi misurati con la SDS e con la EPDS e alle dimensioni di Ansia e di Evitamento misurate con il questionario ECR-R.

I valori ottenuti sono confrontati con i valori medi di riferimento, riportati negli studi di validazione degli strumenti SDS ed EPDS.

I soggetti esaminati sono stati distribuiti nelle caselle di frequenza, assoluta e relativa, dei livelli di depressione in entrambi i test di Zung ed Edinburgo e nelle dimensioni di Ansia ed Evitamento dell’ECR-R.

La correlazione tra le due scale della depressione, analizzata mediante il coefficiente r di Pearson, è intesa a valutare la reciproca influenza dello stato depressivo vissuto, afferente rispettivamente ai vissuti di vita quotidiana in generale e al percorso gravidico in particolare.

L’analisi della regressione tra le quattro variabili (depressione in SDS e in EPDS, Ansia ed Evitamento in ECR-R) ha inteso rilevare la dimensione, che esercita il maggiore impatto sulle altre.

In tutti i test statistici applicati è stata scelta la significatività con una misura della probabilità inferiore allo 0,05 ($p < .05$).

3. Risultati

Il campione si compone di n. 73 donne al terzo trimestre di gravidanza, frequentanti corsi di preparazione alla nascita.

Le caratteristiche socio-demografiche registrano un’età media di 32 anni (d.s. = 5,0), da un minimo di 20 a un massimo di 44 anni. Per stato civile, 35 donne sono coniugate (47,9%), 35 sono conviventi (47,9%), 3 sono singole (4,2%). Il titolo di studio posseduto è la laurea per il 30,1%, il diploma di scuola secondaria di secondo grado per il 61,6%, la licenza di scuola secondaria di primo grado per l’8,3%. La gran parte del campione (94,5%) è alla prima gravidanza, mentre 4 donne riportano una parità >1; il periodo gravidico medio è alla 32,7a settimana, da un minimo di 25 a un massimo di 37 settimane; il 19,2% del contingente ha vissuto l’esperienza di uno o più aborti spontanei.

Nelle dimensioni esaminate, il campione riporta i seguenti valori centrali (Tabella 2):

Tabella 2. Statistiche descrittive delle variabili osservate

N = 73	Min	Max	Media	DS
EPDS	0	26	6,6	4,6
Depressione Zung	24	61	39,8	6,5
ECR-R Ansia	18	87	45,3	13,4
ECR-R Evitamento	28	89	43,2	11,4

Il punteggio medio alla scala di Edimburgo di 6,6 si pone distante dalla quota di 12 indicata come a rischio di depressione; il punteggio medio alla scala di Zung pari a 39,8 si colloca nella fascia medio-bassa, tra 32 e 43, del livello depressivo. Tabulate le frequenze dei punteggi per livelli depressivi, il 16,44% delle gravide supera la soglia del rischio depressivo alla EPDS (Tabella 3a); una donna manifesta uno stato depressivo medio-alto anche nel quotidiano rilevato dalla SDS (Tabella 3b).

Tabella 3a. Frequenza delle gravide rispetto al rischio depressivo su EPDS

Punteggio	v.a.	%
< 12	61	83,56
=> 12	12	16,44

Tabella 3b. Frequenza delle gravide rispetto al livello depressivo in SDS

Livello	v.a.	%
basso	6	8,22
medio-basso	48	65,75
medio	18	24,66
medio-alto	1	1,37
alto	0	0,00

Sul versante dell'attaccamento, le gestanti manifestano uno stato di Ansia di 45,3 basso rispetto al valore di 56,08 del campione di validazione, mentre nella dimensione Evitamento esse con il punteggio medio di 43,2 superano la media di 32,87 dello stesso campione normativo. Tabulate le frequenze dei punteggi per livello nelle dimensioni dell'ECR-R, il 9,59% dimostra alto livello di Ansia, l'8,22% dimostra alto livello di Evitamento (Tabella 3c).

Tabella 3c. Frequenza delle gravide rispetto al livello nelle dimensioni dell'ECR-R

Livello	Val.	Ansia	Evitamento
Basso	v.a.	22	30
	%	30,14	41,10
Medio	v.a.	44	37
	%	60,27	50,68
Alto	v.a.	7	6
	%	9,59	8,22

La correlazione tra le due scale della depressione è positiva, per un valore r di Pearson pari a 0,686, significativa al livello 0,01 (2-code) (Tabella 4a).

Tutte parimenti significative risultano le correlazioni tra EPDS (Tabella 4a) – SDS (Tabella 4b) e le dimensioni di Ansia e di Evitamento dell'ECR-R, indicando una associazione tra la variabile di depressione ed entrambi le dimensioni dell'attaccamento: la forza del legame è maggiore con la variabile Ansia, rispetto alla variabile Evitamento.

Tabella 4a. Correlazione r di Pearson tra EPDS e dimensioni ECR-R

N = 73	EPDS	ECR_Ansia	ECR_Evitamento
EPDS	1	0,464**	0,266*
ECR_Ansia	0,464**	1	0,432**
ECR_Evitamento	0,266*	0,432**	1
** Correlazione significativa al livello 0,01 (2-code).			
* Correlazione significativa al livello 0,05 (2-code).			

Tabella 4b. Correlazione r di Pearson tra SDS e dimensioni ECR-R

N = 73	SDS	ECR_Ansia	ECR_Evitamento
SDS	1	0,409**	0,245*
ECR_Ansia	0,409**	1	0,432**
ECR_Evitamento	0,245*	0,432**	1
** Correlazione significativa al livello 0,01 (2-code).			
* Correlazione significativa al livello 0,05 (2-code).			

Nessuna significatività statistica, invece, è emersa correlando l'età e la settimana gestazionale delle donne con le variabili di depressione e di attaccamento in esame.

L'analisi della regressione riporta, ai test F effettuati, valori tutti significativi ad un livello inferiore alla misura di probabilità dello 0,05% (Tabella 5).

Emerge che sullo stato depressivo gravidico in EPDS, come variabile dipendente, incidono, per valore di correlazione più elevato, sia la depressione misurata in SDS sia la dimensione dall'Ansia/dipendenza misurata in ECR-R; a seguire e per corrispettivo, sullo stato depressivo in SDS, incidono sia lo stato depressivo gravidico in EPDS sia l'Ansia/dipendenza dell'ECR-R; sulla dimensione ansia/dipendenza in ECR-R incidono particolarmente l'Evitamento in ECR-R e depressivo gravidico in EPDS; in ultimo, la dimensione Evitamento in ECR-R risente maggiormente del livello di Ansia/dipendenza pure in ECR-R.

L'Ansia/dipendenza, dunque, appare come la variabile a più frequente impatto sullo stato depressivo nel campione esaminato.

Tabella 5. Regressione tra le variabili depressione in SDS ed EPDS e le dimensioni dell'ECR-R

VI - Variabili indipendenti	VD - dipendente	Correlazione multipla	Varianza spiegata	Test F	Significatività	VI significative (p <.05)
EPDS, SDS, ECR_Evitamento	ECR_Ansia	0,572	0,327	11,186	0,000	ECR_Evitamento (.002) SDS (.036) EPDS (.040)
EPDS, SDS, ECR_Ansia	ECR_Evitamento	0,440	0,194	5,521	0,020	ECR_Ansia (.002)
SDS, ECR_Ansia, ECR_Evitamento	EPDS	0,716	0,512	24,17	0,000	SDS (.000) ECR_Ansia (.040)
EPDS, ECR_Ansia, ECR_Evitamento	SDS	0,685	0,482	21,436	0,000	EPDS (.000) ECR_Ansia (.336)

4. Discussione

Il contingente delle gestanti esaminato, nel complesso, non presenta segnali evidenti di disturbo depressivo, dal momento che le medie alle scale SDS ed EPDS sono inferiori a quelle dei campioni di validazione degli strumenti.

Collocate, tuttavia, le posizioni individuali rispetto al *cut off* di rischio depressivo, gravidanza specifico, situato a 12 nell'EPDS, il 16,44% ne supera il livello, in misura che corrisponde a quanto rilevato da Cox et al. [27] e dalla Queensland Association [28]: su di esse va portata attenzione, per un possibile approfondimento clinico, volto a prevenire l'insorgenza di un franco disturbo, poiché si rinviene, nelle ricerche, che donne manifestanti depressione durante la gravidanza, ne soffrano anche dopo il parto [44-45].

La correlazione, positiva e significativa, tra le scale SDS ed EPDS, esprime la sostanziale sovrapposibilità tra l'umore rilevato in condizioni generali (SDS) e lo stato d'animo situazionale in gravidanza, precursore di *maternity/baby blues* o a rischio di depressione post-partum (EPDS).

Nello stile di attaccamento, la misura media dell'Ansia si presenta più elevata di quella dell'Evitamento, così come in altre ricerche [42,46-47]; rileva e merita approfondimento il fatto che la dimensione Evitamento supera la media del campione di validazione, come se il gruppo di gestanti mostrasse di evitare di entrare in stretto contatto con gli altri, nel terzo trimestre di gravidanza, nutrendo una certa diffidenza nei confronti del partner, attribuibile verosimilmente alle apprensioni sul rapporto di coppia in questo periodo (aumentata distraibilità, diminuita sessualità, volontà di presenza/non presenza del marito/compagno in sala parto) e ai timori di incompetenza materna nelle imminenti cure del bambino.

Anche nell'attaccamento, si riscontrano posizioni individuali di livello alto in entrambi le dimensioni: 9,59% nell'Ansia e 8,22% nell'Evitamento. In letteratura, l'Ansia nelle relazioni, in generale, implica un modello di sé negativo [48-49]; nelle relazioni sentimentali, essa è associata con strategie iper-attivanti, nevroticismo e ansia generalizzata [21, 50-51]. L'Evitamento, indicativo della difficoltà di approccio e fiducia tra i partner, nelle ricerche, è stato trovato associato alla depressione [52].

Le correlazioni, positive e significative, tra le due scale di depressione, SDS ed EPDS, e le due dimensioni dell'ECR-R, Ansia ed Evitamento, danno conferma di quanto già evidenziato in precedenti ricerche, riportate nel paragrafo introduttivo [30-32]. Rileva, in questo studio, l'incidenza della dimensione Ansia sulla DPP, riscontrata nell'analisi della regressione e comprovata da altre ricerche.

Nell'indagine di Chi, Zhang, Wu, Wang [53], un totale di 506 madri, di età pari o superiore a 23 anni, a tre anni dal parto ha completato un sondaggio online, che comprendeva la rilevazione dello stile di attaccamento, con l'*Attachment Style Interview*, e dello stato depressivo, con il CES-D - *Center for Epidemiological Studies-Depression* [54]. Circa il 30% delle madri, a 1-3 anni dopo il parto, ha riportato sintomi al di sopra del punteggio di *cut-off* ≥ 16 nel CESD, associati al rischio di depressione (28,0% nel primo anno, 30,8% nel secondo anno e 31,8% al terzo anno). Uno stile di attaccamento più ansioso era fortemente correlato a un rischio maggiore di depressione post-partum.

Bianciardi et al. [55] hanno somministrato vari questionari di autovalutazione (ASQ - *Attachment Style Questionnaire*, PSS - *Perceived Stress Scale*, LTE-Q *List of Threatening Experiences* ed EPDS) a un campione di 572 donne al terzo trimestre di gravidanza. Un mese dopo il parto, l'EPDS è stato somministrato tramite intervista telefonica, trovando il 10,1% delle donne con depressione durante la gravidanza e l'11,1% nel periodo post-partum. Diverse dimensioni dello stile ansioso di attaccamento insicuro erano associate alla depressione sia prenatale che postnatale.

Le funzioni di attaccamento e di accudimento da parte del partner nei confronti della compagna sono importanti soprattutto nei momenti cruciali per la donna incinta e per la neomamma.

In ordine al sostegno offerto, infatti, il ruolo del partner assume la qualità del supporto sociale che, sia nel contesto della coppia che nel contesto familiare e comunitario, è riconosciuto come importante fattore protettivo.

Secondo Teti e Gelfand [56] e Goldstein e coll. [57] il supporto sociale è uno dei fattori che positivamente influenzano la "*maternal sensitivity*", definita come la capacità da parte della madre di comprendere i bisogni non solo fisici del bambino e di rispondere ad essi in modo adeguato e contingente [58-59], per aiutarlo nella crescita e nel processo di sintonizzazione socio-emotiva [60].

Broom [61] osserva che la percezione della partecipazione del marito alla vita coniugale è predittiva della "*maternal sensitivity*". Kivijarvi e colleghi [62] riscontrano che le madri che hanno i maggiori livelli di "*maternal sensitivity*" sono quelle che hanno avuto meno esperienze di difficoltà con i loro bambini e maggior supporto dai loro partner e dai loro migliori amici. Dabrassi [63] conclude che l'attaccamento prenatale è correlato con il supporto sociale, confermando i risultati ottenuti già da Cranley [64] e da Condon [65].

La partecipazione alla partner, da parte del compagno, dei propri stati d'animo arreca sollievo alla donna e rafforza il legame di coppia, durante la gravidanza; inoltre, concordare ed eseguire insieme gesti e azioni nel quotidiano contribuisce a mantenere più equilibrato l'umore della gestante [66].

Per contro, Webster e coll. [67] constatano che le donne con basso livello di supporto sociale, rispetto alle donne maggiormente supportate, presentano più frequentemente problemi di salute durante la gravidanza e dopo il parto, prenotano più tardi le visite mediche previste, mostrano più bisogno di cure mediche e sono maggiormente depresse.

In ordine alle interazioni tra gli stili di attaccamento dei partner, le combinazioni danno luogo a modalità, talora positive per la gestante, talaltra foriere di disagio o di disturbo ulteriore.

Carli [68] e Baldoni [69-70] sostengono che, nella scelta del partner, le persone che manifestano una forma di attaccamento sicuro solitamente si legano con persone altrettanto sicure. Le persone insicure possono legarsi ad una persona sicura, ma, più frequentemente, sviluppano una relazione con un'altra persona insicura di polarità opposta; le persone evitanti tendono a legarsi con soggetti preoccupati e quelle preoccupate con evitanti. Le relazioni tra persone insicure dello stesso tipo sono molto rare e di breve durata.

Baldoni e Ceccarelli [71], esaminando la letteratura pubblicata sulla depressione paterna, nelle banche dati italiane e straniere, rilevano come essa, per quanto meno frequente che nelle donne (solo il 10% dei casi), abbia influenze negative sul benessere emotivo della madre, sulla qualità dell'attaccamento familiare e sullo sviluppo psicologico e fisico del neonato.

Studi condotti sulle coppie, nel periodo che va dalla gravidanza al post-partum, dimostrano che le donne affette da disturbi emotivi post-partum hanno frequentemente un partner che manifesta, egli stesso, disturbi emotivi già dai primi mesi della gravidanza. Questo dato è molto significativo in quanto testimonia l'importanza, per la donna impegnata a diventare madre, di condividere l'esperienza con un partner protettivo e affidabile [70].

I padri preoccupati, troppo emotivi o depressi possono, quindi, costituire uno svantaggio per l'equilibrio emotivo della propria compagna e per il buon andamento del rapporto tra madre e bambino [72].

Banse [73] trova una correlazione tra la soddisfazione nella relazione e lo stile di attaccamento e sostiene che gli effetti negativi degli stili di attaccamento timoroso e distanziante della donna possano essere compensati dallo stile del partner o dalla combinazione degli stili di coppia.

Limiti dello studio

L'indagine, presentata in questo contributo, contiene limiti consistenti, dal punto di vista della ricerca, nel campione di convenienza arruolato, peraltro numericamente modesto, e, dal punto di vista dei materiali, nel fatto che l'ECR-R valuta l'attaccamento della donna con un partner sentimentale, quale modello operativo interno in generale, che ricomprende anche il partner attuale, non consentendo di considerare eventuali "riorganizzazioni", che, secondo il modello di Crittenden [10-12], possano essere intervenute nel percorrere successive esperienze relazionali.

Un altro limite metodologico, che merita di essere superato in successive ricerche,

risiede nel non aver esaminato anche l'attaccamento del partner verso la propria compagna incinta e le interazioni tra gli stili dei due partner rispetto al vissuto della depressione perinatale.

5. Conclusioni

Il contingente di donne esaminato, nel complesso, non manifesta sintomi depressivi di rilievo; ad alcune delle gestanti, tuttavia, che si posizionano nella fascia alta dei punteggi, va portata attenzione clinica di prevenzione.

Nei corsi di preparazione alla nascita, è diffusa la pratica dello screening della depressione perinatale, somministrando l'ECR-R o il CES-D, per rilevare le donne a rischio di "aggravamento".

Sebbene una revisione sistematica di 15 *RCT* – *Random Clinical Trial*, dimostri che le donne, che ricevono un intervento psicosociale, hanno la stessa possibilità di sviluppare una depressione post-natale delle donne, che ricevono cure standard, e che l'intervento nel solo periodo postnatale appare più efficace dell'intervento che comprende anche il periodo prenatale, mentre l'intervento più promettente sembra il supporto post-partum intensivo fornito da ostetriche [74], le conclusioni, provvisorie, prodotte dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* [75], sostengono che, sul piano della prevenzione, non vi sono evidenze che supportino l'impiego di interventi psicosociali specifici di routine su tutte le donne in gravidanza, allo scopo di ridurre la probabilità di sviluppare un disturbo mentale nel periodo perinatale.

Le raccomandazioni basate su prove di efficacia depongono, piuttosto, a favore di interventi per le gravide con evidente stress psicologico, con sintomi che interferiscono con le funzioni personali o sociali, ma che non giungono a determinare una diagnosi di disturbo mentale:

- interventi di supporto sociale perinatale individuale o di gruppo, per le donne con anamnesi negativa;

- interventi di supporto psicologico individuale nelle donne con storia personale di episodio depressivo o ansioso (4-6 interventi psicologici strutturati, ad esempio di psicoterapia interpersonale o terapia cognitivo comportamentale).

Baldoni e Ceccarelli [71], dall'esame della letteratura, deducono che, per la prevenzione e il trattamento dei disturbi affettivi perinatali, è fondamentale riconoscere l'importanza del padre sin dall'inizio della gravidanza e promuovere il suo coinvolgimento nelle visite ginecologiche, nelle attività di consultorio e nell'assistenza successiva al parto [76].

Gli autori ricordano che, per affrontare le situazioni maggiormente a rischio, in alcune sedi di servizio consultoriale, sono organizzati programmi di salute mentale, che prendono in considerazione tutti i membri della famiglia e che prevedono la possibilità di interventi di sostegno domiciliare da parte di ostetriche e di altre madri (cioè di figure volontarie non professionali), al fine di monitorare e migliorare la relazione tra madre, padre e bambino [77-78], la cui efficacia merita di essere sottoposta a opportuna verifica.

BIBLIOGRAFIA

1. Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x>
2. Bowlby, J. (1999a). *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre*. Collana Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia, Torino: Boringhieri, 1976, (II ed.).
3. Bowlby, J. (1999b). *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, Collana Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia, Torino: Boringhieri, 1978, (II ed.).
4. Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre*, Torino: Boringhieri.
5. Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Traduzione di M. Magnino, Collana Psicologia clinica e psicoterapia n.26, Milano: Raffaello Cortina.
6. Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant–mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour II*. London: Methuen. (New York: Wiley).
7. Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
8. Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behaviour. In T.B. Brazelton e M. Yogman. *Affective Development in Infancy*, Norwood, Nj, Ablex, pp. 95-124.
9. George, C., Kaplan, N., Main, M. (1986). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).
10. Crittenden, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Milano: Guerini Studio.
11. Crittenden, P.M. (1997). *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Milano: Masson.
12. Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
13. Carli L. (a cura di) (1999): *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
14. Weiss, R. (1982). “Attachment in adult life”. In C.M. Parkes, J. Stevenson Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behaviour*. London: Routledge.
15. Shaver, P., Hazan, C., Bradshaw, D. (1988). Love as Attachment: The Integration of Three Behavioral Systems. In R. Sternberg & M. Barnes (Eds). *The Psychology of Love*. New Haven, CT: Yale University Press (pp. 68-99).
16. Baldoni, F. (2004). Attaccamento di coppia e cambiamento sociale. In Crocetti G. (a cura di). *Il girasole e l'ombra. Intimità e solitudine del bambino nella cultura del clamore*. Bologna: Edizioni Pendragon (pp. 95-109).
17. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
18. Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
19. Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
20. Mikulincer, M., Florian, V., Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 273-280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.273>
21. Brennan, K.A., Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. <https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
22. Collins, N.L., Read, S.J. (1990). Adult Attachment, Working Models and Relationships Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 58(4), 644-663. Tr. it. in L. Carli (a cura di). *Attaccamento e rapporto di coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 1995 (pp. 155-204).
23. Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle*

rappresentazioni materne. Milano: Raffaello Cortina.

24. Leifer, M. (1980). *Psychological effect of motherhood: a study of first pregnancy*. New York: Praeger.

25. Andrews, S. (2012). *Stress Solutions for Pregnant Mothers: How Breaking Free from Stress Can Boost Your Baby's Potential*. Louisiana: Twin Span Press.

26. Godfryd, M. (1994). Post-partum-blue. In *Dizionario di psicologia e psichiatria*. 1a ed. Roma: Newton Compton editori (p. 68).

27. Cox, J.L., Murray, D.M., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, prevalence and duration of postnatal depression. *Br. J. Psychiatry*, 163, 27-31. [https://doi: 10.1192/bjp.163.1.27](https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.27)

28. Queensland Association of Mental Health (2004). *Depression, Pregnancy and Childbirth* (booklet), Women's Health Queensland Wide, Spring Hill.

29. Monk, C., Leight, K.L., Fang, Y. (2008). The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health*, 11(2), 117-29. doi: 10.1007/s00737-008-0005-x.

30. Aceti, F. et al. (2012). Perinatal and post-partum depression: from attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*, 18, 328-334.

31. Ikeda, M., Hayashi, M., Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and post-partum depression. *Attach Hum Dev.*, 16(6), 557-72. doi: 10.1080/14616734.2014.941884

32. Aceti, F. et al. (2015). Depressione perinatale e relazioni affettive: l'experience in close relationship in gravidanza. *Riv Psichiatr*, 50(3), 134-142. [https://doi:10.1708/1910.20796](https://doi.org/10.1708/1910.20796)

33. Meuti, V. et al., (2015). Perinatal Depression and Patterns of Attachment: A Critical Risk Factor? *Depression Research and Treatment*. Article ID 105012, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2015/105012>

34. Samuel, S. et al. (2015). Attachment security and recent stressful life events predict oxytocin levels: a pilot study of pregnant women with high levels of cumulative psychosocial adversity. *Attach Hum Dev*, 17(3), 272-87. [https://doi: 10.1080/14616734.2015.1029951](https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1029951)

35. Papapetrou, C., Panoulis, K., Mourouzis, I., Kouzoupis, A. (2020). Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory. *Psichiatriki*, 31(3), 257-270. [https://doi: 10.22365/jpsych.2020.313.257](https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.257)

36. Zung, W.W.K. (1965). A Self Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 12(1), 63-70. [https://doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008)

37. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagowsky, R. (1987). Detection of the post-natal depression: development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*, 150, 782-786. [https://doi: 10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)

38. Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Post Natal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53(2), 137-141. [https://doi: 10.1016/S0165-0327\(98\)00102-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00102-5)

39. Meijer, J.L., Beijers, C. van Pampus, M.G. et al. (2014). Predictive accuracy of Edinburgh Postnatal Depression Scale assessment during pregnancy for the risk of developing post-partum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG*, 121(13), 1604-1610. [https://doi: 10.1111/1471-0528.12759](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12759)

40. Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

41. Picardi, A., Vermigli, P., Toni, A., D'Amico, R., Bitetti, D., & Pasquini, P. (2002). Il questionario "Experiences in Close Relationships" (ECR) per la valutazione dell'attaccamento negli adulti: ampliamento delle evidenze di validità per la versione italiana. *Italian Journal of Psychopathology*, 8(3), 282-294.

42. Calvo, V. (2008). *Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento*. Atti del X Congresso Nazionale AIP - sezione di Psicologia Clinica-Dinamica, Padova, 12-14 settembre 2008.

43. Busonera, A. (2011). *La valutazione dell'attaccamento adulto nell'ambito delle relazioni di coppia Validazione italiana del questionario Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)*. Tesi di

Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo, Facoltà di Medicina e Psicologia - Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "La Sapienza" di Roma, a.a. 2010-11.

44. Austin M.P., Tully, L., Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and post-natal depression. *J Affect Disord*, 101(1-3), 169-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
45. Mauri, M., Oppo, A., Montagnini, M.S., et al. (2010). Beyond "post-partum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU. *J Affect Disord*, 127(1-3), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.015>
46. Sibley, C.G., Fischer, R., Liu J.H. (2005). Reliability and validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536. <https://doi.org/10.1177/0146167205276865>
47. Tsagarakis, M., Kafetsios, K., Stalikas A. (2007). Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in Close Relationships measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47-55. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.1.47>
48. Bartholomew, K., Horowitz, L.M., (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-categories model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
49. Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson e W.S. Rholes (Eds.) *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: The Guilford Press (pp. 46-76).
50. Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1203-1215. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.6.1203>
51. Shaver, P.R., Mikulincer, M. (2002a). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human development*, 4(2), 133-161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
52. Sutter-Dallay, A.L., Giaconne-Marcasche, V., Glatigny-Dallay, E., et al. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*, 19(8), 459-63. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>
53. Chi, X., Zhang, P., Wu, H., Wang, J. (2016). Screening for Post-partum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*, 7:1668. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01668
54. Redloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
55. Bianciardi, E., Vito, C., Spanò, S. et al. (2020). The anxious aspects of insecure attachment styles are associated with depression either in pregnancy or in the post-partum period. *Ann Gen Psychiatry*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00301-7>
56. Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62(5), 918-929. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01580.x>
57. Goldstein, L.H., Diener, M.L., Mangelsdorf, S.C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.60>
58. Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P.M. Richards (Eds.), *The integration of a child into a social world*. London: Cambridge University Press.
59. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale: Erlbaum.
60. Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York. Trad. it.: *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1997.
61. Broom, B.L. (1994). Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity.

Nursing Research, 43, 138-143. <https://doi.org/10.1097/00006199-199405000-00003>

62. Kivijarvi, M., Raiha, H., Virtanen, S., Lertola, K., Piha, J. (2004). Maternal sensitivity behavior and in-fant crying, fussing and contented behavior: the effects of mother's experienced social support. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(3), 239-246. <https://doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00400.x>
63. Dabrassi, F. (2008). *Relazione gestante-feto, modalità del parto e sviluppo fisico del bambino*. Tesi di dottorato in Psicologia Generale e Clinica, Alma Mater Studiorum – Università Di Bologna, a.a. 2007-8.
64. Cranley, M.S. (1984). Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn. *Birth defects original article series*, 20(5), 99-124.
65. Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183. <https://doi: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
66. Aceti, F. (2011). Il ruolo del partner come fattore protettivo in donne con depressione post-partum. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 1, ISSN: 0393-361X.
67. Webster, J., Linnane, J.W.J., Dibley, L.M., Hinson, J.K., Starrenburg, S.E., Roberts, J.A. (2000). Measuring Social Support in Pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*, 27(2), 97-101. <https://doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x>
68. Carli, L. (a cura di) (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina.
69. Baldoni, F. (2003). Attaccamento e funzione genitoriale. In G. Galli (a cura di): *Interpretazione e nascita*. Atti XXIII Colloquio sull'Interpretazione "Interpretazione e Nascita" (Macerata 4-5 Aprile 2003). Pisa-Roma: Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
70. Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In N. Bertozzi e C. Hamon (a cura di). *Padri & paternità*. Bergamo: Edizioni Junior (pp. 79-102).
71. Baldoni, F., Ceccarelli, L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9(2), 79-92.
72. Luca, D., Bydlowski, M. (2001). Dépression Paternelle et périnatalité. *Le CarnetPsy*, 67(7), 28-33.
73. Banse, R. (2004). Adult Attachment and Marital Satisfaction: Evidence for Dyadic Configuration Effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 273-282. <https://doi:10.1177/0265407504041388>
74. Dennis, C.L., Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing post-partum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2>
75. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: NICE.
76. Schumacher, M., Zubaran, C., White G. (2008). Bringing birthrelated paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21(2), 65-70. <https://doi: 10.1016/j.wombi.2008.03.008>
77. Bertozzi, N., Hamon, C. (2005) (a cura di). *Padri e paternità*. Azzano S. Paolo (BG): Edizioni Junior.
78. Ciotti, F. (2007). Il progetto "Mamme insieme" di Cesena: una esperienza di sostegno domiciliare. *Infanzia e Adolescenza*, 6(2), 109-117.

ARTICOLO DI OPINIONE

ADOLESCENTI AUTISTICI AD ALTO FUNZIONAMENTO

Nuove riflessioni sull'efficacia di una tipologia di interventi integrati, sicuri e innovativi per il trattamento di comorbidità con il disturbo ossessivo compulsivo

Valentina Bellomo¹, Elena Gigante¹, Francesco Paolo Scarito¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy

Citation

Bellomo V., Gigante E., Scarito F. P.
(2022).

Adolescenti autistici ad alto
funzionamento
Phenomena Journal, 4, 50-75.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.164>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Valentina Bellomo
vbello82@gmail.com

Ricevuto: 16 settembre 2022

Accettato: 29 novembre 2022

Publicato: 29 novembre 2022

ABSTRACT

This recent publication was born in relation to a Research Article published in 2021 on Phenomena Journal and represents a further deep reflection on the effectiveness that a type of Integrated Treatment could have in subjects and / or young adults with High Autism Spectrum Disorder. Functioning that present a comorbidity with an Obsessive Compulsive Disorder. Following the above, within this research article, it is proposed to further investigate the specific clinical case of A., which has already been mentioned in the previous publication; A. is a young adult with High Functioning Autism Disorder attending the Day Center for Autism, who, concomitantly with the lockdown period caused by the pandemic, begins to manifest symptoms that characterize an Obsessive-Compulsive Disorder. Therefore, initially, in the previous article, it was proposed to reflect on the use of any Hypotheses and Methods of both Observation and Intervention that could be functional and usable in relation to both the specific Clinical Case of A. and in relation to clinical cases similar to this and that they see, therefore, the integration of different approaches such as: ABA, the Humanistic-Existential Approach; Ellis's Cognitive-Rationalist Approach (ABC Model) and / or the Cognitive-Constructivist Approach and, finally, the Integrated Gestalt Approach. In this article, we also propose to carry out new Intervention Hypotheses through the use of innovative, safe and revolutionary Therapeutic Processes such as the work on the Interpersonal Emotional Scheme and the DBR (Deep Brain Reorienting) integrated with the ASI Therapeutic Approach of Sensory Integration and the Integrated Gestalt Approach. To date, we can see how the aforementioned Therapeutic and Rehabilitative Path has certainly allowed A. to be able to live, in the here and now, a functional, rewarding and dignified lifestyle.

KEYWORDS

Obsessive Compulsive Disorder, High Functioning Autism, Integrated Treatment, Innovation, Interpersonal Emotional Pattern, DBR, ASI, Integration.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questa recente pubblicazione nasce in relazione ad un Articolo di Ricerca pubblicato nel 2021 su Phenomena Journal e rappresenta una ulteriore profonda riflessione in merito all'efficacia che potrebbe avere una tipologia di Trattamento Integrato in soggetti e/o giovani adulti con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento che presentano una comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo. A seguito di quanto sopra espresso, all'interno di questo articolo di ricerca, ci si propone di approfondire, ulteriormente, il Caso Clinico specifico di A., di cui già si è accennato nella precedente pubblicazione; A. è un giovane adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento frequentante il Centro Diurno per l'Autismo, il quale, in concomitanza del periodo di lockdown causato dalla pandemia, inizia a manifestare una sintomatologia che caratterizza un Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Per cui, inizialmente, nel precedente articolo, ci si è proposti di fare una riflessione



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

sull'utilizzo di eventuali Ipotesi e Metodi sia di Osservazione che di Intervento che potrebbero essere funzionali e spendibili in relazione sia allo specifico Caso Clinico di A. che in relazione a casi clinici simili a questo e che vedono, dunque, l'integrazione di approcci differenti come: l'ABA, l'Approccio Umanistico-Esistenziale; l'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC) e/o l'Approccio Cognitivo-Costruttivista ed, infine, l'Approccio Gestaltico Integrato. In questo articolo, ci si propone, inoltre, di effettuare delle nuove Ipotesi di Intervento attraverso l'utilizzo di Processi Terapeutici innovativi, sicuri e rivoluzionari come il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e il DBR (Deep Brain Reorienting) integrato con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato. Ad oggi, si riscontra come il suddetto Percorso Terapeutico e Riabilitativo ha sicuramente permesso ad A. di poter vivere, nel qui ed ora, uno stile di vita funzionale, gratificante e dignitoso.

PAROLE CHIAVE

Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Autismo ad Alto Funzionamento, Trattamento Integrato, Innovazione, Schema Emotivo Interpersonale, DBR, ASI, Integrazione.

1. Introduzione

All'interno di questo articolo, prima di approfondire la tematica relativa alle Nuove Riflessioni fondate su una tipologia di Interventi Integrati [1] [2] [3], Sicuri e Innovativi come il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale [4] e il DBR (Deep Brain Reorienting) [5] [6] e l'Integrazione con l'Approccio ASI [7] [8] e la Gestalt [9] in Soggetti Autistici ad Alto Funzionamento che presentano una comorbidità con il DOC [10] [11], ci si propone di fare cenno a quelli che sono, ad oggi, i dati della ricerca scientifica svolti nell'ambito dell'Autismo, i quali tendono ad evidenziare una maggiore percentuale di Psicopatologia in soggetti ad "Elevato Funzionamento con un Minore Bisogno di Supporto" [12].

Ricerche recenti sottolineano, inoltre, l'importanza e l'efficacia dell'utilizzo di criteri diagnostici specifici per queste persone che, oltre a manifestare dei sintomi psicopatologici soggettivi e osservabili, manifestano anche diverse difficoltà sia di comunicazione che cognitive; ciò è necessario, in quanto, è stato evidenziato che l'utilizzo di criteri diagnostici adattati permette di fare diagnosi più corrette e di individuare prevalenze che siano coerenti con la realtà.

Per poter riuscire a fare una distinzione e per poter svolgere l'operazione fondamentale di differenziazione e di impianto dei vari interventi adeguati, occorrono grandi conoscenze e grandi competenze cliniche specifiche che tendono ad insistere molto sul concetto di "Equivalenza Comportamentale" e, cioè, essere in grado di comprendere quali sono quegli aspetti comportamentali osservabili nel soggetto che possono essere degli "Equivalenti di Sintomi Soggettivi di Psicopatologia", in modo da poter applicare la semeiologia e, dunque, la conoscenza clinica utilizzata nella popolazione generale anche nei confronti delle persone con disturbi del neurosviluppo [13] [14]. In relazione a quanto affermato, nella pratica clinica, dunque, sia ai fini diagnostici che terapeutici, è davvero fondamentale riuscire ad indagare, a comprendere e a distinguere la Funzione dei vari Comportamenti Problematici e della Sintomatologia manifesta e osservabile, in quanto, ciò permette di comprendere se tali problematiche comportamentali possono essere correlate alla presenza di una Disturbo del Neuro-

sviluppo come l'Autismo e che, dunque, rappresentano una tipologia di comportamenti mediati socialmente che possono prevedere, quindi, l'utilizzo di una tipologia di interventi psico-educativi e riabilitativi basati, principalmente, sulla Behaviour Analysis (ABA) [15] [16] [17]; oppure, comprendere quando e quanto, invece, un determinato problema comportamentale può essere espressione della co-presenza di una specifica Psicopatologia nella persona con Disturbo del Neurosviluppo e, quindi, prevedere, di conseguenza, una varietà e una specificità di trattamenti prettamente più di tipo clinico e psico-farmacologico.

Ad oggi e, nello specifico, all'interno di questo lavoro di ricerca ci si propone, dunque, di riuscire ad integrare diverse Tipologie di Intervento sia per la Diagnosi che per il Trattamento delle Problematiche Comportamentali e della Sintomatologia specifica che caratterizza il Caso Clinico in questione di A. che rappresenta ed esprime proprio una condizione di comorbidità tra un Disturbo del Neurosviluppo come l'Autismo ad Alto Funzionamento e un quadro Psicopatologico importante come il DOC.

2. Le nuove riflessioni fondate su una tipologia di interventi integrati, sicuri e innovativi

In relazione a quanto sopra espresso, nell'articolo precedente del 2021 [18], si è cercato di evidenziare l'avvio di una Tipologia di Trattamento Integrato nei confronti di A. che ha visto l'Integrazione di diversi Approcci Teorici e Metodologici come l'ABA, l'Approccio Umanistico-Esistenziale [19]; l'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC) [20] e/o l'Approccio Cognitivo-Costruttivista [21] ed, infine, l'Approccio Gestaltico Integrato [22]; tutto ciò, ha contribuito a rappresentare una Tipologia di Interventi Integrati che hanno permesso, già, di produrre e di evidenziare nel tempo i primi outcome terapeutici.

In questo articolo, ci si propone di dare una continuità al precedente lavoro facendo, però, riferimento e soffermandosi principalmente su quelle che rappresentano delle nuove riflessioni emerse in questo periodo di presa in carico di A. e che sono riflessioni sull'eventuale efficacia che una Tipologia di Interventi Integrati, Sicuri e Innovativi come, ad esempio, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e il DBR - Deep Brain Reorienting integrato con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato potrebbero avere se, anche questi, applicati sia in relazione al caso specifico di A. che in relazione ad altri casi con caratteristiche simili.

2.1. Il lavoro sullo schema emotivo interpersonale

In questo paragrafo, si vuole considerare il caso di A. in relazione alla possibilità di poter applicare, nel lavoro terapeutico con questo, una Tipologia di Interventi Integrati, Sicuri e, per certi versi, Innovativi che hanno come obiettivo il raggiungimento nel ragazzo di un Processo di Integrazione che coinvolge sia i diversi Livelli dell'Esperienza e sia le varie parti del Sé e dell'Altro; al tempo stesso, considerando

l'ambito delle Neuroscienze, della Neuropsicologica e della Neurofisiologia, ci si propone di raggiungere anche un'Integrazione che riguarda la possibilità di ripristinare le diverse connessioni tra le varie Strutture Corticali, Sottocorticali e Neuronalì interessate nei Processi di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale e Comportamentale e interessate, dunque, nei Processi di Regolazione dei propri Livelli di Arousal [23] [24].

A seguito di tale considerazione, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale può essere considerato strettamente connesso sia alla Terapia Metacognitiva che alla Terapia Sensomotoria anche se, in questo paragrafo, si cercherà di considerare tale tipologia di Intervento tenendo sempre conto di un Approccio di tipo Integrato. Prima di spiegare, però, l'evoluzione del Processo Terapeutico attraverso il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e prima di comprendere come tale Procedimento potrebbe essere utilizzato nella Relazione Terapeutica con il paziente, si reputa fondamentale poter fare una breve riflessione ed esplicazione di quali sono gli elementi di base dai cui si parte e che, a loro volta, caratterizzano proprio l'intervento sullo Schema Emotivo Interpersonale.

Uno dei principali costrutti da cui partire e da cui deriva anche il Processo di Evoluzione Esperienziale in Terapia, consiste proprio nel concetto di "Embodied Cognition" e, cioè, di "Cognizione Incarnata". Cognizioni, emozioni, stati corporei e, dunque, sensazioni partecipano insieme a dare un significato al mondo, a pianificare le nostre azioni, a decodificare ciò che ci accade e a capire ciò che ci succederà. Ognuno di noi, infatti, è un "essere sensoriale", in quanto, le esperienze sensoriali e relazionali precoci con i caregiver tendono a trascrivere nel nostro corpo delle storie, delle tracce, delle "memorie incarnate" che tenderanno ad influenzare la strutturazione del nostro Sé e tenderanno ad influenzare la visione di noi stessi, dell'Altro e il nostro modo di stare al mondo e di vivere la relazione con l'Altro.

L'esplicazione di tale costrutto permette di constatare, ulteriormente, che, all'interno di un processo terapeutico, è fondamentale poter intervenire, dunque, attraverso l'Integrazione di Approcci e di Strumenti sia di tipo Top-Down che di tipo Bottom-Up; il concetto di Cognizione Incarnata, infatti, permette di comprendere che è riduttivo prestare solo, principalmente, attenzione a delle generalizzazioni semantiche sotto forma di concezioni e/o di rappresentazioni mentali di sé e del mondo. Oggi, sappiamo anche che altre dimensioni come alcune procedure automatiche, alcuni stati corporei, sensoriali e le immagini mentali cariche emotivamente hanno una grande influenza nella vita nell'individuo e tendono, soprattutto, ad avere un importante potere decisionale in questo.

Come sopra accennato, dunque, dalle interazioni ripetute con chi ci accudisce sin dall'inizio della nostra vita e in relazione alla forma di soddisfacimento dei nostri bisogni di base, proprio all'interno di questa relazione con il caregiver, si tendono a trascrivere in noi e tendiamo ad incorporare delle memorie sensoriali, corporee e implicite che sono strettamente connesse alla strutturazione e all'attivazione dei nostri Schemi Emotivi Interpersonali. Innanzi, dunque, a dei determinati e specifici stimoli sensoriali legati ad una percezione e/o ad un ricordo e che, quindi, possono essere

presenti sia nella realtà esterna e/o interna, tendono immediatamente a riattivarsi le nostre memorie implicite determinando, quindi, l'attivazione automatica e anacronistica dei nostri Schemi Emotivi, Cognitivi, Sensoriali, Motori e Comportamentali che influenzano il nostro modo di stare nel mondo e la visione che noi abbiamo di noi stessi e dell'Altro e, soprattutto, tendono ad influenzare il nostro modo di entrare nella relazione con l'Altro influenzando, al tempo stesso, anche le reazioni emotive dell'Altro nei nostri confronti.

Da quanto sopra espresso, dunque, utilizzando un termine tipico dell'Analisi Transazionale [25] [26], lo Schema Emotivo Interpersonale può essere identificato nel concetto del "Copione" [27] che ognuno di noi tende a ri-attualizzare nel corso della propria esistenza e che permette di prevedere quale sarà il nostro destino già pre-stabilito e quale saranno, inoltre, le reazioni e le risposte del mondo esterno nei nostri confronti. Tutto ciò, sembra proprio come una sorta di "profezia che si auto-avvera" e/o come una sorta di "sortilegio auto-indotto" dalla persona stessa.

Un altro elemento importante per il processo terapeutico e per la sua evoluzione verso il cambiamento, consiste nel considerare che le nostre memorie incarnate e, di conseguenza, i nostri Schemi Emotivi Interpersonali sono sempre correlati alle nostre Motivazioni Primarie e ai nostri Bisogni di Base (Wish) che ogni persona cerca di soddisfare all'interno della relazione con l'Altro significativo.

Da questi bisogni di base e dalla modalità in cui questi bisogni vengono soddisfatti oppure non soddisfatti, all'interno della relazione primaria con i caregivers, derivano delle Immagini Nucleari che la persona tende ad avere di Sé, dell'Altro e della sua Relazione con l'Altro e con il mondo esterno. Tali Immagini e/o Credenze, inoltre, tendono ad influenzare e a determinare non solo le azioni e i comportamenti della persona ma, al tempo stesso, tenderanno ad influenzare anche le reazioni dell'Altro. Quanto sopra espresso contribuisce, dunque, a creare la Procedura dello Schema Emotivo Interpersonale che consiste, quindi, nell'attivazione di una procedura "Se... allora..." che serve a prevedere a quali condizioni tende a elicitarsi una determinata risposta.

In seguito a quanto sopra espresso, relativamente ai vari elementi di base che caratterizzano e che strutturano lo Schema Emotivo Interpersonale e considerando, inoltre, tale costrutto in relazione alla storia di A., si potrebbe ipotizzare che quest'ultimo, innanzi a dei determinati stimoli e/o a delle determinate condizioni sia interne che esterne, presenta un'attivazione delle proprie memorie implicite, corporee, delle proprie "cognizioni incarnate" che derivano dalla tipologia di esperienze sensoriali ed emozionali vissute da questo all'interno della relazione primaria con le figure di attaccamento. Tali memorie contribuiscono, dunque, ad attivare, in maniera automatica e anacronistica, alcuni Schemi Emotivi, Sensoriali, Motori e Comportamentali di A. che rappresentano, quindi, come delle risposte difensive innanzi all'eventuale non soddisfacimento di determinati bisogni primari di questo (Wish) che sono collegati ad alcune immagini nucleari che questo ha di sé stesso. Tutto ciò, contribuisce, dunque, a determinare i così detti Traumi di Attaccamento e/o le Ferite dell'Inter-Soggettività. L'attivazione dei vari Schemi determina, a sua volta, in A. una condizione

di Disregolazione Emotiva e Sensoriale caratterizzata, probabilmente, da un Aumento del proprio Livello di Arousal; per cui, di conseguenza, A. tende ad attivare delle Risposte Affettive e tende a mettere in atto degli Schemi Comportamentali Difensivi come, ad esempio, la Dissociazione, l'Isolamento, l'Evitamento, la Razionalizzazione e/o gli stessi Comportamenti Compulsivi che possono risultare sicuramente disfunzionali ma, al tempo stesso, hanno, però, per questo una funzione adattiva e la funzione, inoltre, di Ri-equilibrare il proprio Livello di Arousal e cercare, quindi, di Autoregolarsi.

Tale condizione, indica anche la presenza in A. di una dissociazione e di una disconnessione tra le parti e/o gli stati del proprio sé e, ad un livello neurofisiologico e neuropsicologico, tende ad indicare anche una disconnessione intra-corticale e, dunque, una disconnessione tra aree cerebrali e neuronali e una disconnessione tra aree sovracorticali e sottocorticali come, ad esempio, una disconnessione tra il funzionamento del Sistema Nervoso Simpatico e il funzionamento del Sistema Nervoso Parasimpatico. Inoltre, quando tratteremo, successivamente, il DBR si vedrà come tale disconnessione interessa anche alcune aree del mesencefalo e, nello specifico, tale disconnessione si osserva, principalmente, tra il Collicolo Superiore e il Grigio Periacqueduttale (PAG).

In relazione a quanto sopra espresso, si è ipotizzato, dunque, di utilizzare il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale con A., proprio per cercare di comprendere meglio il funzionamento di questo e cercare, quindi, di comprendere quale tipologia di Schema Emotivo Interpersonale il paziente possiede; tutto ciò, inoltre, è fondamentale per comprendere come tale Schema tende ad influenzare la visione del mondo di A. e, dunque, la percezione che questo ha di sé stesso, dell'Altro e della sua relazione con l'Altro e come, a sua volta, tale visione tende ad influenzare le risposte degli altri nei propri confronti.

Nel lavoro terapeutico con A. sullo Schema Emotivo Interpersonale si è pensato di utilizzare diversi Compiti Terapeutici e diverse Tecniche sia di tipo Top-Down che Bottom-Up che cercano di tenere sempre in considerazione le varie Fasi del Ciclo del Contatto.

Nelle fasi iniziali, infatti, di Pre-Contatto e/o di Avvio al Contatto si è cercato, ad esempio, di lavorare con il paziente sempre attraverso il Compito Terapeutico Relazionale cercando, dunque, di consolidare con questo sempre più un clima di fiducia, di lealtà e di trasparenza basato sulla Conferma Empatica, sull'Accettazione Incondizionata e sulla Congruenza. In queste prime fasi si è cercato, inoltre, di lavorare anche con A. sul Processo di "Doppia Focalizzazione", in quanto, gli è stato chiesto di soffermarsi, nel qui ed ora, in maniera Consapevole, Intenzionale e Non Giudicante su ciò che prova, su ciò che sente a livello emotivo, corporeo, sensoriale; gli è stato chiesto di provare a soffermarsi sulle proprie reazioni emotive, sensoriali, corporee, motorie e cognitive (Schemi) che tendono ad attivarsi implicitamente, automaticamente e anacronisticamente in relazione a determinati stimoli che, possibilmente, tendono a richiamare e a riattivare in lui delle determinate memorie traumatiche ma, al tempo stesso, però, viene anche rimandato ad A. di essere in un contesto protetto

in cui questo può avere la possibilità di fidarsi e affidarsi. Tale processo, inizialmente, è avvenuto attraverso l'utilizzo di Tecniche di tipo Top-Down che, tra l'altro, tendono a richiamare l'utilizzo di canali e di Livelli di Esperienza privilegiati per il paziente come, ad esempio, il Livello Cognitivo-Verbale e quello Immaginario; a seguito di quanto espresso, sono state, dunque, utilizzate Tecniche di Immaginazione Guidata, brevi sessioni di Mindfulness Passiva [28] [29], Video Modeling [30] e, infine, come accennato precedentemente, hanno avuto un ruolo ed un'influenza importante in A. anche alcune sessioni terapeutiche dedicate all'ascolto, da parte di questo, di alcune storie lette e narrate dagli operatori come, ad esempio, la storia del Mago di Oz [31]. Tutti i suddetti strumenti hanno contribuito a far sì che A., poco a poco, iniziasse a sintonizzarsi e ad attenzionare in maniera intenzionale, non giudicante e, soprattutto, ancorato nel qui ed ora, le proprie sensazioni ed emozioni che questo ha sempre cercato di allontanare e di dissociare generando, dunque, così la creazione di diversi stati e/o parti scisse del proprio Sé. Inoltre, quanto sopra espresso, ha contribuito ad iniziare a riattivare in A. le proprie memorie implicite, incarnate e, al tempo stesso, ha contribuito a ri-attivare in questo il proprio Schema Emotivo Interpersonale.

In un secondo momento, avvicinandosi sempre più ad una Fase di Contatto Pieno, all'interno della relazione terapeutica con il paziente, al fine di comprendere meglio e in maniera condivisa lo Schema di questo e per cercare, inoltre, di determinare, nel qui ed ora, una maggiore ri-attualizzazione ed esplicitazione di tale Schema Interpersonale, si è pensato di utilizzare alcune Tecniche di tipo Bottom-Up; ci si riferisce, ad esempio, alla Mindfulness Attiva che ha permesso di entrare nella relazione con A. attraverso l'utilizzo e l'integrazione di altri canali e/o Livelli dell'Esperienza differenti, come il Livello Sensorio e il Livello Corporeo che, poco a poco, A. ha iniziato, sempre più, ad apprezzare come canali di conoscenza e di esplorazione sia del mondo circostante che del proprio mondo interno.

Inoltre, si è pensato di utilizzare anche la Tecnica della Drammatizzazione e/o del Role Play [32], proprio per cercare di lavorare con A. anche attraverso l'utilizzo di un canale e/o di un Livello prettamente Emotivo; si è ritenuto fondamentale, infatti, utilizzare tale tecnica per far sì che il paziente, attraverso la messa in scena di determinate situazioni (attivanti) che rispecchiano la quotidianità e attraverso, inoltre, l'interpretazione e/o il "mettersi nei panni" di determinati personaggi di una storia, potesse avere la possibilità di sperimentarsi all'interno di quelle esperienze di vita che tendono ad attivare in lui delle specifiche memorie traumatiche. Tutto ciò, inoltre, ha lo scopo di permettere ad A. anche di indentificarsi con le caratteristiche fisiche, sensoriali ed emotive dei personaggi interpretati e fare in modo, quindi, che questo può, a sua volta, sempre più iniziare a contattare le proprie sensazioni, le proprie emozioni e, soprattutto, i propri bisogni divenendone, così, maggiormente consapevole; ciò contribuisce, a sua volta, ad acquisire anche consapevolezza dei propri Schemi Emotivi Interpersonali che tendono a influenzare la propria vita e il proprio modo di stare al mondo, imparando, infine, anche a sapersi maggiormente autoregolare emotivamente in maniera funzionale.

Nello specifico, dunque, si è pensato di far partecipare A., insieme ad un gruppetto

ristretto di altri ragazzi frequentanti anch'essi il Centro Diurno, alla Drammatizzazione della Storia del Mago di Oz; l'idea di mettere in scena questo racconto, nasce dai vari simbolismi molto importanti che proprio la storia del Mago di Oz contiene, soprattutto relativamente alle caratteristiche emotive, cognitive, sensoriali e alle caratteristiche di personalità dei vari personaggi presenti nella storia. Facendo, infatti, una breve premessa utile a comprendere meglio le ragioni della suddetta scelta, si ricorda che il Mago di Oz è una storia in cui la protagonista viene, improvvisamente, catapultata lontano dalla propria casa e dai propri affetti più cari e si trova ad intraprendere un viaggio, insieme ad altri personaggi, durante il quale questa deve superare degli ostacoli. I vari personaggi, dunque, possono simbolizzare o alcuni tratti del proprio carattere oppure alcune parti del proprio Sé più o meno scisse e, inoltre, gli stessi personaggi possono anche rappresentare i vari ostacoli e le avversità con cui ci si confronta lungo il percorso della propria vita.

Dunque, come il Regno di Oz può simbolizzare quel luogo intimo dove ogni uomo rielabora le proprie esperienze di vita personali, così, si cerca di ricreare, attraverso la drammatizzazione, quel tempo e quello spazio che possa permettere ad A. di confrontarsi con quelle esperienze che nella vita quotidiana tendono a determinare in lui stati sensoriali ed emotivi che provocano in questo l'attivazione di Schemi Emotivi, Cognitivi, Motori e Comportamentali automatici e anacronistici che A. mostra difficoltà a regolare e che tendono, a loro volta, ad influenzare il raggiungimento e il soddisfacimento in questo dei propri bisogni e dei propri obiettivi nella vita. Tutto ciò, dunque, ha lo scopo di fare in modo che A. possa divenire maggiormente consapevole dei propri Schemi e delle parti scisse del proprio Sé e possa, poco a poco, divenire maggiormente in grado di autoregolare le proprie emozioni e le proprie sensazioni integrando, quindi, le parti sane del proprio sé. Infine, l'esperienza della drammatizzazione si pone come obiettivo la possibilità che A. possa divenire maggiormente consapevole dei propri bisogni (Wish) che stanno alla base dei propri Schemi Emotivi Interpersonali e che sono correlati all'immagine nucleare del proprio Sé e fare in modo che questo possa, poco a poco, apprendere ed acquisire, anche attraverso l'identificazione con le parti sane ed eroiche dei personaggi interpretati, tutte quelle capacità, quegli strumenti, quelle strategie e quei comportamenti utili per iniziare ad attivarsi, nel qui ed ora, al fine di soddisfare responsabilmente tutti i propri bisogni. Quanto sopra espresso rappresenta ciò che nel lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale viene definito "Shift" e, dunque, cambiamento all'interno della relazione terapeutica, in quanto, ci si propone che il paziente possa acquisire non solo una maggiore consapevolezza dei propri processi emotivi, sensoriali, cognitivi e comportamentali automatici ma anche acquisire un maggiore senso di autoefficacia nell'imparare ad autoregolarli; inoltre, attraverso l'esperienza della relazione terapeutica, divenire maggiormente consapevole dei propri bisogni di base ed esperire la possibilità di attivarsi, attraverso la messa in atto di nuove strategie comportamentali che sono funzionali per poterli concretamente realizzare (Completamento dell'Azione Interrotta).

Prima di utilizzare, insieme ad A., la Tecnica del Role Play provando, dunque, a

drammatizzare la storia del Mago di Oz con la presenza degli altri compagni del centro diurno, è stato chiesto ad A. di scegliere liberamente il personaggio del racconto che questo aveva voglia di interpretare; inizialmente, si è pensato che A. scegliesse di identificarsi con il personaggio dell'uomo di latta che rappresenta un personaggio che desidera poter avere un cuore, in quanto, rappresenta l'incapacità dell'uomo di amare e l'incapacità di possedere e coltivare delle determinate passioni e interessi. A., invece, ha stupito tutti nel momento in cui questo ha, invece, scelto di voler interpretare Dorothy che rappresenta la protagonista del racconto.

Tale scelta, dunque, ci ha permesso di comprendere come, in realtà, A. non tende, dunque, ad identificarsi con un'immagine di sé priva di sensazioni, di emozioni e che mostra difficoltà nel provare sentimenti all'interno della relazione con l'altro e, inoltre, questo non sembra mostrare una vera e propria povertà di valori e di sogni in cui credere nella vita; ma, in realtà, A. tende, invece, ad identificarsi con il personaggio di Dorothy che, all'inizio della storia, pare essere una persona molto debole, insicura e spaventata da tutto ciò che non conosce ma, successivamente, questa partirà per la città di Smeraldo, insieme ai suoi amici che simbolicamente rappresentano parti del proprio sé e, all'interno di questa città, Dorothy sarà in grado di ritrovare, prima di tutto, sé stessa divenendo consapevole non solo delle proprie parti fragili e dei propri limiti (Schemi), ma divenendo consapevole anche delle proprie risorse e potenzialità che questa tende, inoltre, ad utilizzare per superare i vari ostacoli che le si presentano trovando la forza per uscirne e per crescere, ulteriormente, divenendo più coraggiosa e più sicura di sé. La città di Smeraldo, inoltre, simbolicamente rappresenta il "luogo della coscienza, della consapevolezza" e il "luogo della rigenerazione", dove Dorothy, rielaborando le proprie esperienze e le avventure della propria vita, tende ad arricchirsi e ad arricchire il proprio Sé (Integrazione delle parti del Sé e Assimilazione delle Esperienze vissute attraverso la Funzione Personalità-Tendenza Attualizzante).

Tornando, dunque, al lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale, inizialmente, attraverso la Drammatizzazione e il Gioco di Ruolo, A. si è trovato ad identificarsi con le parti fragili, impaurite e insicure del personaggio di Dorothy e tutto ciò, probabilmente, ha contribuito ad attivare in lui quelle memorie implicite e quegli Schemi Emotivi, Sensoriali, Cognitivi, Motori e Comportamentali che lo caratterizzano e che questo tende a riattualizzare in maniera automatica e anacronistica nella quotidianità. Tale processo, dunque, ha sicuramente contribuito a far sì che A. divenisse maggiormente consapevole dei propri Schemi ma, al tempo stesso, ciò ha permesso ad A. di prendere con-tatto con le proprie emozioni e sensazioni e provare "a stare in questo con-tatto", provare "a stare con il proprio dolore, con la propria sofferenza" senza sentirsi completamente sopraffatto e annientato da tale dolore. A. sembra, dunque, iniziare a riuscire, poco a poco, a tollerare sempre più quelle emozioni e quelle sensazioni che sono strettamente connesse alle proprie "memorie e/o cognizioni incarnate", sembra essere maggiormente in grado di accettarle e di integrarle al proprio Sé (Finestra di Tolleranza) e sembra, inoltre, essere, poco a poco, sempre più in grado di integrare queste parti sane del proprio Sé anche all'interno della relazione con

l'Altro. Tutto ciò, permette ad A. di acquisire, man mano, una maggiore capacità di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria e Comportamentale che tende ad aumentare in questo il proprio senso di Autoefficacia.

Successivamente, continuando la drammatizzazione della storia, nel momento in cui, invece, A. tende ad identificarsi con i punti di forza e le potenzialità del personaggio di Dorothy, si osserva come questo sembra divenire, man mano, sempre più consapevole dei propri bisogni (Wish) che, probabilmente, non hanno ottenuto il giusto soddisfacimento all'interno delle relazioni primarie con le proprie figure di attaccamento; questi bisogni e/o motivazioni stanno, dunque, alla base dei propri Schemi e sono correlati all'immagine nucleare che A. ha di Sé stesso, dell'Altro e della relazione con l'Altro. All'interno dei nostri lavori si è potuto riscontrare come sembrano emergere diversi bisogni e/o motivazioni in A. che, a loro volta, innescano e determinano la Procedura "Se...allora" dei propri Schemi.

Innanzitutto, A. sembra manifestare un "Bisogno di Attaccamento" e, cioè, il bisogno di sentirsi amato, compreso, accettato e riconosciuto dalle proprie figure primarie di attaccamento; tale bisogno, probabilmente, non essendo stato pienamente soddisfatto all'interno delle proprie relazioni primarie, possibilmente ha innescato in A. delle Risposte Affettive e Difensive che, perpetuate e riattualizzate nel tempo, in maniera anacronistica, si sono trasformate in Meccanismi di Resistenza e di Interruzione del Contatto che questo ha imparato ad utilizzare per poter sopravvivere e poter riuscire a stare nel mondo. Il "Bisogno di Attaccamento" (Wish) di A., probabilmente, ha anche innescato la Procedura dello Schema Emotivo Interpersonale che consiste nel *"Se provo a contattare e ad esprimere le mie sensazioni, le mie emozioni e i miei bisogni ... allora, probabilmente, l'Altro non sarà in grado di comprendermi, di accettarmi e di soddisfare a pieno i miei bisogni e le mie richieste"*.

Successivamente, nel corso del lavoro con il paziente e, all'interno della relazione terapeutica con questo, sembra emergere un altro bisogno che consiste nel "Bisogno di Esplorazione, di Autonomia e di Agency" da parte di questo. Probabilmente, nel corso dello sviluppo di A. anche questo bisogno non sembra aver avuto il giusto soddisfacimento innescando, dunque, un'ulteriore Procedura dello Schema che consiste nel *"Se provo ad essere Autonomo e ad Auto-Affermarmi ... allora è possibile che fallisco e che non riesco a soddisfare i miei bisogni e vengo, nuovamente, sopraffatto dalle mie emozioni e dalle mie sensazioni intense e alienanti"*.

Infine, dal lavoro con A., dalle sue espressioni ma soprattutto dal suo non verbale, sembra emergere un ulteriore bisogno che consiste proprio nel "Bisogno di Sentirsi Parte e di Essere Incluso all'interno di un Gruppo di Pari normotipici e/o che hanno un funzionamento simile al suo"; probabilmente, le difficoltà e le resistenze che A. trova in sé stesso ma anche nell'Altro, durante i pochi e sporadici tentativi di soddisfare tale bisogno, hanno possibilmente innescato in questo un'ulteriore Procedura del suo Schema Emotivo che consiste nel *"Se provo ad avvicinarmi e ad entrare in Contatto e/o in Relazione con l'Altro ... allora è possibile che vengo rifiutato, non accettato e posso provare grande dolore e sofferenza"*.

Come accennato precedentemente, tutte le suddette Procedure che strutturano gli

Schemi Emotivi Interpersonali di A., hanno contribuito a far sì che questo utilizzasse delle Risposte Affettive e Difensive che, con il trascorrere del tempo, sono diventate automatiche e anacronistiche e tendono, dunque, ad essere disfunzionali perché determinano il comportamento di A. ma, al tempo stesso, influenzano le reazioni degli altri nei suoi confronti. Tra i vari Meccanismi di Interruzione al Contatto, come abbiamo già affermato, vi sono, dunque, la Desensibilizzazione, la Confluenza, l'Introiezione, l'Isolamento, la Razionalizzazione, l'Annullamento Retroattivo, ecc. Si potrebbe, inoltre, ipotizzare che tali Meccanismi di Interruzione al Contatto che stanno alla base delle Risposte Emotive, Sensoriali, Motorie, Comportamentali disfunzionali del paziente sono, a loro volta, correlati alla Procedura *“Se mi sento agitato e provo delle sensazioni e delle emozioni forti e intense ... allora devo mettere in atto delle risposte e dei comportamenti come, ad esempio, la compulsione di lavarmi continuamente affinché io possa, così, calmarmi e rasserenarmi”*.

A seguito di quanto espresso, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale, attraverso l'utilizzo della Drammatizzazione ma, soprattutto, attraverso l'Esperienza Riparativa della Relazione Terapeutica, ha permesso, dunque, ad A. di riconoscere e di identificarsi, in un primo momento, con le parti sane, le risorse e le potenzialità del personaggio di Dorothy e, successivamente, ciò ha permesso a questo di identificare, di riconoscere e di integrare le parti sane del proprio Sé. L'obiettivo di questo lavoro, infatti, consiste proprio nella possibilità che A. possa riuscire a divenire maggiormente consapevole sia degli stati emotivi dell'Altro che questo, comunque, ha sempre manifestato di essere in grado di cogliere, di comprendere e anche di nominare; ma, soprattutto, lo scopo fondamentale del suddetto lavoro, è proprio quello di far sì che il paziente possa divenire maggiormente consapevole dei propri Processi Emotivi e Sensoriali e possa, inoltre, all'interno e attraverso la Relazione Terapeutica, imparare a Identificare/Nominare, a Elaborare/Significare e, infine, possa imparare ad Espri-
mere i propri Stati Emotivi e Sensoriali acquisendo, dunque, una maggiore capacità di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria e Comportamentale secondo quella che rappresenta la Teoria dell'Affettività Mentalizzata. Tutto ciò, a sua volta, è fondamentale affinché A. possa acquisire una maggior fiducia in sé stesso e un maggiore senso di Autoefficacia e di Empowerment e, al tempo stesso, è fondamentale affinché questo possa imparare *“a sentirsi e a percepirsi in maniera integrata per riuscire a sentire e a modularsi all'interno della relazione con l'Altro”*.

Il Lavoro sullo Schema è, inoltre, importante al fine di permettere al paziente di divenire maggiormente consapevole dei propri Schemi Emotivi Interpersonali e dei propri bisogni e/o motivazioni che stanno alla base di questi Schemi e fare in modo che questo, attraverso le nuove esperienze sensoriali, corporee, emotive, cognitive e comportamentali che tende a sperimentare (Tecniche di Esposizione), all'interno della relazione terapeutica, possa riuscire, man mano, a dis-confermare i propri Schemi Emotivi Interpersonali disfunzionali precedenti; tutto ciò, a sua volta, è fondamentale affinché A. possa acquisire e apprendere nuove Risposte Affettive e Difensive e nuove Strategie Comportamentali funzionali che gli possano permettere, così, di iniziare ad *“agire responsabilmente”* per soddisfare i propri bisogni all'interno

del proprio Piano di Vita Personale cercando, quindi, di Autodeterminarsi e di Auto-affermarsi.

Quanto sopra espresso, contribuisce, dunque, a determinare il “cambiamento”, lo “Shift” in Terapia e ci si augura profondamente che A. possa fare tesoro di tali esperienze relazionali riparative per creare connessione tra gli eventi della propria vita e per creare connessione tra le parti del proprio Sé, riuscendo come a “trovare la strada verso Sé stesso” ritrascrivendo la propria storia (Rescripting).

Alla fine di ogni lavoro, spesso, in una Fase di Post-Contatto, ci si è proposti di utilizzare con il paziente nuovamente alcune Tecniche di tipo Top-Down, proprio per far sì che questo, prima di finire i suoi lavori, possa intenzionalmente provare ad attribuire un Nome, un'Immagine e/o un Senso all'Esperienza Emotiva, Corporea, Sensoriale, Motoria, Comportamentale e Relazionale appena vissuta; oppure, dopo ogni lavoro, A. può anche essere libero di esprimere semplicemente il proprio stato fisico ed emotivo, nel qui ed ora (Compito Terapeutico Narrativo). Tutto ciò, è sicuramente importante per contribuire a far sì che A. possa “assimilare ed integrare” le esperienze vissute al proprio Sé, facendole, dunque, sedimentare arricchendo così, ulteriormente, il proprio mondo interno (Funzione Personalità).

In questo paragrafo, quindi, si è cercato di spiegare l'importanza del Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale adattato al caso specifico di A. e si è cercato di evidenziare quelli che possono essere considerati i primi risultati importanti ottenuti all'interno di questo lavoro così complesso che, sicuramente, sarà portato avanti e sperimentato ulteriormente nel corso del lavoro terapeutico con il paziente.

Nel paragrafo successivo, verrà trattata un'altra tematica molto importante che tiene conto della possibilità di utilizzare, nella relazione riabilitativa e di cura con A., un'altra Tipologia di Intervento Integrato, Sicuro ed Innovativo come il DBR e, come accennato precedentemente, ci si propone, inoltre, di provare ad integrare questa Tipologia di Trattamento con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato.

2.2. Il DBR - Deep Brain Reorienting e l'integrazione con l'approccio ASI e la Gestalt

In questo paragrafo si cercherà, quindi, di ipotizzare come il DBR può essere utilizzato nel trattamento di quelle probabili “Ferite di Attaccamento” che caratterizzano la storia di A.

Prima di addentrarsi nella specificità dell'utilizzo di tale tipologia di intervento nella relazione terapeutica con il paziente, si ritiene opportuno identificare e specificare quelli che rappresentano i Concetti Base, la Neurobiologia e la Metodologia del Trattamento con il DBR.

Il Deep Brain Reorienting (DBR) rappresenta una Psicoterapia del Trauma anche se tende a trattare non soltanto i traumi e consiste, principalmente, in una Tecnica di tipo Bottom-Up, in quanto, si propone di iniziare da una stimolazione sottocorticale per, poi, giungere ad un cambiamento dei centri corticali superiori. Il DBR si propone,

dunque, di agire direttamente sui precursori tensivi dell'attività traumatica basandosi sull'utilizzo di una Sequenza OTA'S che rappresenta la base di tale tipologia di Approccio Clinico.

Questa tipologia di trattamento nasce con Frank Corrigan e si propone, dunque, di trattare, principalmente, i "Traumi e/o le Ferite di Attaccamento, dell'Intersoggettività" intervenendo in sicurezza, in profondità e molto più velocemente su quadri clinici molto complessi come, ad esempio, i Disturbi Dissociativi.

È fondamentale cercare di comprendere la Neurofisiologia del DBR e la sua evoluzione, in quanto, tale tipologia di trattamento tende a spiegare il Trauma secondo una Prospettiva Neurobiologica e Neurofisiologica.

La considerazione della suddetta ipotesi di trattamento non può prescindere assolutamente dal tenere in considerazione e dal rifocalizzarsi su quello che rappresenta il Profilo Sensoriale di A.; ciò permette, inoltre, di ipotizzare, ancora una volta, la possibilità di utilizzare una tipologia di intervento che tende ad integrare diversi Approcci Teorici e Metodologici come, ad esempio, l'Approccio Terapeutico ASI relativo all'Integrazione Sensoriale e la Terapia DBR, tenendo, a sua volta, sempre in considerazione un'ottica Gestaltico Integrata e le varie Fasi del Ciclo del Contatto.

Per cui, come già affermato precedentemente, A. sembra presentare un Profilo Sensoriale caratterizzato da una condizione di Iper-Reattività Tattile; questo, infatti, sembra essere particolarmente sensibile e intollerante nei confronti di diversi stimoli tattili e sembra, inoltre, non riuscire a tollerare il "Tocco" dell'Altro. A., infatti, innanzi alla presenza di determinati stimoli e/o esperienze di tipo tattile che questo tende a percepire come imprevedibili, sgradevoli e/o avversive e, inoltre, in relazione ad una determinata tipologia di prossemica e/o a un'eccessiva e improvvisa vicinanza fisica da parte dell'Altro nei suoi confronti, questo sembra manifestare delle Risposte Affettive di paura e di terrore che lo spingono ad attivare delle "Difese Tattili" come, ad esempio, il lavarsi continuamente le mani e/o parti del corpo oppure assumere dei Comportamenti Difensivi di Fuga e/o di Evitamento. Come già accennato precedentemente, queste Risposte Difensive permettono ad A. di ridurre i propri elevati Livelli di Arousal e rappresentano dei tentativi disfunzionali da parte di questo di ripristinare il proprio equilibrio neurofisiologico e di autoregolarsi, cercando di sopravvivere e di adattarsi alle varie esperienze che fanno parte della propria routine quotidiana.

Attraverso il Trattamento ASI che promuove il raggiungimento di un Processo di Integrazione Sensoriale, come accennato precedentemente, si è cercato, inizialmente, soprattutto all'interno di una Fase di Pre-Contatto, di esporre progressivamente il paziente ad alcune esperienze sensoriali tattili attraverso l'utilizzo del Gioco e dei Laboratori di Cucina e di Pittura; inoltre, attraverso ciò che in Gestalt viene considerato come una sorta di Gioco Figura/Sfondo e attraverso ciò che, invece, secondo i Principi dell'ABA viene definita come un'associazione stimolo-stimolo-pairing, si è cercato di coinvolgere A. in attività che tendono ad essere per lui altamente motivanti e gradite, in quanto, sono attività che stimolano i canali sensoriali preferiti dal paziente come, ad esempio, il canale vestibolare e quello propriocettivo. A., infatti, gradisce molto muoversi velocemente nello spazio senza un'apparente finalità, gradisce molto

fare esercizi psico-motori in Palestra e gradisce ascoltare la musica. Per cui, all'interno di alcune sessioni di terapia, nel momento in cui, vengono messe in figura le attività e le esperienze preferite di A. e si cerca di coinvolgerlo in queste attività che stimolano altri canali sensoriali per lui altamente motivanti; ci si propone, al tempo stesso, di continuare a stimolare, contemporaneamente, sullo sfondo il canale sensoriale tattile del paziente sottoponendolo, dunque, a degli stimoli tattili a lui poco graditi come, ad esempio, il provare a ridurre la prossemica nei suoi confronti, provare a sfiorare le sue mani, le sue braccia sino ad arrivare, infine, a poterlo abbracciare senza che questo possa provare disagio e/o fastidio. In questo modo, dunque, lo stimolo tattile avversivo presentato ad A. tende a rimanere un po' più sullo Sfondo rispetto agli stimoli a lui graditi che, invece, vengono simultaneamente messi in Figura e, al tempo stesso, questo processo permette ad A. di sperimentare e di apprendere delle esperienze nuove che gli permettono, quindi, di interfacciarsi e di esporsi in maniera diversa e in modo progressivo agli stimoli avversivi (Saturazione e/o Inibizione Sensoriale). Tutto ciò, permette, quindi, di ridurre, man mano, l'iper-sensibilità e l'eccessiva reattività del paziente nei confronti degli stimoli tattili che, grazie a questo Processo di Integrazione, è come se venissero, poco a poco, reintegrati da A. a livello sensoriale diventando maggiormente tollerabili e accettabili da parte di questo.

A seguito di quanto sopra espresso, visto che la componente sensoriale tende ad essere fondamentale anche nel trattamento con il DBR, in quanto, il Collicolo Superiore è considerato come il "centro di ricezione e di integrazione dei vari stimoli (input) sensoriali" che provengono dalla corteccia e dalla neurocorteccia cerebrale; visto, inoltre, che in relazione "a come la persona sente", durante le esperienze primarie della propria vita, questa tende, successivamente, a registrare delle memorie implicite, sensoriali e corporee che determineranno automaticamente in questa il modo di attribuire un significato alle cose e determina, inoltre, l'emissione di determinate risposte affettive e difensive. A seguito di tutto ciò, quindi, si è ipotizzata la possibilità di affiancare al Trattamento ASI di Integrazione Sensoriale anche l'utilizzo del DBR con il paziente, proprio per cercare di intervenire nei confronti di questo ad un livello ancora più profondo attraverso un processo di ri-orientamento cerebrale rispetto alle proprie eventuali memorie traumatiche e rispetto, dunque, a tutti quegli stimoli e a tutte quelle esperienze che interessano soprattutto i canali tattili ma anche quelli visivi che questo tende a considerare come spiacevoli e avversivi. Si ipotizza, infine, la possibilità che tale tipologia di intervento sopra espresso possa avvenire, a sua volta, sempre all'interno di una cornice Gestaltico Integrata che tiene conto delle Fasi del Ciclo del Contatto.

Considerando il caso di A. e considerando quanto sopra espresso, in merito al profilo sensoriale di questo caratterizzato dalla possibile presenza di un'iper-reattività tattile, tende ad emergere anche una riflessione importante sull'importanza che il sistema del "tatto" tende ad avere, insieme al sistema vestibolare e propriocettivo, nello sviluppo e nell'integrazione di tutti gli altri sistemi sensoriali, emotivi, cognitivi e motori del bambino. Il "Tocco", infatti, rappresenta ciò che più veicola i messaggi di socialità

e di affettività, all'interno della relazione primaria di attaccamento tra la madre e il bambino. Si parla, infatti, del "tocco che nutre", proprio perché il con-tatto tra la madre e il bambino, nei primi anni di vita, è fondamentale per soddisfare i bisogni affettivi del bambino; quest'ultimo, inizialmente, è incapace di autoregolarsi ed è attraverso la relazione e il con-tatto con il caregiver, il quale funge da regolatore, che il bambino si calma. Successivamente, dunque, in relazione alle caratteristiche di tale relazione di attaccamento, il bambino riuscirà o meno ad acquisire, nel tempo, tutte quelle competenze che gli permetteranno di Autoregolarsi su più livelli e, dunque, ad un livello emotivo, sensoriale, motorio, cognitivo e comportamentale. Il "Tocco", dunque, rappresenta la prima forma di comunicazione tra il bambino e il caregiver ed è fondamentale per la strutturazione delle basi relative alle prassie e allo schema corporeo e, inoltre, è fondamentale per lo sviluppo, come abbiamo visto precedentemente, delle capacità sociali, relazionali ed emotive.

Per quanto riguarda A., probabilmente, la sua storia di attaccamento con la figura primaria è stata contrassegnata da esperienze tattili e sensoriali che, possibilmente, per le loro caratteristiche sia qualitative che quantitative come, ad esempio, la frequenza, l'intensità e la prevedibilità/irruenza del tocco e del con-tatto, queste non sono state in grado di soddisfare a pieno il "bisogno primario di attaccamento" di A., all'interno della relazione con il caregiver; per cui, considerando anche una tipologia di trattamento integrato con il DBR, queste esperienze sensoriali pregresse, possibilmente, hanno contribuito a generare nel paziente una continua ed elevata attivazione nell'Area del Mesencefalo e, nello specifico, negli strati profondi del Collicolo Superiore e tale attivazione ha determinato la registrazione di memorie implicite, sensoriali e corporee. Innanzi, dunque, a dei determinati stimoli e/o esperienze sensoriali che A., ad un livello corticale, tende a percepire come sgradevoli e/o avversive, queste memorie traumatiche tendono, a loro volta, ad attivarsi automaticamente e anacronisticamente, generando in questo delle Tensioni di Orientamento. Le Tensioni di Orientamento, a loro volta, contribuiscono ad attivare automaticamente nel paziente delle Risposte Affettive e Difensive attraverso l'attivazione del PAG ma anche attraverso l'attivazione del Sistema Limbico e del Sistema Nervoso Simpatico; queste risposte, dunque, come osservato precedentemente, tendono ad essere per A. disfunzionali ma, al tempo stesso, gli permettono di sopravvivere alle esperienze vissute, di adattarsi e, soprattutto, permettono a questo di non sentirsi sopraffatto dalle proprie sensazioni e dai propri affetti.

Come osservato precedentemente, è possibile, dunque, che le esperienze sensoriali, soprattutto di tipo tattile, vissute da A., nei primi anni della propria vita, abbiano creato in questo un Blocco nella Fase Sensazione del Ciclo del Contatto, generando e registrando delle memorie traumatiche negli strati profondi del Collicolo Superiore di questo; tali memorie, probabilmente, hanno contribuito a strutturare in lui un Profilo Sensoriale caratterizzato, quindi, da una condizione di Iper-Reattività Tattile, per cui, A. ha imparato ad utilizzare, automaticamente e anacronisticamente, delle Difese Tattili, delle Risposte Difensive e degli Schemi Comportamentali specifici e disfunzionali che hanno, però, per questo la Funzione di abbassare i propri livelli di Arousal

e cercare, dunque, di ripristinare il proprio equilibrio neuro-psico-fisiologico.

Ciò richiama la tematica espressa nel paragrafo precedente, in quanto, tende ad evidenziare come il processo di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria, Cognitiva e Comportamentale del paziente è associato e determinato dalla messa in atto automatica di Risposte di Difesa da parte di questo che vengono, dunque, attivate tramite il PAG e tali Risposte Affettive e Difensive tendono proprio a richiamare il concetto precedente di Schema Emotivo Interpersonale.

A seguito di tutto ciò, si è ipotizzata, dunque, la possibilità di utilizzare con A. anche il DBR, proprio per cercare di provare ad orientare questo verso un processo di maggiore consapevolezza del proprio Sé, del proprio corpo, delle proprie sensazioni corporee e dei propri affetti e, inoltre, per cercare di promuovere in questo un processo di ristrutturazione profonda di alcune aree cerebrali e neuronali nei confronti di quei stimoli e di quelle specifiche esperienze attivanti che sono vissute dal paziente come traumatiche.

Da qui, dunque, si è ipotizzata la possibilità di applicare le varie Fasi Metodologiche del DBR nella relazione terapeutica con A. considerando, inoltre, le suddette fasi in relazione e in corrispondenza alle Fasi di un Macro-Ciclo del Contatto in Gestalt.

L'Applicazione Metodologica del DBR, infatti, prevede la presenza di 5 Fasi e se proviamo a considerare queste Fasi in corrispondenza alle Fasi di un Macro-Ciclo del Contatto, all'interno della Relazione Terapeutica, si potrebbe ipotizzare, dunque, che le Prime 2 Fasi del DBR che consistono nella Fase di Introduzione (Scelta del Tema e/o dello Stimolo Trigger) che rappresenta una Fase, principalmente, più di Tipo Top-Down e la Fase di Preparazione (Radicamento e il Pulire la Lavagna) potrebbero essere associate ad una Fase di Pre-Contatto, all'interno di un setting terapeutico Gestaltico Integrato; la Terza Fase di Identificazione della Sequenza OTA potrebbe essere corrispondente alla Fase di Avvio al Contatto; la Quarta Fase di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza (Seeking) nel DBR potrebbe, invece, corrispondere alla Fase del Contatto Pieno nella relazione tra paziente e terapeuta e rappresenta una Fase caratterizzata da un processamento più di Tipo Bottom-Up; infine, la Quinta Fase Conclusiva (Chiusura e Acquisizione di una Nuova Prospettiva da parte della persona), potrebbe coincidere con la Fase di Post-Contatto in Gestalt, caratterizzata dalla Funzione Personalità e rappresenta, quindi, come il ritorno ad un lavoro, nuovamente, più di Tipo Top-Down, in quanto, da parte della persona avviene un'assimilazione, una registrazione e un'integrazione dell'esperienza vissuta e il raggiungimento di un maggiore Livello di Consapevolezza del Cambiamento avvenuto.

Inoltre, all'interno di queste 5 Fasi Metodologiche della Terapia DBR, si potrebbe ipotizzare anche la presenza di un Micro-Ciclo del Contatto associato proprio alla Fase relativa al Processo di Identificazione della Sequenza OTA'S. Si potrebbe, infatti, ipotizzare che il momento in cui gli stimoli sensoriali arrivano dalla corteccia cerebrale ed entrano dagli strati superficiali sino agli strati profondi del Collicolo Superiore attivandolo e attivando, a loro volta, delle memorie implicite che tendono, dunque, a generare nella persona delle Tensioni di Orientamento, questo momento,

dunque, potrebbe corrispondere in Gestalt alla Fase Sensazione del Pre-Contatto. Il momento in cui, a seguito dell'attivazione del Collicolo Superiore, tende ad attivarsi anche il PAG determinando nella persona delle specifiche Risposte Affettive e Difensive, questo momento potrebbe, invece, corrispondere alla Fase di Avvio al Contatto in Gestalt, caratterizzata dalla Mobilizzazione Energetica e dall'Attivazione da parte della persona per affrontare l'Ambiente. Il momento del Seeking, invece, che rappresenta un Processo di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza, potrebbe coincidere con la Fase di Contatto Pieno, in cui avviene un continuo Processamento di nuove Sequenze OTA e, dunque, una continua apertura e chiusura di nuove Gestalt. Infine, nel momento in cui si assiste ad un cambiamento definitivo della valenza del Seeking che da negativo assume una valenza positiva e avviene, dunque, un Ri-Orientamento Profondo del Collicolo Superiore e delle altre aree cerebrali e neuronali verso quegli stimoli e quelle memorie precedentemente vissute come traumatiche e, inoltre, nel momento in cui tende anche ad innescarsi un cambiamento positivo delle Risposte Affettive e Difensive nella persona; questo momento, dunque, ad esempio, potrebbe coincidere con la Fase di Post-Contatto che, attraverso la Funzione Personalità, determina nella persona un'Assimilazione dell'Esperienza vissuta favorendo un Processo di Crescita, di Autodeterminazione/Autoaffermazione e di Integrazione dell'Identità e del Sé nell'individuo. Ci si propone di inserire, qui di seguito, due schemi riassuntivi che rendono ulteriormente intellegibile la correlazione tra le varie Fasi di Applicazione Metodologica del DBR e le corrispettive Fasi del Ciclo del Contatto in Gestalt (Macro-Ciclo e Micro-Ciclo), all'interno della Relazione Terapeutica. (Schema 1 e 2).

Schema 1

FASI METODOLOGICHE DEL DBR	FASI MACRO-CICLO DEL CONTATTO
1) Fase Introduzione 2) Fase Preparazione	Fase di Pre-Contatto
3) Identificazione della Sequenza OTA	Fase di Avvio al Contatto
4) Fase di Elaborazione (Seeking)	Fase di Contatto Pieno
5) Fase Conclusiva	Fase di Post-Contatto

Schema 2

IDENTIFICAZIONE SEQUENZA OTA'S	FASI MICRO-CICLO DEL CONTATTO
Fase di Attivazione del Collicolo Superiore e Orientamento verso lo Stimolo Trigger (Tensioni di Orientamento)	Fase di Pre-Contatto
Fase di Attivazione del PAG e delle specifiche Risposte Affettive e Difensive	Fase di Avvio al Contatto (Mobilizzazione Energetica)
Fase di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza (Seeking)	Fase di Contatto Pieno
Fase di Ri-Orientamento Profondo del Cervello (Collicolo Superiore, Mesencefalo, ecc.)	Fase di Post-Contatto (Assimilazione dell'Esperienza – Funzione Personalità)

Per quanto riguarda, nello specifico, la possibilità di poter applicare le varie Fasi Metodologiche del DBR nella relazione terapeutica con A., si potrebbe ipotizzare relativamente alla Prima Fase che riguarda l'Introduzione e cioè il poter stabilire, insieme al paziente, il "Tema" su cui lavorare e, in relazione a quanto affermato precedentemente e in relazione alla possibile storia di attaccamento di A. e, inoltre, in linea con quelli che sembrano essere i vari specifici tratti sensoriali e personologici di questo, si potrebbe, dunque, ipotizzare di lavorare con A. su uno dei dettagli universali e fondamentali che caratterizzano la relazione e il contatto umano e che consiste proprio nel "dettaglio dell'abbraccio".

Come affermato precedentemente, sia alcuni stimoli visivi ma, soprattutto, diversi stimoli tattili sembrano essere per A. degli "stimoli trigger", in quanto, sembrano attivare in lui il processamento di alcune Sequenze OTA'S. Si è pensato, dunque, di utilizzare come stimolo attivante proprio l'immagine o meglio alcuni disegni che raffigurano l'abbraccio e che, tra l'altro, sono disegni prodotti dal paziente stesso durante i Laboratori di Arte. Come affermato precedentemente, durante il Laboratorio d'Arte, viene data ai partecipanti la possibilità di scegliere liberamente tra più tematiche da disegnare e A. predilige sempre riprodurre dei disegni in cui sono raffigurati diverse tipologie di abbracci tra persone e ci sono anche alcuni disegni in cui uno dei protagonisti di questi abbracci è proprio lo stesso A. Da tutto ciò, dunque, si evince che possibilmente per A. l'abbraccio e il contatto fisico con l'Altro è sicuramente qualcosa di tanto desiderato, tra l'altro, l'abbraccio rappresenta proprio una "fonte propriocettiva profonda", in quanto, attraverso l'abbraccio la persona tende a sentirsi di più, sente maggiormente il proprio corpo e tutto ciò determina un effetto regolatorio e calmante nel soggetto. Inoltre, solitamente, le persone che, come A., tendono ad utilizzare delle Difese Tattili sono persone che, al tempo stesso, hanno probabilmente un grande bisogno di propriocezione e, dunque, un grande bisogno di

sentire sé stessi e il proprio corpo nel qui ed ora e nello spazio.

Al tempo stesso, però, A. sembra temere e, a volte, sembra essere proprio terrorizzato dalla vicinanza fisica con l'Altro e, infatti, questo tende a fuggire e/o ad evitare qualsiasi forma di contatto fisico sia con i propri genitori che con le persone che fanno parte delle proprie routine quotidiane e, ogni qual volta che A. viene sfiorato da qualcuno, questo tende ad attuare le sue Difese Tattili correndo, il prima possibile, verso il bagno dove tende ad attuare nell'immediato la compulsione di lavarsi velocemente le mani e/o parti del proprio corpo. Per cui, visto l'incongruenza che il paziente manifesta nei confronti del dettaglio dell'abbraccio, si è pensato, quindi, in accordo con questo, di utilizzare proprio la tematica del con-tatto e della vicinanza con l'Altro, all'interno del trattamento con il DBR, al fine di osservare come tale tematica e/o stimolo trigger potrebbe determinare in A. un'esperienza di dolore e di sofferenza attivando in questo, a sua volta, delle memorie traumatiche registrate negli strati profondi del Collicolo Superiore che stanno alla base del processamento di una determinata Sequenza OTA'S.

Dopo questa Prima Fase Introduttiva del DBR, nella Seconda Fase della Preparazione è sicuramente fondamentale fare con il paziente un lavoro di "Radicamento" (Grounding) e di "Rilascio Muscolare" (Pulire la Lavagna), proprio per preparare al meglio A. alla Fase successiva dell'Individuazione della Sequenza OTA'S.

In questa Fase, dunque, come già effettuato in alcune sedute di mindfulness precedenti, ci si propone di aiutare il paziente a radicarsi nel proprio corpo, affinché questo possa essere presente e consapevole, nel qui ed ora, a sé stesso, nel proprio corpo e nello spazio del setting terapeutico; tutto ciò, è sicuramente necessario per poter rimandare al paziente di essere in una "condizione di protezione" e richiama il concetto espresso, precedentemente, di "Doppia Focalizzazione".

Sempre all'interno di questa Fase, è fondamentale poter aiutare il paziente a rilasciare tutte le tensioni che questo presenta nel corpo e, soprattutto, all'altezza delle spalle, del collo, della testa e della faccia e aiutarlo a distendere, il più possibile, la sua muscolatura; lo scopo, dunque, del "pulire la lavagna" è proprio quello di ridurre, il più possibile, in A. le sue tensioni muscolari e motorie, in maniera tale, da far sì che questo possa essere maggiormente predisposto e sensibile nel riconoscere tutte quelle piccole Tensioni di Orientamento inconscie che emergono dall'attivazione del Collicolo Superiore in relazione alla presenza di un determinato stimolo trigger e/o tema attivante e che precedono tutti quegli Affetti, quelle Emozioni e quelle Risposte Difensive che vengono attivate, successivamente, dal PAG.

Da qui, si giunge alla Terza Fase del DBR che consiste nell'Identificazione della Sequenza OTA nel paziente.; in questa Fase, dunque, si potrebbe somministrare ad A. con pazienza e con il giusto timing lo stimolo attivante procedendo, dunque, in "slow-motion". Sarebbe sicuramente utile procedere in uno stato di "profonda connessione" con il paziente, in cui lo stimolo attivante che in questo rappresenta, dunque, l'immagine dell'abbraccio, gli possa essere somministrato con il giusto tempo, dando ad A. la possibilità di focalizzarsi su quell'immagine con calma come se questo la guardasse a rallentatore e provare, in seguito, a sentire la Tensione di Orientamento che

tende ad emergere nel proprio corpo. In questa fase, si potrebbe anche ipotizzare di provare a somministrare al paziente lo stimolo attivante, e dunque, l'immagine dell'abbraccio, anche in maniera secca, brusca, rallentando, il più possibile, il tempo interno di questo e spostando la sua attenzione soprattutto nella zona delle spalle, del collo e della faccia; ciò, potrebbe contribuire, a un livello neurofisiologico, a far sì che le aree corticali di A. possano registrare, con maggiore facilità, l'eventuale discrepanza presente in questo tra il prima e il dopo la seduta di DBR.

La possibilità che il paziente possa iniziare a Orientarsi (O) consapevolmente verso alcune Tensioni (T) del proprio corpo e, dunque, la possibilità che questo possa iniziare ad ascoltarsi e a stare in con-tatto con il proprio corpo e con le proprie Tensioni di Orientamento, tutto ciò, a un livello neurofisiologico, potrebbe permettere già di creare in questo delle nuove connessioni tra aree cerebrali e neuronali e, dunque, delle nuove connessioni tra aree corticali e aree sottocorticali, tra Corteccia e Collicolo Superiore; quindi, è come se la Tensione di Orientamento da un livello inconscio, poco a poco, iniziasse ad emergere, sempre più, a un livello di consapevolezza.

Durante questo processo, in relazione a quanto sopra espresso, lo stimolo trigger potrebbe, dunque, attivare nel paziente delle memorie traumatiche registrate negli strati profondi del Collicolo Superiore e, al tempo stesso, ciò potrebbe contribuire a determinare un Orientamento (O) da parte di questo verso una Tensione (T) fisica, corporea e sensoriale che tende ad interessare soprattutto la zona del collo, delle spalle e del viso, soprattutto gli occhi; A., infatti, sembra essere molo rigido e contratto nelle spalle e nel collo e, inoltre, tende, a volte, a chiudere velocemente e a contrarre gli occhi. Sarebbe importante, quindi, permettere al paziente "di stare, il più possibile, su queste Tensioni di Orientamento", affinché possano divenire maggiormente consapevoli.

A seguito di tutto ciò, è fondamentale provare ad osservare le Riposte Affettive e Difensive (A) che si attivano nel paziente, attraverso, a sua volta, l'attivazione del PAG; da quanto osservato precedentemente, in A. sembrano, dunque, attivarsi frequentemente delle emozioni di paura e, a volte, anche di vergogna correlate all'attivazione della Colonna Dorsomediale del PAG. A. sembra anche provare, a volte, delle emozioni di rabbia che, però, questo cerca continuamente di soffocare, di isolare e di nascondere anche se, ogni tanto, l'emozione della rabbia tende, comunque, ad emergere in alcune sue espressioni verbali critiche e irruenti nei confronti dell'Altro.

In A., inoltre, in relazione al suo Profilo Clinico descritto precedentemente, sembrano emergere, in base ai vari momenti e ai vari setting di vita quotidiana, Tre Tipologie Differenti di Risposte di Difesa; questo, infatti, a volte, tende a manifestare delle "Risposte di Difesa Attive", caratterizzate dalla messa in atto di Comportamenti di Attacco, di Fuga/Evitamento e di Attivazione Incontrollata associate, dunque, a un Aumento in questo del proprio Livello di Arousal e tali risposte, a loro volta, sono determinate da un'attivazione delle Colonne Dorsolaterali e Laterali del PAG. A., infatti, a volte, tende ad assumere dei comportamenti oppositivi e di evitamento nei confronti di alcuni compiti e/o consegne che gli vengono date dagli adulti di riferimento e sembra anche fuggire da alcune situazioni che tendono, particolarmente, ad

attivare in questo il proprio stato neurofisiologico e tendono ad aumentare, dunque, il proprio livello di arousal; questo, quindi, tende proprio ad opporsi attraverso i suoi frequenti rifiuti che tende chiaramente a verbalizzare all'Altro.

A., inoltre, sembra presentare, a volte, anche delle "Risposte Difensive Passive", determinate dall'attivazione delle Colonne Ventrolaterali del PAG; si sono riscontrati, infatti, degli episodi in cui il paziente sembra mostrare come una reazione di Paralisi e/o Freezing, associata a un Abbassamento del proprio Livello di Arousal, innanzi alla vicinanza fisica improvvisa, irruente, brusca e imprevedibile di alcuni suoi coetanei del Centro Diurno che provano ad entrare semplicemente in relazione con questo. Si è potuto osservare come A. sembra temere la diversità ma soprattutto l'imprevedibilità dell'Altro, al punto tale da rimanere come immobile e paralizzato innanzi a degli improvvisi tentativi di vicinanza fisica da parte degli altri ragazzi della sua stessa età e anche questi con un deficit del neurosviluppo.

Infine, è capitato, almeno una volta, di osservare nel paziente una Risposta Difensiva di Immobilità Tonica (Stopping) determinata dall'attivazione contemporanea di tutte le Colonne del PAG; si ricorda, infatti, quando con A. e con i suoi genitori è stata fatta la prima visita, propedeutica per l'inserimento del ragazzo, per la prima volta, presso il Centro Diurno per l'Autismo e mentre l'equipe di riferimento cercava di svolgere un'anamnesi sulla sua storia e sulla sua condizione clinica, tramite il colloquio con i genitori, A., improvvisamente, è come se fosse caduto in uno stato di sonno profondo ed era come se fosse completamente tutto rannicchiato in sé stesso sulla poltrona in cui era seduto, proprio come se fosse in una posizione di chiusura fetale e, malgrado i genitori lo chiamassero per tentare di svegliarlo, questo sembrava non rispondere agli stimoli esterni come se fosse completamente spento, impermeabile e non reattivo ad ogni tipologia di stimolazione esterna. Da tutto ciò, si evince che, possibilmente, l'esperienza della prima visita e la possibilità per A. di confrontarsi, per la prima volta, con l'esperienza completamente nuova, diversa e non conosciuta, rispetto alla propria routine quotidiana e rispetto alle proprie abitudini, dell'inserimento di questo presso il centro diurno; tale condizione, probabilmente, ha contribuito a creare in questo uno stato di forte tensione fisica e una condizione di eccessiva e incontrollata attivazione neuro-psico-fisiologica che A. ha cercato di fronteggiare attraverso la reazione di Immobilità Tonica che lo ha indotto come "a spegnersi", così come avviene in una condizione di svenimento e/o di addormentamento profondo.

Da quanto sopra espresso, in relazione alla tipologia di Funzionamento del paziente e in relazione alle varie Risposte Affettive e Difensive di questo, è possibile anche ipotizzare il manifestarsi, sporadicamente, in A. anche di alcune risposte neuro-psico-fisiologiche talmente eccessive ed elevate che tendono a generare in A. delle risposte di Shock Affettivo, in cui, il "blocco neurochimico degli affetti intensi" provati ha possibilmente contribuito a determinare in questo degli stati di torpore, di alterazione delle sensazioni corporee, degli stati di analgesia e, infine, degli stati emozionali non processati e non elaborati. Tutto ciò, contribuisce, dunque, ad un processo di Dissociazione che può manifestarsi nel paziente con Alto e/o con Basso Arousal e che può

portare questo ad attivare dei comportamenti disadattivi che, però, hanno la funzione di riequilibrare il proprio livello di arousal come, ad esempio, in base a quanto osservato precedentemente, si riscontra nella stessa funzione dei comportamenti compulsivi messi in atto da A. oppure nei comportamenti di paralisi e/o freezing o nell'immobilizzazione tonica (stopping).

Dunque, in relazione a quanto espresso, in A. si può ipotizzare la presenza di diverse Tipologie di Loop e, cioè, di diverse Tipologie di Dissociazione, in quanto, questo sembra presentare una Dissociazione Intra-Corticale tra aree corticali e neuronali; inoltre, A., visto che presenta una comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, questo presenta, soprattutto, una Dissociazione tra aree Sopracorticali come, ad esempio, la Corteccia Prefrontale, il Sistema Nervoso Parasimpatico che sono responsabili del pensiero e, in questo caso, sono responsabili dei Meccanismi di Difesa come l'Intellettualizzazione, l'Isolamento, la Razionalizzazione e le aree Sottocorticali come il Mesencefalo, il Sistema Nervoso Simpatico, l'Amigdala che, invece, sono responsabili delle varie Risposte Affettive e Difensive di A. appena sopra elencate. Infine, in questo è, probabilmente, presente anche una Dissociazione all'interno delle stesse aree Sottocorticali e, cioè, una Disconnessione e un Loop che avviene all'interno del Mesencefalo stesso come, ad esempio, la Dissociazione tra il Collicolo Superiore e il PAG.

Questa condizione contribuisce, quindi, a creare in A. una Dissociazione tra le parti del proprio Sé e una Dissociazione tra i vari Livelli Sensoriali ed Esperienziali di questo.

In base a tutto ciò, una volta, dunque, Identificata la Sequenza OTA nel paziente, si potrebbe passare all'attuazione della Quarta Fase del DBR che consiste nella Fase di Elaborazione e/o di Seeking che si propone di "Orientare A. verso la Consapevolezza". In questa Fase, è fondamentale lasciare che il cervello del paziente possa curare naturalmente le proprie "ferite dell'anima", in quanto, è come se si attivasse un "flusso naturale di elaborazione" che contribuisce a un "processo di auto-guarigione" della persona.

Durante questo processo di elaborazione e di orientamento verso la consapevolezza, è sicuramente importante, quindi, continuare a focalizzarsi sulle "ferite di attaccamento" che stanno alla base del processamento della Sequenza OTA in A. e tenere sempre in mente l'ancora dello stimolo attivante che, in questo caso, è rappresentato dall'immagine dell'abbraccio che tende, a sua volta, a generare in questo l'attivazione di quelle memorie traumatiche registrate nel Collicolo Superiore, il quale attivandosi genera delle Tensioni di Orientamento che determinano, dunque, le varie Risposte Affettive e Difensive tramite il PAG. Dunque, in questa Fase, è fondamentale riconoscere e saper valutare in modo dinamico i segni del comportamento non-verbale del paziente e, dunque, i segni delle Risposte Affettive e Difensive che si attivano in questo attraverso la rigidità e/o i movimenti delle sue spalle, del suo collo e dei suoi occhi come precedentemente osservato.

Tutto ciò è importante perché permette di comprendere cosa sta avvenendo nel cervello del paziente, che tipo di elaborazione sta avvenendo nel suo Mesencefalo e per-

mette, dunque, di osservare il Processamento della Sequenza OTA iniziale che tende ad attivare diversi circuiti di Seeking che determinano, a loro volta, lo scorrere e il susseguirsi continuo di altre Sequenze OTA, sino a quando, non arrivano ad attivarsi in A. dei sistemi di Seeking piacevoli e positivi come, ad esempio, il sistema della Cura e del Gioco. Tutto ciò, man mano, potrebbe contribuire allo scioglimento delle varie Tensioni di Orientamento presenti nel paziente, tensioni attivate dagli strati profondi del Collicolo Superiore e favorire, inoltre, un “ri-orientamento” di questo verso quelle memorie traumatiche precedentemente vissute come inaccettabili e intollerabili ma che, attraverso questo processamento, possono, invece, essere da A. riconosciute, elaborate, consapevolizzate e integrate, rendendo il Collicolo Superiore meno sensibile nei confronti di tali memorie e determinando, dunque, una “ri-strutturazione profonda” del Mesencefalo e del cervello del paziente.

Quanto sopra espresso, sembra richiamare, ad un livello neurofisiologico, il processo che, nel paragrafo precedente sullo Schema Emotivo Interpersonale, era stato definito come l’inizio e la possibilità di instaurarsi nel paziente come una sorta di “Finestra di Tolleranza”.

Infine, nella Quinta Fase che consiste proprio nella Conclusione, sarebbe sicuramente opportuno chiudere in maniera più ottimale possibile la seduta con A., favorendo in questo un “processo di assimilazione, di consolidamento e di integrazione sia dell’esperienza avvenuta che del cambiamento e dei possibili risultati ottenuti”, all’interno della seduta di DBR.

In questa Fase del DBR, inoltre, è anche molto importante il concetto di “Nuova Prospettiva”, in quanto, occorre osservare se nel paziente potrebbe essere avvenuta, dopo la seduta, qualsiasi forma di cambiamento nel modo di vedere e di considerare sé stesso; visto che A. manifesta la tendenza a chiudere e a contrarre gli occhi, gli si potrebbe chiedere, in questa Fase, di provare a spalancare i suoi occhi, terminando la seduta con il far fare a questo qualcosa di diverso rispetto alla sua tendenza di non voler vedere le cose e di provare, quindi, ad evitarle. Sarebbe importante, dunque, terminare facendo sentire al paziente che può essere in grado, nel qui ed ora, di vedere e di sentire qualcosa di diverso, rispetto all’inizio della seduta; si potrebbe, inoltre, osservare se in questo è avvenuto un cambiamento relativo alla propria postura e/o alle proprie sensazioni corporee ed è importante, inoltre, avere la possibilità di rimandare ad A. l’eventuale “Mismatch Mesencefalico” e, cioè, l’eventuale presenza in questo di una notevole discrepanza tra il prima e il dopo il trattamento con il DBR. Tutto ciò è fondamentale, in quanto, attraverso un lavoro nuovamente più di tipo Top-Down, si potrebbe aiutare il paziente a significare, ad assimilare e ad integrare l’esperienza avvenuta e tutto ciò che potrebbe accadere in seduta e, inoltre, aiutare questo a divenire maggiormente consapevole del processo terapeutico e del cambiamento avvenuto nel proprio Sé. Ciò che è importante, dunque, è proprio il cambiamento che avviene a un livello sottocorticale e, dunque, a livello del Mesencefalo che, di conseguenza, porta anche ad un cambiamento a livello superiore delle aree sopracorticali e che, quindi, potrebbe generare in A. un “cambiamento della rappresentazione mentale che questo ha del proprio Sé”.

Sarebbe, dunque, importante, ad esempio, dare l'indicazione al paziente di poter stare in questa "nuova prospettiva di Sé" e nelle sue nuove sensazioni corporee il più possibile, soprattutto nell'arco delle 3-4 ore successive alla seduta, in modo tale, da favorire, ulteriormente, in questo il consolidamento degli eventuali risultati ottenuti nella seduta di DBR.

Tutto ciò, richiama, dunque, ciò che in Gestalt, nella Fase di Post-Contatto, viene definita Funzione Personalità che è fondamentale, in quanto, da un lato, determina nella persona e, in questo caso, in A. un processo di sedimentazione, di significazione, di assimilazione e di integrazione, ad un livello profondo del cervello, dell'esperienza vissuta e del cambiamento avvenuto in questo; al tempo stesso, quanto sopra espresso, contribuisce al raggiungimento di un ampio "processo di integrazione" che, come si è già visto, interessa più livelli, in quanto, determina una tipologia di Integrazione Intra-Corticale tra aree corticali e neuronali; una tipologia di Integrazione tra aree Sopracorticali come la Corteccia Prefrontale, il Sistema Nervoso Parasimpatico e l'Ippocampo che sono responsabili del pensiero e le aree Sottocorticali come il Mesencefalo, il Sistema Nervoso Simpatico e l'Amigdala che, invece, come osservato, sono responsabili delle varie Risposte Affettive e Difensive del paziente; infine, si assiste anche a un'Integrazione tra le stesse aree Sottocorticali e, cioè, all'interno dello stesso Mesencefalo tra il Collicolo Superiore e il PAG.

La suddetta condizione, infine, rappresenta la base che contribuisce anche a determinare una sorta di Connessione tra i vari eventi che caratterizzano la Storia di Vita del paziente, determinando in questo, un senso di continuità caratterizzato da un'Integrazione tra le varie Parti e/o gli Stati del proprio Sé e da un'Integrazione Sensoriale e dei propri Livelli di Esperienza.

3. Risultati

Giungendo alla Fase Conclusiva di questo articolo, in relazione ai vari argomenti trattati e in relazione alla complessità del quadro clinico di A., si possono osservare, quindi, gli eventuali benefici dell'utilizzo di un Approccio Terapeutico Integrato che tiene conto di Orientamenti Teorici e Metodologici differenti. Ad oggi, infatti, si riscontra come il paziente, nei vari contesti di vita quotidiana e da quanto riferito anche dai genitori, sembra presentare una notevole riduzione dei comportamenti compulsivi e dei pensieri rigidi e disfunzionali.

A., inoltre, ad oggi, sembra manifestare una maggiore fiducia e sicurezza nelle proprie capacità, abilità e competenze e sembra anche manifestare una maggiore iniziativa nell'intraprendere e nel sostenere una comunicazione e un'interazione con l'Altro esprimendo verbalmente con più frequenza i propri bisogni nel qui ed ora.

4. Discussione

Per concludere, si auspica che A. possa trovare, sempre più, così come il personaggio di Dorothy, la strada per poter tornare nella sua casa interna e, dunque, ci si augura con tutto il cuore che questo possa trovare quella strada che gli permetta di "giungere

alla scoperta di sé stesso”; ci si augura, inoltre, che questo possa contattare il proprio Sé e l’Altro e che possa ritrovare e/o scoprire tutte quelle ricchezze e quelle risorse interne che realmente possiede e che rappresentano per lui, come le scarpette rosse di Dorothy, quegli strumenti magici che, a loro volta, possono essere in grado di sostenerlo nel portare avanti, con tutta l’umanità e la dignità che ogni essere umano merita, il proprio processo di autoaffermazione e di autodeterminazione, durante il percorso evolutivo della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Gigante, E. (2018). Spiragli nello Spessore del Silenzio. M@rpedizioni.
2. Perrone, L. V., & Gigante, E. (2019). L’Integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel Lavoro con lo Spettro Autistico. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 1(2), 97–104. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.2.68>.
3. Perrone, L. V., & Gigante, E. (2020). L’Integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel Lavoro con lo Spettro Autistico e le Disabilità Intellettive. Edizioni Accademiche Italiane.
4. Scarito, F. P. (2021). Neuroscienze ed Evoluzione Esperienziale. Materiale Didattico SIPGI.
5. Corrigan, F. M. (2020). Deep Brain Reorienting. Slide Corso Avanzato.
6. Lanius, U. F., & Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2021). Neurobiologia e Trattamento della Dissociazione Traumatica. Verso un Sé Incarnato. Pratiche Comportamentali e Cognitive. Edizione Italiana a cura di Frau, C., & Giusti, D. Franco Angeli Editore. 1° Edizione.
7. Ayres, A. J. (2012). Il Bambino e l’Integrazione Sensoriale. Le Sfide Nascoste della Sensorialità. Giovanni Fioriti Editore.
8. Ayres, A. J. (2022). L’Integrazione Sensoriale. Storia e Principi dell’Approccio Terapeutico ASI. Associazione Italiana di Integrazione Sensoriale. www.sens-is.it.
9. Gigante, E. (2019). Concetti Base del Modello Gestaltico-Integrato in Psicoterapia. info@hygieia-formazione.it.
10. Francesetti, G. (2017). Sospesi su Punteggi Vacillanti ci Sosteniamo sulle Nostre Fissazioni. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: una Esplorazione Fenomenologica e Gestaltica.
11. Giusti, E., & Chiacchio, A. (2002). Ossessioni e Compulsioni. Valutazione e Trattamento della Psicoterapia Pluralistico Integrata. Sovera Editore.
12. Cavagnola, R., & Bertelli, M., & Chiodelli G. (2021). Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia. www.amicodi.org.
13. National Association for Dual Diagnosis. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID-2). NADD (2016).
14. Bertelli, M. (2019). Systematic Psychopathological Assessment for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities – General Screening, Firenze.
15. Bailey, J.S., & Burch, M.R. (2002). Research Methods in Applied Behavior Analysis.
16. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (1993). Strategies and Tactics of Behavioral Research, Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
17. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (2009). Strategies and tactics of behavioral research, Third Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
18. Bellomo, V. (2021). Adolescenti Autistici ad Alto Funzionamento: un’Ipotesi di Studio sull’Efficacia del Trattamento Integrato per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicopatologia*, 3(2), 10-22. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.122>.
19. Rogers, C. (1970). La Terapia Centrata sul Cliente. Edizione Martinelli, Firenze.
20. Ellis, A. (2000). La Terapia Razionale Emotiva del Comportamento.

21. Beck, A.T. (1979). *La Terapia Cognitiva e i Disturbi Emotivi*. Resprint Edizione.
22. Polster, E., & Polster, M. (1973). *Terapia della Gestalt Integrata. Profili di Teoria e Pratica*. Giuffrè Editore, Milano.
23. Fonagy, P., & Gergely, G., & Jurist, E.L., & Target, M. (2005). *Regolazione Affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina Editore.
24. Hill, D. (2017). *Teoria della Regolazione Affettiva*. Raffaello Cortina Editore.
25. Berne, E. (1978). *Analisi Transazionale e Psicoterapia. Un Sistema di Psichiatria Sociale e Individuale*. Astrolabio Editore.
26. Steward, I., & Joines, W. (1990). *Analisi Transazionale*. Garzanti Editore, Milano.
27. Moiso, C., & Novellino M. (1982). *Stati dell'Io. Le Basi Teoriche della Analisi Transazionale Integrata*. Casa Editrice Astrolabio.
28. Scarito, F. P. (2021). *Neuroscienze e Mindfulness. Materiale Didattico SIPGI*.
29. Paganoni, M. (2017). *Mindfulness e Autismo ad Alto Funzionamento. State of Mind. Il Giornale delle Scienze Psicologiche*.
30. Costa, A., & Fiorot, E. (2018). *Imparo con il Video Modeling. Modelli Comportamentali per l'Apprendimento delle Autonomie Personali, Domestiche e Sociali*. Erickson Editore.
31. Baum, L. F. (1993). *Il Mago di Oz. Scolastiche* Bruno Mondadori.
32. Secchiaroli, L., & Triolo M. (2020). *Il Role Playing. Una Tecnica Trasversale che Apre Nuove Prospettive*. Franco Angeli Editore.

ARTICOLO DI OPINIONE

Il controtransfert nella supervisione pluralistica integrata

Claudia Montanari¹, Laura Rapanà¹¹ A.S.P.I.C.**Citation**

Montanari C., Rapanà L. (2022).
Il controtransfert nella supervisione
pluralistica integrata
Phenomena Journal, 4, 76-91.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.174>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Claudia Montanari
info@claudiamontanari.it

Ricevuto: 23 ottobre 2022**Accettato:** 29 novembre 2022**Pubblicato:** 29 novembre 2022

ABSTRACT

In this article we want to focus on the work with countertransference in clinical supervision of according to the Integrated Pluralistic Model used by supervisors of the Association for the Development of the Individual and the Community. In supervision, countertransference analysis is an emotional contact technique for working through the unfinished *gestalts* that interfere in the psychotherapeutic process in the *here and now*; this intervention allows the supervisee to increase his awareness and be a more effective and efficient therapist. In this contribution, after a presentation of the model, the direct experience of a group supervision will be exposed to illustrate a possible work with the countertransference with the aim of generating reflections on this topic by professionals who deal with this specific field and to solicit greater investment in empirical evidence.

KEYWORDS

Supervision, countertransference, video recording.

ABSTRACT IN ITALIANO

In questo articolo si vuole porre il focus sul lavoro con il controtransfert nella supervisione clinica secondo il Modello Pluralistico Integrato utilizzato dai supervisori dell'Associazione per lo Sviluppo dell'Individuo e della Comunità. In supervisione, l'analisi del controtransfert è uno strumento di contatto emotivo per elaborare nel *qui e ora* le *gestalt* incompiute che interferiscono nel processo psicoterapeutico; tale intervento permette al supervisionato di aumentare la propria consapevolezza ed essere un terapeuta più efficace ed efficiente. Nel presente contributo, dopo una presentazione del modello, sarà esposta l'esperienza diretta di una supervisione in gruppo per illustrare un possibile lavoro con il controtransfert con lo scopo di generare delle riflessioni su tale argomento da parte dei professionisti che si occupano di questo specifico ambito e di invitare a un maggior investimento sull'evidenza empirica.

PAROLE CHIAVE

Supervisione, controtransfert, videoregistrazione.



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

1. Introduzione

La supervisione clinica ha importanti implicazioni per lo sviluppo di uno psicoterapeuta [1]. Per tale motivo, è necessario investire sugli interventi di supervisione affinché siano di supporto emotivo e psicologico, di crescita etico-morale, efficaci ed efficienti ai fini del perfezionamento professionale per l'acquisizione di competenze necessarie allo svolgimento di un lavoro *sufficientemente buono* per il proprio cliente [2-5]. Una stretta alleanza è alla base della relazione tra supervisore e supervisionato [6] tanto quanto quella tra terapeuta e cliente, perché può favorire la fiducia [7], ridurre il rischio di *burnout* [8], e perché aiuta a rivelare da parte del supervisionato, aspetti importanti [9], promuovendo anche l'esplorazione di controtransfert che impattano nell'interazione con i clienti [10]. Una supervisione competente [11] favorisce il riconoscimento dei punti di forza e dei talenti del supervisionato, incoraggiando l'autoefficacia che, come sottolineano Mesrie, Diener e Clark [3] in una loro ricerca, è direttamente influenzata dall'attaccamento del supervisionato al supervisore stesso. «L'arduo lavoro del supervisore è riuscire a cogliere i punti di forza e di blocco o frattura della relazione, attraverso il materiale portato dal supervisionato rispetto alla sua relazione con il paziente. Ed ecco che ci si addentra nell'ambito del transfert/controtransfert sia del supervisionato con il proprio paziente che con il suo supervisore, sia del supervisore con il proprio supervisionato» [4] (pagg. 42-43). Il controtransfert in senso generale indica tutto ciò che, essendo un aspetto della personalità del terapeuta, può intervenire nel processo terapeutico. Quello del controtransfert è un concetto che è stato sviluppato attraverso diverse prospettive. Nella tabella 1 è riportata una sintesi delle diverse descrizioni del controtransfert, fatta da Falender e Shafranske, associate al *background* storico di riferimento [11].

Tab. 1. Prospettive storiche e contemporanee del Controtransfert (CT) [4] (pagg. 44-46); *ri-adattato da* [11] (Tab. 6.1, pagg. 121-123)

Prospettiva	Descrizione	Background storico
<i>CT come transfert nel transfert del cliente</i>	Comporta la risposta emotiva dello psicoterapeuta al transfert del cliente, che rappresenta un ostacolo all'obiettività e un'interferenza con il trattamento.	La visione originale fu quella di Freud [12, 13], comunemente definita <i>prospettiva ristretta</i> . Il CT si origina nelle questioni irrisolte dello psicoterapeuta.
<i>CT come totale responsività emotiva verso il cliente</i>	Comporta la totale responsività dello psicoterapeuta verso il cliente, vista come elemento che si genera inizialmente nel cliente e rappresenta un'utile fonte d'informazione per la comprensione del cliente stesso.	Il primo a proporlo fu Heimann [14], il quale sottolineò l'utilità per il terapeuta di prestare attenzione alle proprie reazioni emotive con lo scopo di raggiungere una migliore comprensione delle dinamiche del cliente; si definisce comunemente <i>prospettiva ampia o totalitaria</i> . Il CT si origina nel cliente.

<i>CT come identificazione proiettiva</i>	Si tratta di un processo intrapsichico che coinvolge la fantasia, in cui i contenuti mentali del cliente si proiettano nello psicoterapeuta evocando in lui reazioni emotive.	Fu Klein a coniare il termine <i>identificazione proiettiva</i> , in cui il cliente proietta aspetti intollerabili dell'esperienza di sé sullo psicoterapeuta [15]. Teorie successive ipotizzarono che la pressione interpersonale applicata dal cliente esercitasse un'influenza sullo psicoterapeuta portandolo a un'ulteriore identificazione nelle proiezioni del cliente [16]. Il CT si origina nel cliente.
<i>CT come obiettivo</i>	Si sviluppa come risposta emotiva da parte dello psicoterapeuta nei confronti del cliente, simile a quella verso altre persone che fanno parte della sua vita.	Identificato da Winnicott, il CT <i>obiettivo</i> riflette le risposte caratteristiche che altre persone attivano quando sono in relazione con il cliente e fornisce informazioni importanti sulle modalità con cui il cliente entra in relazione con gli altri e sulla natura di tali relazioni [17].
<i>CT come attuazione</i>	Quando lo psicoterapeuta agisce in modo complementare con il cliente mettendo in atto il transfert del cliente e la relativa risposta di CT dello psicoterapeuta.	La pressione interpersonale e intrapsichica che si origina sia nel cliente che nello psicoterapeuta sfocia nell'attuazione di un ruolo. Cliente e psicoterapeuta contribuiscono entrambi al CT di attuazione.
<i>CT come espressione di intersoggettività</i>	La responsività complessiva dello psicoterapeuta verso il cliente è influenzata dalla soggettività dello psicoterapeuta, da quella del cliente e dalla speciale relazione e interazione che si sviluppa tra loro.	Questa prospettiva postmoderna pone l'accento sulla costruzione reciproca di significato, conscia e inconscia, da parte del cliente e dello psicoterapeuta, compresi i fattori multiculturali, le differenze e le analogie individuali che influenzano costantemente la relazione terapeutica.
<i>CT come schema derivante dalla storia personale del terapeuta</i>	Schemi che delineano le valutazioni cognitive e la tendenza a determinate reazioni da parte del terapeuta nei confronti di se stesso, degli altri e degli eventi.	Gli schemi sono rappresentazioni cognitive di esperienze passate o situazioni che influenzano l'elaborazione delle informazioni, le risposte emotive e il comportamento. Gli schemi del terapeuta possono condurre a distorsioni cognitive, attenzione selettiva e meccanismi emotivi e interpersonali disadattivi. È nel concetto di <i>sistemi di fiducia terapeutica</i> [18] che viene posto l'accento sui processi cognitivi consci.

<i>CT come non corrispondenza o sovrapposizione degli schemi</i>	Gli schemi che il terapeuta apporta alla relazione terapeutica possono inavvertitamente alimentare e rafforzare gli schemi disadattativi del cliente.	Una non corrispondenza o una sovrapposizione degli schemi si riferisce a quelle condizioni in cui gli schemi del terapeuta relativi alla terapia e alle relazioni possono confermare gli schemi negativi personali del cliente e le condizioni in cui schemi simili producono reazioni interpersonali complementari. Si pone l'accento sull'interazione degli schemi, in qualche modo simile alla concezione psicoanalitica di responsabilità dei ruoli.
<i>CT come interferenza</i>	Le reazioni personali possono interferire con la capacità del terapeuta di essere completamente presente all'esperienza reale di stare con il cliente.	Malgrado si valorizzi l'autenticità del terapeuta, il CT può allontanarlo dal contatto con il cliente o interferire con lo sviluppo di una considerazione positiva incondizionata.
<i>CT come conseguenza di un contatto del terapeuta all'interno del sistema familiare</i>	Vengono evocate reazioni personali nel momento in cui il terapeuta viene inserito in uno schema di relazioni familiari anomalo.	Questa prospettiva fa riferimento a concetti di transfert e CT, sottolineando le molteplici forze (identificazioni parziali, questioni relative alla famiglia di origine, dinamiche di potere) che influenzano l'interazione terapeutica e la natura delle reazioni del terapeuta.
<i>CT come reazione interna o esterna del terapeuta che si origina principalmente nel terapeuta</i>	Comprende le esperienze soggettive e le risposte emotive che si originano da conflitti irrisolti e vulnerabilità psicologiche radicate sia nel passato sia nelle relazioni ed esperienze attuali.	Questa prospettiva transteorica pone l'accento sul ruolo esercitato dagli effetti che i conflitti irrisolti e le vulnerabilità innescano nella relazione terapeutica e che sono manifestati mediante forme di comportamento evitanti da parte del terapeuta.
<i>CT come azione idiosincratica o modello di esperienza terapeutica</i>	Comprende esperienze e risposte nettamente diverse o inusuali che differiscono dagli standard comuni del comportamento di un terapeuta.	Questa prospettiva transteorica pone l'accento sulla fenomenologia del CT.

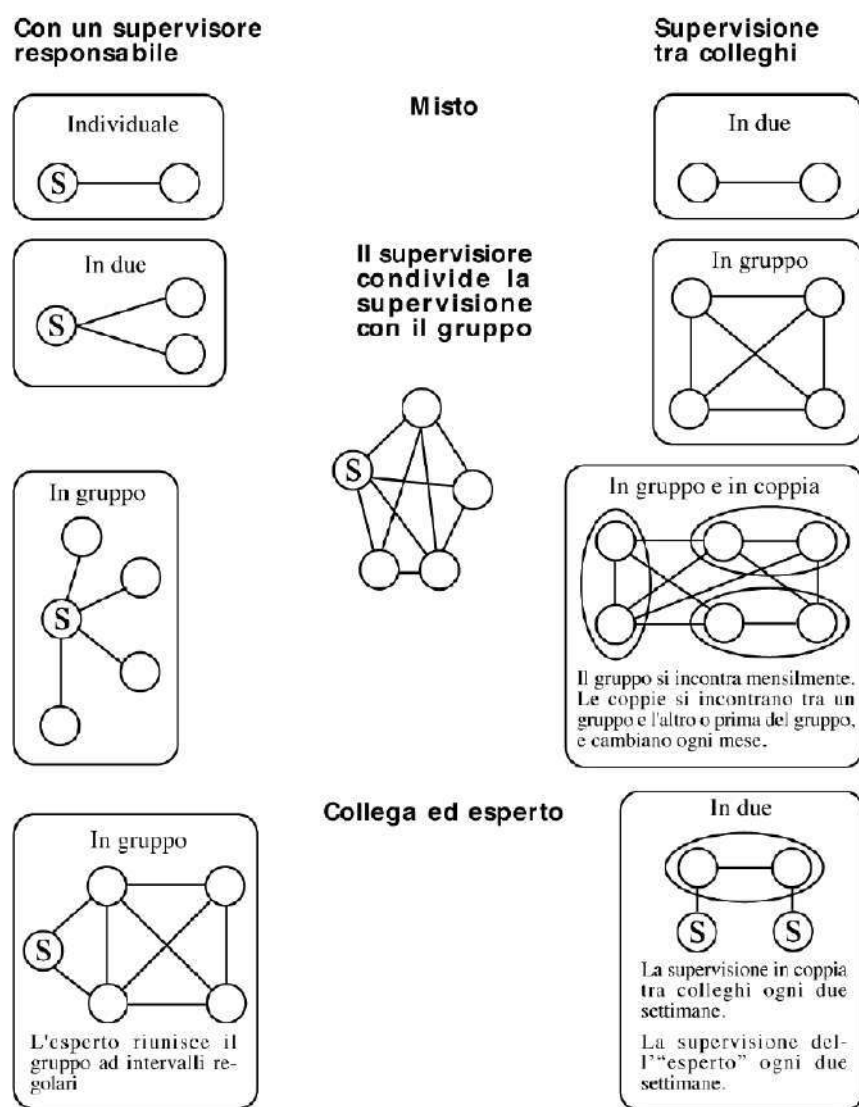
Questa rassegna ci permette di esplorare i vari modi in cui il controtransfert è concettualizzato, a seconda del modello teorico di riferimento, e consente di scegliere il modo più funzionale e appropriato di utilizzare emozioni e pensieri controtransferali nella specifica situazione; in generale, è comunque importante distinguere il controtransfert non riconosciuto da quello reattivo: il primo deriva dal materiale proprio del terapeuta che egli stesso porta in seduta, il secondo proviene dal materiale del paziente, cui il terapeuta reagisce, richiamando propri schemi interni del passato [19]. Lavorare in supervisione sul controtransfert permette al terapeuta di migliorare il suo senso di autoefficacia, la consapevolezza delle sue azioni e la gestione delle sue risonanze. In particolare, l'obiettivo finale della supervisione integrata secondo Norcross e Popple [20] (p. 40) è «quello di ritagliare l'approccio della supervisione su misura per i singoli clinici in formazione, con modalità che migliorino gli esiti dei loro clienti e le competenze dei clinici stessi».

2. Il controtransfert nella supervisione con approccio Pluralistico Integrato

Il modo in cui il transfert e il controtransfert vengono considerati e trattati ha subito un cambiamento di prospettiva già trent'anni fa [21]. Nella psicoanalisi l'analista lavorava sul transfert del cliente cercando di controllare al massimo il proprio controtransfert. Negli approcci successivi, come ad esempio nella Psicoterapia della Gestalt, il terapeuta considerava il transfert del paziente come una modalità di contatto nel *qui e ora* e utilizzava deliberatamente il proprio controtransfert con una costante consapevolezza del proprio sentito emozionale e corporeo in dialogo con il comportamento verbale e non verbale del cliente. Nell'approccio Pluralistico Integrato, dove la fenomenologia clinica e la psicoterapia umanistica sono il presupposto culturale, insieme all'integrazione dei fattori comuni ai diversi indirizzi psicoterapeutici, transfert e controtransfert sono espressioni della relazione psicoterapeutica che vanno ascoltate nel *continuum* di consapevolezza [22]. La supervisione favorisce e sostiene tale processo di crescita anche grazie alla flessibilità del supervisore, caratteristica che questo approccio considera necessaria non solo per il terapeuta con il proprio cliente ma anche per il supervisore con il proprio supervisionato. L'Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità (ASPIC) inizialmente costituita come *Gestalt Counseling Training Center*, nel 1991 aveva effettuato uno studio analizzando 28 videoregistrazioni di sedute di supervisione svolte da 11 supervisori diversi. Da questo studio [23] è emerso che il sostegno maggiore che veniva offerto dal giovane supervisore era nell'esplorazione della relazione controtransferale terapeuta/cliente e del processo parallelo in atto tra supervisore e terapeuta. Nel corso di tutti questi anni l'ASPIC si è impegnata, attraverso continue revisioni effettuate durante stages di approfondimento teorico e di supervisione pratica, a creare un modello etico/pratico di formazione della figura del supervisore. Le linee guida dell'APA (*American Psychological Association*) in vigore fino al 2024 [24, 25] indicano la "relazione di supervisione" al terzo posto tra i sette domini che descrivono gli aspetti essenziali per una supervisione clinica efficace. È importante esplorare la

relazione di supervisione anche dalla parte del supervisore, osservando il suo controtransfert nei confronti del supervisionato: «È sempre una relazione adulto/adulto o ci sono risonanze periferiche che contaminano il rapporto?» [23] (p. 286). Nello svolgimento di una supervisione con approccio Pluralistico Integrato è importante, che il supervisore parta dal presupposto che non esiste un solo modo corretto di offrire una supervisione: ogni supervisionato, avrà necessità differenti in momenti diversi [26, 27]. In un clima di collaborazione, di rispetto e di fiducia si dovrà sviluppare all'interno della relazione supervisore-supervisionato una “cultura del *feedback*”. È importante che entrambi si sentano liberi di esprimersi; il supervisore, inoltre, deve sentirsi libero di riconoscere i propri limiti e fare riferimento a un altro supervisore nel caso in cui abbia l'impressione di non riuscire ad aiutare un particolare utente. Il supervisionato gioverà molto dell'aiuto offerto dal supervisore per riconoscere e rinforzare i suoi punti di forza ovvero le aree della pratica in cui si sente maggiormente efficace e per sostenere i suoi punti di fragilità. Nel Modello Pluralistico Integrato applicato alla supervisione, è possibile ritrovare la definizione di Giusti e Rapanà di supervisione *multivariata* in cui la flessibilità è caratteristica del supervisore volta al rispetto verso ciascun supervisionato: «La supervisione multivariata è una supervisione che si basa su una moltitudine di approcci con una metodologia pluralistica integrata che utilizza strategie e tecniche varie, adottate in modi differenti, in contesti e su utenti specifici, permettendo ogni volta l'attuazione di un piano di supervisione personalizzato» [4] (p. 20). La formazione erogata dall'ASPIC prevede la supervisione come elemento essenziale in tutti i processi di apprendimento [5]. Nella Figura 1 sono riportate diverse forme di organizzazione della supervisione che possono essere utilizzate secondo le necessità, gli obiettivi e il contesto. Inskipp e Proctor [28, 29] hanno suddiviso le varie forme di organizzazione in base alla presenza di uno, due o più supervisionati e alla struttura di supervisione tra colleghi o tra esperto e collega.

Fig. 1. Possibili organizzazioni della supervisione [2] (Fig. 3, p. 22); da [28, 29].



Nella supervisione ad approccio Pluralistico Integrato dell'ASPIC vi è una procedura di addestramento alla conduzione del colloquio di sostegno e di aiuto, definita CUS (Counsellor/Terapeuta-Cliente/Utente-Osservatore/Supervisore): è un'esercitazione pratica svolta dagli allievi sin dal primo anno della scuola di formazione attraverso un addestramento al *feedback* fenomenologico. Secondo Montanari, attraverso il CUS, gli allievi «apprendono dall'esperienza, sanno comunicare a sé stessi e agli altri quanto stanno apprendendo e sapranno interagire proficuamente con i colleghi, per diventare essi stessi agenti di cambiamento» [5] (p. 7). In questo approccio, la relazione di supervisione si sviluppa grazie a una collaborazione e alla creazione di un legame tra supervisore e supervisionato. Sulla base di tre colonne portanti, ossia l'empatia, il rispetto e l'autenticità, i vari ruoli del supervisore (insegnante, tutor, facilitatore, formatore, counselor e collega) portano all'espressione di diverse funzioni

della supervisione: educativa, valutativa, di consulenza, di supporto, di *modeling*. Queste funzioni permetteranno una guida personalizzata del supervisionato riguardo alle sue necessità specifiche [2].

2.1 Scopo del presente lavoro

Il presente articolo ha lo scopo di evidenziare l'efficacia di un intervento di supervisione focalizzato sul controtransfert del terapeuta/supervisionato secondo il modello Pluralistico Integrato dell'ASPIC e di generare delle riflessioni su tale argomento da parte dei professionisti che si occupano di quest'area specifica. Durante la seduta di supervisione è utile esplorare le proiezioni inconsce: «Chi ti ricorda questo cliente? Quali momenti della vita in passato hai ancora in sospeso con questa immagine?» [23] (p. 286). Attribuire un ruolo fondamentale al controtransfert in supervisione è un'opportunità per il supervisore di aiutare il supervisionato in una continua crescita di consapevolezza.

Per Falender e Shafranske [30] esistono cinque fattori specifici che bisogna acquisire durante la formazione e la crescita personale per gestire in modo adeguato il controtransfert: l'autocomprensione, l'auto-integrazione, la gestione dell'ansia, l'empatia e concettualizzare le abilità, cioè la capacità del terapeuta di applicare la teoria alla pratica e di cogliere l'aspetto teorico delle dinamiche del paziente in termini di relazione terapeutica. L'uso del controtransfert può sia affinare l'intuizione sia promuovere la riflessione sulle dinamiche del cliente e della relazione con quest'ultimo. Anche il controtransfert del supervisore può essere utilizzato come strumento per approfondire elementi emersi in supervisione ad esempio attraverso l'esplicitazione del processo parallelo [31], ossia «... l'area di interazione presente nel campo fra psicoterapeuta e paziente che si replica nel campo tra supervisore e psicoterapeuta» [32] (p. 116). Nell'ottica gestaltica il transfert e il controtransfert sono presenti in ogni relazione che riattivi nel presente situazioni incompilate del passato [2]. La Psicoterapia della Gestalt è stata considerata la terapia eclettica per eccellenza, avendo generato un ponte unificante tra tecniche diverse di origine varie [33]. Nell'ambito eclettico, la Psicoterapia della Gestalt è spesso riuscita, in effetti, a costituire il punto d'incontro fra orientamenti inconciliabili e a puntare, con spirito interdisciplinare, all'essenza dell'essenza, in un progetto unificante delle diverse pratiche terapeutiche, con tecniche speciali confezionate nel *qui e ora* a misura dell'utente. Nella supervisione ad approccio Pluralistico Integrato dell'ASPIC le tecniche gestaltiche sono efficaci nel lavoro sul controtransfert, lavoro che richiede comunque prima la creazione di una relazione supervisore-supervisionato personale attuale e autentica. Il supervisore (come il terapeuta con il paziente/cliente) cerca di stabilire con il proprio supervisionato una relazione intersoggettiva [2; 33]:

- in *empatia* con la persona (con Lui/Lei),
- in *congruenza* con sé stesso (con me),
- in *simpatia* nella relazione Io/Tu (tra noi).

L'uso sano e adattivo del transfert/controtransfert è, quindi, caratterizzato da un «si-

stema cognitivo-affettivo-comportamentale aperto, in cui l'informazione dal passato viene elaborata unitamente a quella tratta dal presente» [2] (p. 144).

2.2 Tecniche e strategie utilizzate per il lavoro sul controtransfert in supervisione

In questo articolo si è voluto riportare un intervento videoregistrato della Dott.ssa Montanari proposto al convegno della FISIG 2015 [33] e riproposto, data l'attualità del tema, durante le Giornate di Studio della FISIG 2022 [34]. Il filmato permette di osservare un lavoro di supervisione in gruppo lavorando sul controtransfert di una supervisionata. La tecnica di videoregistrazione ci permette, come ormai in generale riconosciuto dalla ricerca [35], di visionare il lavoro svolto dal professionista in modo da facilitare e stimolare l'osservazione e l'attuazione di modelli di comportamento efficaci [36], migliorare l'apprendimento degli allievi in formazione e permettere (attraverso l'attivazione dei neuroni specchio) di immagazzinare nella memoria, modalità differenti [37]. La supervisione di gruppo consente di partecipare al lavoro nel *qui e ora* beneficiando di tutte le caratteristiche che le dinamiche di gruppo comportano [38]. La possibilità di rivedere una seduta di supervisione in cui si è lavorato con il controtransfert permette al supervisionato di riattivare emozioni elaborate e sperimentare *insight* terapeutici favorevoli al suo cliente, e permette agli altri allievi in formazione di osservare con più attenzione e di riconoscere dentro di sé spunti utili al proprio percorso personale e di crescita professionale. Il lavoro sul controtransfert presente nel filmato proposto di seguito, riguarda una psicoterapeuta in supervisione che riporta le proprie difficoltà a gestire delle richieste particolari di un cliente nella fase di contatto iniziale. L'esplorazione dei suoi vissuti si concentrerà su ciò che queste richieste hanno attivato in lei. Di seguito sono riportati stralci di dialogo iniziale (minuto 10:00 - 13:21) tra supervisore (S) e supervisionata (s).

s: *A me rimane la paura. La paura. Perché... Io mi sono resa conto in quell'occasione che...eh, probabilmente la cosa più sana che potevo fare per me era chiudere, proprio vederlo e chiudere. (Pausa). Perché ho avuto paura. Ho proprio avuto paura... e se mi capita un'altra volta una cosa del genere?*

S: *Se stai su questa paura... mi sembra che mentre lo racconti... (mano sul petto).*

s: *Sì sì, ogni volta che lo ripenso, che lo racconto... sto proprio (mano sul petto).*

DALLE PAROLE ALL'ESPERIENZA VISSUTA: IL LAVORO SULL'EMOZIONE

S: *Mentre la senti... Che cosa ti viene in mente? Un'altra epoca, un altro tempo... Un episodio che possa corrispondere a questo tipo di paura.*

s: *Nello specifico no, però io...*

S: *No no, nello specifico... la stessa paura.*

s: *Io ho una mia paura di sentirmi indifesa, ma proprio dalla violenza fisica, che io non ho subito. C'è stato un episodio anni fa, io facevo il tirocinio a Firenze in cui, la mattina presto, mentre andavo a fare il tirocinio a piedi, in una strada stretta, ma molto trafficata, un ragazzo, un uomo, tipo un barbone, stava camminando nel senso contrario a me e guardandomi fisso, m'ha dato un pugno nello stomaco e poi è fuggito. Io mi sono accasciata a terra e per penso dieci minuti buoni non si è fermato*

nessuno... nessuno, e ci stavano un sacco di macchine, tante persone hanno visto l'accaduto. Soltanto alla fine, un ragazzo che aveva un negozio mi ha visto a terra e mi ha soccorso... lì ho avuto quella paura... lì ho avuto la paura di sentirmi in quel momento indifesa anche perché è arrivata una scheggia, un pugno nello stomaco da uno sconosciuto, mi ha colpito. Quindi, a volte faccio questo parallelo quando lo racconto... È comunque mia la paura di essere aggredita e non sapermi difendere perché in quel momento mi sono paralizzata. A me la paura, mi paralizza, non mi fa fuggire.

S: Vedo che ...

s: Beh sì!

S: ...ci sono quei pugni che non hai dato...

s: Sì!

S: ...anche dalla sorpresa, perché mi sembra che dalla sorpresa non c'era proprio il tempo...

s: Sì! Non ho avuto il tempo di comprendere... Sì! Infatti adesso capita, a volte, magari ...se faccio un tratto di strada da sola di notte, magari dopo essere uscita con gli amici, vado a prendere la macchina, mi guardo sempre intorno...con... con la paura...

S: Hai esplorato questo episodio già?

s: No.

S: Ah...

s: No.

(Pausa)

S: Per cui non hai potuto elaborarlo...

Nella Tabella 2 sono riportati i punti salienti della registrazione suddivisi in specifici interventi nella relazione di supervisione e le corrispondenti dinamiche in atto.

Tab. 2. Punti salienti del filmato di supervisione di gruppo condotto dalla Dott.ssa Claudia Montanari [34].

Tempi della registrazione	Relazione di supervisione	Spunti di riflessione per l'allievo
10:16 - 10:29	ho avuto paura	CONTROTRANSFERT PROATTIVO O REATTIVO? [32]
10:36 - 10:48	un episodio del passato che possa corrispondere a questo tipo di paura	DALLE PAROLE ALL'ESPERIENZA VISSUTA: IL LAVORO SULL'EMOZIONE
15:34 - 15:39	chi è che ti dice "sei brava? sei forte?"	CONSAPEVOLEZZA

16:22 - 16:40	vi va di alzarvi	MODIFICARE L'ESPERIENZA VIS- SUTA ATTRAVERSO L'AZIONE NEL <i>QUI ED ORA</i>
16:51 - 17:45	adesso mi viene di pro- teggermi	LA POSSIBILITÀ DI AGIRE
20:41 - 20:49	mi viene in mente che io non chiedo aiuto	“POSSO DIFENDERMI E CHIEDERE AIUTO”: PIÙ SCELTE POSSIBILI

Il filmato della supervisione in gruppo sul lavoro con il controtransfert può essere visto scansionando il presente QR Code.



16-19 Aprile 2015 Convegno FISIG-Federazione Italiana Scuole e Istituti Gestalt - Pratica e teoria della Terapia della Gestalt “Controtransfert in Supervisione”. Filmato di una supervisione in gruppo condotta da Claudia Montanari, Direttore dell'Istituto per la Formazione di Psicoterapeuti - ASPIC Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata.

Nella Tabella 3, invece, sono riportate delle domande specifiche volte a far riflettere dopo la visione del filmato e a far stimolare un lavoro di consapevolezza.

Tab. 3. Stimoli utili alla riflessione sulla visione del filmato per un lavoro di consapevolezza [33].

Tempi della registrazione	Stimoli per l'allievo in formazione per un lavoro di consapevolezza
02:03	- Come avresti reagito a questa richiesta particolare?
03:19	- Avresti risposto agli sms?
05:04	- Ricordi momenti in cui ti sei forzato a fare/non fare qualcosa in risposta ad un paziente?
07:08	- Aspettative e speranze: vuoi che torni o che non torni più?
08:09	- Di quale protezione hai bisogno come terapeuta?
10:18	- Controtransfert proattivo o reattivo?
	- Nelle due esperienze in quale punto del ciclo del contatto si è verificata l'interruzione?
	- In che modo il lavoro proposto ha permesso di chiudere la gestalt?

La supervisione è stata centrata sul processo di controtransfert di tipo proattivo, in cui lo psicoterapeuta introduce proattivamente al paziente il suo stesso transfert, con sentimenti, fantasie, proiezioni e paure proprie [32]. È di fondamentale importanza ricordare che i fenomeni transferali e controtransferali si esprimono non soltanto nei contenuti verbali ma anche con modalità non verbali, tramite il linguaggio del corpo, gli odori o l'atmosfera o gli aspetti del contesto [34]. Durante la supervisione riportata è stato proposto di dare (minuto 10:36 - 10:48) "movimento alle parole" per consentire al supervisionato di *riappropriarsi* del vissuto soggettivo della sua esperienza attraverso il "*continuum* di consapevolezza". In questo modo è stato possibile lavorare sulle distorsioni emerse al "confine del contatto" e che avevano perturbato le "funzioni del Sé" [34] (minuto 15:34 - 15:39). Questo lavoro ha consentito al terapeuta di consapevolizzare che l'interruzione del contatto era avvenuta nella fase del pre-contatto del ciclo del contatto-ritiro (**il quando**) e che il meccanismo di evitamento che era stato utilizzato era la deflessione, una sensazione interna di insicurezza che porta la persona, una volta prossima al confine di contatto, a fuggire [22] (**il come**).

La "messa in atto" corporea simbolica di un sentimento represso favorisce il passaggio dal fantasmatico a una catarsi liberatoria e rivelatrice (minuto 16:51 - 17:45). Questo passaggio si svolge sistematicamente nell'esperienza diretta seguente [34]:

- a) mobilitazione** delle energie con l'espressione della difficoltà;
- b) focalizzazione** sulle aree conflittuali, attraverso l'esperienza immediata;
- c) attività di consapevolezza** nella differenziazione e polarizzazione distinta del conflitto;
- d) affermazione di sé**, con l'assunzione di responsabilità rispetto al bisogno dominante emerso in "figura", mentre gli altri bisogni recedono temporaneamente sullo "sfondo" (funzione "Io", contatto pieno);
- e) il centraggio e l'organizzazione della libertà di scelta**, con la conseguente azione integrativa ed il ripristino del flusso vitale evolutivo (funzione "Personalità", post contatto).

È essenziale che il clinico sia capace di distinguere il controtransfert proattivo da quello reattivo, «dato da quelle risposte dello psicoterapeuta che sono attivate o indotte dal paziente e che specificamente richiamano gli schemi di relazioni oggettuali del suo passato storico o fantasmatico» [32] (p. 107). Solo così diventa possibile ed efficace usare il controtransfert come informazione sugli schemi attesi o anticipati del paziente, piuttosto che confonderlo con dati organismici sulla vita del terapeuta, o con i suoi sentimenti, o bisogni storici e aspettative. Tutto ciò che è successo nel passato può influenzare il futuro ed è presente nel "*qui e ora*", se non è stato elaborato [34]. Le gestalt incompiute del passato, quindi, influenzano il presente e il futuro; è nel "*qui e ora*" che possiamo elaborarle. È nel *qui e ora* che con l'elaborazione del controtransfert chiudiamo una gestalt per far nascere una nuova consapevolezza e per liberare l'energia che permetterà un lavoro terapeutico migliore. Ciò che segnala i bisogni e mobilita i modi e i mezzi per soddisfarli è l'emozione. Se ne deduce che l'incapacità di organizzare il proprio comportamento in conformità a una gerarchia

necessaria di bisogni deriva spesso da un analfabetismo emozionale. Accade così che il movimento naturale senso-motorio (attrazione/repulsione-contatto/ritiro) vada fuori ritmo, creando distonia e disorientamento nella persona e penalizzandone la libertà di scelta e di movimento. La condizione indispensabile che consente all'individuo di comprendere ciò di cui ha bisogno è il “*continuum di consapevolezza*”; quando questa condizione viene a mancare, l'elemento evolutivo s'inceppa, interrompendo il libero fluire dell'esperienza e del processo di crescita [34]. Attraverso la rievocazione del trauma con il sentire le emozioni della paura, della rabbia e della tristezza nel *qui e ora*, la supervisionata è giunta alla consapevolezza di ciò che aveva agito come controtransfert nella gestione del caso clinico.

L'esplorazione del controtransfert in supervisione permette non solo una maggior consapevolezza favorendo la crescita personale e professionale del supervisionato, ma anche una maggior tutela della relazione terapeutica stessa.

3. Conclusioni e possibili sviluppi futuri

L'analisi del controtransfert è considerata uno strumento elettivo in supervisione poiché dà la possibilità di riattivare nel *qui e ora* ciò che è accaduto nella seduta tra terapeuta e cliente permettendo al supervisionato di esplorare il suo mondo emotivo. Per quanto riguarda il supervisore, il lavoro effettuato permette di verificare il suo controtransfert nei confronti del supervisionato garantendo così una buona qualità della supervisione e la tutela del cliente assistito dal terapeuta in supervisione. Data la fondamentale rilevanza del controtransfert nella formazione, nella supervisione e nella tutela delle terapie svolte dai supervisionati, si auspica per il futuro la possibilità di attivare specifiche ricerche che possano approfondire concetti già conosciuti ed esplorarne di nuovi, con lo scopo di produrre un'evidenza empirica dell'efficacia della supervisione e motivare i professionisti a investire tempo e aggiornamento su questo importante aspetto della pratica clinica. Callahan e Love [39] hanno riportato in un numero speciale dedicato alle “*Prospettive del supervisionato dei processi di supervisione*” una rassegna di articoli di ricerca empirica su quanto le percezioni del supervisionato possano influire sui risultati della supervisione. È importante che il supervisore investa tempo ed energie alla creazione di un'alleanza di supervisione così come il terapeuta ne investe per creare un'alleanza terapeutica con il proprio paziente. Solo la creazione di una buona alleanza, infatti, può permettere un lavoro con il controtransfert; quindi risulta importante individuare i fattori che influenzano la soddisfazione percepita dai supervisionati e i vissuti presenti nella relazione di supervisione [40] per far sì che il supervisionato si affidi al proprio supervisore per aprirsi e indagare le emozioni più profonde, sin dall'inizio del processo formativo [41]. Nel Modello Pluralistico Integrato dell'ASPIC [42, 43], si dedica uno spazio importante al lavoro di supervisione utilizzando tutti gli aspetti essenziali individuati dai vari autori e ricercatori nel corso di questi anni [10; 44-50]. L'elemento cardine rimane la personalizzazione dell'intervento di supervisione [27], con prospettive future anche alternative [51]. Sarà importante una supervisione clinica sempre più ba-

sata sull'evidenza [52, 53] perché possa essere considerata una guida fondamentale in questo settore. L'idea di base è che la supervisione debba essere un percorso di accompagnamento *permanente* a tutta la carriera del professionista [4] perché lo aiuti a individuare segnali di *burnout*, a favorire continui aggiornamenti pratico-teorici, ad avere stimoli dal supervisore che permettano una costante auto-osservazione delle proprie emozioni nel *continuum* di consapevolezza e in particolare a lavorare sui processi controtransferali, e ad evitare soprattutto il ristagno dello sviluppo mentale delle competenze psicoterapeutiche che, alcuni studi [39], hanno dimostrato avvenire dopo la fine del percorso formativo, momento in cui spesso si conclude anche l'esperienza della supervisione obbligatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, M. V. (2017). Narratives of Harmful Clinical Supervision. *The Clinical Supervisor*, 1(36), 20-87.
2. Giusti, E., Montanari, C., & Spalletta, E. (2000). *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia*. Milano: Masson.
3. Mesrie, V., Diener, M. J., & Clark, A. (2018). Trainee Attachment to Supervisor and Perceptions of Novice Psychotherapist Counseling Self-Efficacy: The Moderating Role of Level of Experience. *Psychotherapy*, 55(3), 216-221.
4. Giusti, E., & Rapanà, L. (2019). *Supervisione multivariata: Guida pratica per professionisti della relazione d'aiuto in formazione*. Roma: Armando Editore.
5. Montanari, C. (2021). La Supervisione nel Modello Pluralistico Integrato ASPIC: dalla teoria alla pratica formativa. *ASPIC News*, 17, 5-21.
6. McWilliams, N. (2022). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
7. Mammen, M. (2020). Attachment Dynamics in the Supervisory Relationship: Becoming your Own Good Supervisor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 93-101.
8. Aggarwal, P., & Bhatia, P. (2020). Clinical Supervision in Forensic Psychiatry in India. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 9-15.
9. Guttman, L. E. (2020). Disclosure and Felt Security in Clinical Supervision. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 67-75.
10. Cucco, E. (2020). Who's afraid of the Big Bad Unconscious: Working with Countertransference in Training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 52-59.
11. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2017). *Supervision Essentials for the Practice of Competency-Based Supervision*. Washington: American Psychological Association.
12. Freud, S. (1910). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. Opere, 6 (pagg. 197-206). Torino: Boringhieri, 1974.
13. Freud, S. (1912). *Tecnica della psicoanalisi. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. Opere, 6 (pagg. 532-541). Torino: Boringhieri, 1974.
14. Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
15. Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
16. Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
17. Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-transference. *International Journal Psychoanalysis*, 30, 69-74.
18. Rudd, M. D., & Joiner, T. (1997). Countertransference and the Therapeutic Relationship: A co-

- gnitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4(11), 231-250.
19. Montanari, C. (1991). La gestalt del transfert e controtransfert in D. Juston, & E. Giusti (Cur.). *La clinica del transfert*. Roma: Ed. Kappa.
 20. Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Supervisione in Psicoterapia Integrata. Elementi essenziali*. Roma: Edizioni Sovera.
 21. Ginger, S. (1990). *La Gestalt. Terapia del "con-tatto" emotivo*. Roma: Edizioni Mediterranee.
 22. Iacoella, S., & Ravenna, A. R., (Cur.). (2016). *Glossario Fisig*. Federazione Italiana Scuole e Istituti Gestalt, consultabile sul sito: <https://www.fisig.it>.
 23. Giusti, E., & Montanari, C. (1994). La Gestalt della supervisione. Tecniche di supervisione avanzata con psicoterapeuti, in R. Zerbetto (Cur.). *Psicoterapia della gestalt per una scienza dell'esperienza*. Atti del IV Congresso Internazionale, (pagg. 281-286). Roma: Edizioni Centro Studi Psicosomatica.
 24. American Psychological Association (2015). Guidelines for Clinical Supervision. *Health Service Psychology*, 70(1), 33-46.
 25. Rapanà, L. (2015). La supervisione clinica. Linee guida dell'American Psychological Association per la supervisione clinica in psicologia. *You Tube*, 2 giugno. <https://youtu.be/IU9KqWOhaJM>
 26. Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.
 27. Norcross, J. C. (2018). *Come personalizzare l'intervento consulenziale e la Supervisione nel Counseling e nella Psicoterapia*, Giornata di elevata formazione professionale ASPIC, 13 Ottobre, Roma.
 28. Inskipp, F., & Proctor, B. (1993). *The Art, Craft and Tasks of Counselling Supervision. Part 1: Making the Most of Supervision*. Twickenham: Cascade Publications.
 29. Inskipp, F., & Proctor, B. (1995). *The Art, Craft and Tasks of Counselling Supervision. Part 2: Becoming a Supervisor*. Twickenham: Cascade Publications.
 30. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2012). *Getting the Most Out of Clinical Training and Supervision. A Guide for Practicum Students and Interns*. Washington: American Psychological Association.
 31. Sarnat, J. E. (2019). What's New in Parallel Process? The Evolution of Supervision's Signature Phenomenon. *The American Journal of Psychoanalysis*, 79, 304-328.
 32. Clarkson, P. (1997). *La relazione psicoterapeutica integrata*. Roma: Edizioni Sovera.
 33. Montanari, C. (2015). *Pratica e teoria della Terapia della Gestalt "Controtransfert in Supervisione"*. *Filmato di una supervisione in gruppo condotta da Claudia Montanari*. 16-19 aprile. Torino: Convegno FISIG.
 34. Montanari, C. (2022). *L'Analisi del controtransfert nella supervisione Gestaltica mediata*. 05-06 maggio. Online: Giornate di Studio FISIG. L'uso della modalità online nella psicoterapia e nella formazione.
 35. Capaldo, A. (2023). La Videodidattica nella Supervisione. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 13, in press.
 36. Arcangeletti, M. (2021). La supervisione Professionale e il Videomodeling in emergenza. *ASPIC News*, 17, 55-66.
 37. Giusti, E., & Militello, F. (2011). *Neuroni specchio e psicoterapia*. Roma: Edizioni Sovera.
 38. Neri, C. (2017). *Gruppi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 39. Callahan, J. L., & Love, P. K. (2020). Introduction to the Special Issue: Supervisee Perspectives of Supervision Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(1), 1-8.
 40. O'Donovan, A., & Kavanagh, D. J. (2014). Measuring Competence in Supervisees and Supervisors: Satisfaction and Related Reactions in Supervision, in Watkins, C. E. JR, Miller, D. L. (Cur.) (pagg. 458-467), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. New York: Wiley.
 41. Leszcz, M. (2011). Psychotherapy Supervision and the Development of the Psychotherapist, in R. H. Klein, H. S. Bernard, V. L. Shermer (Cur.). *On Becoming a Psychotherapist. The Personal and Professional Journey* (pagg. 114-143). New York: Oxford University Press.
 42. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.

43. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate: Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
44. Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision (5th Edition)*. New Jersey: Pearson Education.
45. Holloway, E. L. (2016). *Supervision Essentials for a Systems Approach to Supervision*. Washington: American Psychological Association.
46. Krug, O. T., & Schneider, K. J. (2016). *Supervision Essentials for Existential-Humanistic Therapy*. Washington: American Psychological Association.
47. Ladany, N., Friedlander, M. L., & Nelson, M. L. (2016). *Supervision Essentials for the Critical Events in Psychotherapy Supervision Model*. Washington: American Psychological Association.
48. McNeill, B. (2016). *The integrative Development Model of Supervision. The Psychotherapy Supervision Video Series*, Meidenbaner, American Psychological Association.
49. McNeill, B., & Stoltenberg, C. D. (2016). *Supervision Essentials for the Integrative Developmental Model*. Washington: American Psychological Association.
50. Greenberg, L. S., & Tomescu, L. R. (2017). *La supervisione nella Psicoterapia focalizzata sulle Emozioni. Elementi essenziali*. Roma: Sovera.
51. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). One Mental Shot Assessment Therapy-OMeSA. Un nuovo modello d'intervento integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 147-158.
52. Holt, H., Beutler, L. E., Kimpura, S., et al. (2015). Evidence-Based Supervision: tracking outcome and teaching principles of change in clinical supervision to bring science to integrative practice. *Psychotherapy*, 52(2), 185-189.
53. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Ricerche scientifiche a prova di evidenza*, (Vol. 3). Roma: Armando Editore Strumenti.

CASO CLINICO

Il trattamento psicoterapeutico del disturbo borderline in adolescenza: narrazione di un caso clinico

Ilaria Monticone¹, Marusca Arcangeletti¹

¹ A.S.P.I.C.

ABSTRACT

The diagnosis of borderline personality disorder has always been a process of difficult evaluation in adolescence on the grounds that the latter mentioned phase displays characteristics similar to those observed in borderline personality disorder such as emotional, behavioral and interpersonal dysregulation. In any case, research in recent years has demonstrated that borderline personality disorder begins in adolescence, and this is why it is important to effectuate an early diagnosis combined with effective psychotherapeutic treatment. In the following article we will describe the clinical case of an adolescent with borderline personality disorder with the objective to illustrate the psychotherapeutic treatment based on the Integrated Pluralistic Model. The specificity of the multi-faceted model, that connects clinical phenomenology and humanistic psychotherapy, is to utilize diverse theories and techniques of intervention, which in our case, have been adapted to the intervened changes in the adolescent and to the objectives within the therapeutic project.

KEYWORDS

Borderline personality disorder, adolescence, emotional dysregulation, impulsivity, psychotherapeutical treatment, integrated pluralistic model.

ABSTRACT IN ITALIANO

La diagnosi del Disturbo Borderline di Personalità in età adolescenziale è sempre stata un processo di difficile valutazione poiché tale fase presenta caratteristiche affini a quelle riscontrate nel disturbo borderline di personalità come disregolazioni emotive, comportamentali e interpersonali. Tuttavia, negli ultimi anni, la ricerca ha dimostrato che il disturbo borderline di personalità esordisce proprio nel periodo adolescenziale e per questo è importante effettuare una diagnosi precoce abbinata ad un intervento psicoterapeutico efficace. Nel seguente articolo descriveremo il caso clinico di un'adolescente borderline con l'obiettivo di illustrare il trattamento psicoterapeutico basato sul Modello Pluralistico Integrato. La specificità del modello eclettico, che collega la fenomenologia clinica e la psicoterapia umanistica è quella di utilizzare nella pratica clinica diverse teorie e tecniche d'intervento che, nel nostro caso, sono state adeguate ai cambiamenti intervenuti nell'adolescente e agli obiettivi da raggiungere all'interno del progetto terapeutico.

PAROLE CHIAVE

Disturbo borderline, adolescenza, disregolazione emotiva, impulsività, trattamento psicoterapeutico, modello pluralistico integrato.



Citation

Monticone I., Arcangeletti M. (2022).
Il trattamento psicoterapeutico
del disturbo borderline in adolescenza:
narrazione di un caso clinico
Phenomena Journal, 4, 92-108.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.177>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Ilaria Monticone
ilaria_monticone@hotmail.com

Ricevuto: 24 ottobre 2022

Accettato: 2 dicembre 2022

Pubblicato: 2 dicembre 2022



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

1. Introduzione

Negli ultimi anni la ricerca si è dedicata molto, compiendo grandi progressi, alla comprensione del Disturbo Borderline di Personalità in Adolescenza (DBP-A) [1,2,3,4]. Le ricerche epidemiologiche hanno stimato che il DBP ha una frequenza nella popolazione generale che va dal 2% al 5% [5], con una maggiore presenza nelle donne (75% - 80%) soprattutto di giovane età. Questo contributo empirico ha guidato ricercatori e clinici a definire il DBP nella fase evolutiva, non come una diagnosi controversa ma come una condizione di cui finalmente poter parlare [6]. Uno dei risultati più importanti emersi dalla ricerca è che il DBP esordisce in adolescenza [7], presentando le stesse caratteristiche che sono riscontrabili nell'adulto, come l'alterazione dell'umore, i comportamenti impulsivi, tra cui l'abuso di sostanze e il *self-cutting* una forma di autolesionismo non suicidario (danneggiare il proprio corpo intenzionalmente attraverso dei tagli con il proposito di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e autorimprovero e/o di risolvere una difficoltà interpersonale) [8]. Il DBP-A si esprime in modo trasversale coinvolgendo il piano affettivo attraverso la disregolazione emozionale, il piano cognitivo attraverso i disturbi dell'identità, il piano comportamentale attraverso l'*acting out* e il piano interpersonale attraverso relazioni sociali e personali intense e instabili. Durante il periodo dell'adolescenza, i giovani subiscono forti cambiamenti fisici, emotivi e sociali in cui l'immagine di sé, costruita fino a quel momento, viene rivisitata e sostituita con una nuova passando attraverso dei compiti evolutivi: il processo di separazione-individuazione, la mentalizzazione del sé corporeo, la definizione e la formazione di valori di riferimento, la nascita come soggetto sociale [9]. Anche gli studi neuroscientifici hanno evidenziato come in questa fase evolutiva si verificano cambiamenti cerebrali, strutturali e funzionali molto simili ai marcatori neurobiologici del DBP per gli adulti [10]. Tuttavia, non tutti gli adolescenti sviluppano il DBP; molti di loro sono resilienti più di altri nell'affrontare e gestire le sfide. La genesi del DBP è multifattoriale, ovvero bio-psico-sociale e coinvolge contemporaneamente sia il livello psicologico, neurologico e sociale. Tuttavia, se durante l'infanzia sono già presenti delle vulnerabilità nella struttura del cervello, i cambiamenti che avvengono nel corso dell'adolescenza possono farle emergere, proprio in conseguenza del processo neurobiologico trasformativo adolescenziale con manifestazioni simili all'organizzazione borderline [11].

Nell'articolo descriveremo il caso di un'adolescente di 15 anni con DBP-A e la metodologia psicoterapeutica utilizzata. Nell'intervento terapeutico della ragazza la valutazione ha preso in considerazione gli aspetti psicopatologici, le risorse dell'adolescente e il contesto familiare e ambientale in cui la giovane è cresciuta. L'obiettivo è quello di offrire una esaustiva descrizione di un piano di trattamento basato sull'applicazione dell'integrazione pluralistica nell'intervento psicoterapeutico del DBP nella fascia adolescenziale. Abbiamo applicato il Modello Pluralistico Integrato di Edoardo Giusti e Claudia Montanari che si basa sull'area che viene definita fattori comuni. L'integrazione del modello si esplica su tre livelli: teorico, attraverso

la costruzione complessa di modelli e di approcci diversi per avere una lettura multicomprendensiva della problematica; metodologico, attraverso l'individuazione di diversi elementi per pianificare un trattamento individualizzato considerando quando, cosa e come agire in funzione al cambiamento e infine tecnico, attraverso l'uso di strumenti e tecniche adeguati allo scopo seguendo una visione eclettica [12].

2. Disturbo borderline in adolescenza

L'adolescenza è una fase di sviluppo critica per la manifestazione del disturbo borderline. È un periodo evolutivo ricco di processi trasformativi che possono mettere in difficoltà l'adolescente e la famiglia [13]. Circa un terzo degli adolescenti presenta ridotta capacità di resilienza, inadeguatezza relazionale, impulsività, autolesionismo, bassa autostima e crisi d'identità [14]. L'adolescenza è un periodo che mette a dura prova il ragazzo nella costruzione della rappresentazione futura di sé che passa attraverso delle crisi fisiologiche che portano ad un processo di differenziazione e individuazione dal contesto familiare. Lancini afferma che il passaggio adolescenziale alla fase adulta è accompagnato negli ultimi anni da un "dolore evolutivo" dovuto dalla delusione delle aspettative genitoriali [15]. L'adolescente si trova a confrontarsi con due aspetti importanti: la socializzazione e l'identità. Nella socializzazione l'obiettivo dell'adolescente è quello di acquisire un'autonomia e un'indipendenza emotiva dalla famiglia, attraverso la definizione di un nuovo ruolo sociale che lo rappresenti nella successiva fase adulta. Per quanto riguarda l'identità, l'adolescente si trova ad affrontare un conflitto evolutivo tra regressione e progressione nella costruzione di una nuova struttura mentale, emotiva e fisica-sessuale [16,17]. Dall'attività di ricerca neuroscientifica [18] emerge che nel corso dell'adolescenza i comportamenti a rischio sono riconducibili in misura minore a squilibri ormonali e in misura maggiore a cambiamenti che si sviluppano a livello cerebrale. Gli studi hanno evidenziato che avvengono cambiamenti marcati, soprattutto nella corteccia prefrontale, dovuti alla mielinizzazione e alla potatura sinaptica (*pruning*) [11], processi che migliorano la velocità di comunicazione e l'efficienza di elaborazione delle informazioni da parte dei neuroni, rendendo il circuito più rapido, coordinato e funzionale. Le connessioni cerebrali più precise e produttive consentono migliori capacità di discernimento e di giudizio, portando allo sviluppo di un sistema cerebrale più integrato e ad una capacità di elaborazione dell'esperienza più globale. La regione frontale interviene sia nei processi mentali interni (controllo cognitivo, regolazione delle emozioni, pensiero globale, comprensione di sé), sia nei processi sociali (empatia e comportamento morale) [18]. Questo intenso e prolungato processo di sviluppo cerebrale fino alla giovane età adulta ha rilevanti conseguenze sulla maturazione delle abilità cognitive e sui comportamenti degli adolescenti [19]. In particolare, troviamo in questa fascia d'età lo sviluppo di alcune abilità mentali come, ad esempio, la ricerca di novità, il coinvolgimento sociale, una maggior intensità emotiva e l'esplorazione creativa [18]. Tuttavia, gli adolescenti durante il processo trasformativo sono molto meno capaci degli adulti di usare la corteccia frontale e prefrontale, soprattutto

per quanto attiene alla lettura delle emozioni. Più specificatamente, si è rilevato che l'attività della corteccia prefrontale mediale dorsale si riduce progressivamente dall'adolescenza all'età adulta [20]. Negli adolescenti si è osservato che la capacità di decodificare la congruenza tra le parole ed espressioni delle emozioni decresce sia in velocità che in accuratezza [21], mentre l'attivazione dell'amigdala indotta da immagini di volti che esprimono le emozioni è significativamente più alta [22], tanto da potersi connotare come un'iperattività del sistema limbico. Gli studi neuroscientifici hanno evidenziato che gli adulti con DBP presentano iperattività dell'amigdala [23], malfunzionamento della corteccia prefrontale laterale e mediale, della corteccia parietale mediale, del lobo temporale mediale e della corteccia cingolata anteriore rostrale [24]; ovvero tutte strutture che durante l'adolescenza affrontano una significativa riorganizzazione. Ovviamente con ciò non si vuole trarre la conclusione che tutti gli adolescenti debbano far fronte alle difficoltà del DBP, ma gli studi neuroscientifici possono essere di supporto nella comprensione dei meccanismi che portano bambini vulnerabili (compresi quelli che presentano attaccamento disorganizzato come fattore di vulnerabilità) a manifestare i sintomi del DBP in adolescenza [13]. La conoscenza delle peculiarità in età evolutiva è importante per distinguere i tratti tipici di questa fase di crescita, da quelli che possono essere predittivi di disagi psicologici che compromettono il benessere del giovane. Il caso clinico riportato di seguito mette in evidenza elementi caratteristici del disturbo che si differenziano chiaramente dai compiti evolutivi dell'adolescenza.

3. Caso clinico

Chiara (nome di fantasia) un'adolescente di 15 anni, giunge in psicoterapia inviata dal servizio di neuropsichiatria infantile dopo aver tentato vari comportamenti anti-conservativi. Chiara è stata presa in carico da una psicoterapeuta ad orientamento pluralistico-integrato esperta nel trattamento di adolescenti, che segue la ragazza da più di un anno con frequenza settimanale. Nel contratto terapeutico sono previsti anche gli incontri con i genitori di Chiara con cadenza mensile. La ragazza prima di iniziare la psicoterapia già da un anno soffriva di fenomeni depressivi caratterizzati da apatia e fame compulsiva. I sentimenti di disperazione da cui è affetta e una notevole componente ansiosa spesso la portano a perdere il controllo del proprio corpo (self-cutting) e della propria mente (ideazione suicidaria). I genitori di Chiara si sono separati quando lei aveva tre anni e si definiscono poco conflittuali e civili tra loro soprattutto centrati sulla gestione della ragazza. Il padre è tendenzialmente critico, in particolare modo su alcuni ambiti come la scuola e l'abbigliamento, mentre la madre è più accogliente, ma presenta difficoltà nell'entrare in sintonia empatica con la figlia. Chiara racconta di aver subito pesanti critiche nei suoi riguardi da parte della nonna paterna per via dei continui paragoni con dei cugini di primo grado, descritti come molto più "studiosi e diligenti" di lei. I genitori descrivono la ragazza, durante il periodo dell'infanzia come una bambina brillante ma cupa e triste fino alla fine della scuola primaria con problematiche relazionali di condotte di evitamento

nei confronti dei coetanei. Molto selettiva nelle amicizie, Chiara ha sempre instaurato rapporti simbiotici con amiche-compagne che sono cambiate nel corso degli anni. Tali relazioni riguardano spesso persone con fragilità emotiva per le quali la ragazza vuole essere un punto di riferimento e alle quali si lega in maniera quasi ossessiva creando rapporti di dipendenza affettiva nonostante la sua volontà dichiarata di voler essere autonoma. Chiara afferma da subito di avere delle difficoltà scolastiche che si sono accentuate con l'inizio del liceo manifestando un umore disforico sentendosi obbligata dalla famiglia nella scelta della scuola. Infatti, la giovane descrive un umore tendenzialmente oscillante, con crisi di rabbia, singoli picchi di euforia e vissuti di angoscia per le difficoltà relazioni. La ragazza si sente molto diversa dai suoi coetanei, tanto da vivere con disagio la loro compagnia. Emerge dai colloqui con Chiara una profonda solitudine affettiva, che può essere intesa come conseguenza del non aver trovato una presenza forte e solida accanto a sé, né da parte della madre né da parte del padre. La ragazza riferisce di non sentirsi emotivamente amata e sostenuta, tanto da ricercare negli agiti autolesivi e nel disagio sociale una propria identità. Chiara è molto collaborativa e vuole intraprendere un percorso psicoterapeutico dopo aver ricevuto una diagnosi di disturbo di personalità borderline.

4. Valutazione

Fare diagnosi di disturbo borderline di personalità in adolescenza è ancora oggetto di discussione poiché, come già precedentemente descritto, molti clinici sono restii a diagnosticare il disturbo in questa fascia d'età [25]. Innanzitutto, la controversia nasce dal fatto che c'è il rischio di stigmatizzare l'adolescente, fatto che potrebbe condizionare lo sviluppo della sua personalità e la percezione degli altri [26]. In secondo luogo, l'adolescenza è una fase evolutiva in cui l'identità non è ancora strutturata [27]. Come alcuni autori sottolineano ci sono importanti difficoltà nel differenziare i tratti borderline da quelli evolutivamente comuni [28, 29]. Le ricerche degli ultimi anni hanno portato ad un cambiamento di rotta affermando che il DBP affonda le sue radici nell'infanzia con esordio nell'adolescenza [30, 31] con stabilità dei sintomi verso i 14 e i 24 anni [32] e con una maggiore remissione di questi rispetto all'adulto [33]. Il DSM-5 afferma che la diagnosi di DBP può essere applicata a bambini e adolescenti quando i tratti disadattivi della personalità dei giovani adulti sembrano essere pervasivi, persistenti e non fluidi da almeno un anno [34]. Il Disturbo Borderline, secondo quanto recita il DSM-5 [35] è: *“Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi”* riportati nella Tab. 1.

Tabella 1 - Criteri diagnostici del DSM 5 per il Disturbo Borderline di Personalità [35]

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per esempio, spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto-mutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per esempio, episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia, (per esempio, frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Nell'eziopatogenesi del DBP-A sono importanti i fattori genetici, neurologici, ambientali e socioculturali come riportati nel modello bio-psico-sociale [3, 37] e ripreso nell'approccio "*Diathesis-stress model*" [38, 39, 40], in cui vengono evidenziate due importanti dimensioni: la vulnerabilità emotiva e le credenze della persona. Il temperamento, l'espressione genetica dei tratti, combinata a fattori ambientali come, ad esempio, la rottura precoce dei legami di attaccamento, il trauma, la trascuratezza e il rifiuto da parte del caregiver, contribuiscono alla disregolazione emotiva dell'adolescente borderline [41]. Infatti, secondo quanto riportato dalla Linehan [42] "*il core psicopatologico del disturbo è da rintracciare in una disfunzione pervasiva del sistema di regolazione emotiva, sviluppata e mantenuta dall'interazione di una vulnerabilità emotiva su base temperamentale e un ambiente "invalidante", incapace di rispondere in maniera funzionale alle richieste e ai bisogni emotivi del bambino e poi dell'adolescente e adulto con DBP*". Un'ipersensibilità interpersonale ai fattori di stress contribuisce allo sviluppo di un attaccamento disorganizzato-ambivalente e a conseguenze relazionali problematiche sempre più intense tra il caregiver e il bambino che può sfociare nel DBP-A [43, 1]. L'ambiente invalidante non è di per sé anormale o traumatico ma l'interazione con il temperamento vulnerabile può mettere l'individuo a rischio di sviluppo del DBP-A [44]. In particolare, nella valutazione del DBP vengono considerate tre dimensioni del temperamento che caratterizzano

la prospettiva dimensionale del DSM-5: la disinibizione, l'affettività negativa e lo psicoticismo. La disinibizione si manifesta sotto forma di comportamenti impulsivi, tendenza al rischio attraverso atteggiamenti autolesionistici e la partecipazione ad attività pericolose senza valutare le conseguenze. L'affettività negativa si manifesta sotto forma di labilità emotiva, ansia da separazione e depressione. Lo psicoticismo si manifesta attraverso credenze bizzarre, ideazione paranoide e scarso esame della realtà ed è la dimensione distintiva nella diagnosi del DBP poiché emerge quando l'adolescente è sottoposto a stress. Infatti, la disinibizione e l'affettività negativa non hanno rilevanza diagnostica rispetto allo psicoticismo dal momento che sono presenti anche in altri disturbi infantili come il deficit di attenzione/iperattività (ADHD), il disturbo della condotta (DC) e il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) [45]. Gli adolescenti con DBP-A lottano non solo con i sintomi specifici del disturbo ma anche con la confluenza di sintomi esternalizzanti ed internalizzanti [1]. In uno studio, Michonski e colleghi [46] hanno evidenziato che l'ideazione paranoica (nei ragazzi) e il disturbo d'identità (nelle ragazze) sono i sintomi più discriminanti del DBP-A. In una ricerca [47] sono stati rilevati tassi più alti di comorbidità con i disturbi dell'umore, con i disturbi d'ansia e con i disturbi esternalizzanti negli adolescenti con DBP-A rispetto ai tassi di pazienti psichiatrici senza il DBP. In linea con i risultati delle ricerche, nella fase di assessment Chiara è stata sottoposta a valutazione psicodiagnostica presso il servizio di neuropsichiatria infantile dove sono stati somministrati i seguenti test con relativi punteggi:

Personality Inventory for DSM 5 – adolescent version (PID-5)

Il test si focalizza principalmente su 5 dimensioni: affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione e psicoticismo. (punteggio borderline = > 1,5; significativo = > 2 Affettività negativa 1,89 Dinibizione 2,05 Psicoticismo 1,78).

Children's Depression Inventory (CDI 2)

Il test comprende una valutazione completa e multi-prospettica dei sintomi depressivi dai 7 ai 17 anni di età. (punteggio elevato P36).

Barrett Impulsiveness Scale (BIS11)

Il test misura l'impulsività, in particolare individua tre costrutti diversi che sono l'impulsività cognitiva (disattenzione ed instabilità cognitiva), impulsività motoria (instabilità motoria e mancanza di perseveranza), impulsività non significativa (mancanza di autocontrollo e intolleranza alla complessività cognitiva) (punteggio elevato P84).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Il test valuta le difficoltà nella regolazione delle emozioni composto da 36 items con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (1= mai, 5= sempre). Il test individua 6 fattori: non accettazione delle emozioni negative, incapacità ad intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative, difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative, accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute efficaci, mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni, mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (nel punteggio tutti gli item si configurano

come aree di rischio).

Deliberate Self Harm Inventory (DSHI)

Il test indaga diversi aspetti delle condotte autolesionistiche come: forma, frequenza, gravità e durata. È un questionario auto compilato. La paziente descrive condotte autolesive attuali, variabili in termini di frequenza a partire dai 13 anni.

Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita "Life events"

La ragazza afferma di aver assistito a due violenti litigi in ambito domestico come stressors, il cui ricordo tuttora la disturba molto.

Dal colloquio clinico l'adolescente riferisce di sentirsi giudicata e criticata dalla famiglia come, ad esempio, nella scelta della scuola, l'abbigliamento e le amicizie. La ragazza si è iscritta al liceo classico non per suo volere ma per soddisfare la tradizione familiare; infatti, Chiara riferisce che tutti i membri della sua famiglia hanno intrapreso questo tipo di studio e la nonna paterna era insegnante di latino e greco. Attraverso la narrazione storiografica emerge la presenza di disturbi psicologici lungo la linea materna, che può essere un fattore di rischio nel DBP-A. La ragazza riferisce di sperimentare emozioni che sfuggono al suo controllo e diventa irrazionale di fronte ad esse. Vive sensazioni di inadeguatezza, infelicità, depressione e abbattimento e ha paura del rifiuto e dell'abbandono che le impediscono di calmarsi e rilassarsi quando è stressata. Chiara si sente disperata e impotente di fronte agli eventi e pensa che la vita non ha significato; reagisce alle critiche con rabbia e umiliazione ed è fortemente autocritica e "catastrofica", per lei i problemi sono insormontabili e irrisolvibili. Chiara sembra volersi "punire" creandosi situazioni che confermano la sua infelicità e condizione di malessere (profezia che si auto-avvera) ed evita attivamente opportunità di piacere e gratificazione. La ragazza cerca di combattere questi pensieri e stati d'animo a volte con delle fantasie e "desideri di suicidio" [48], come tentativi di fuga dalla realtà. Con l'adolescente è necessario integrare le informazioni raccolte dalle autodescrizioni con resoconti forniti dalla famiglia. Nei colloqui con i genitori è emersa una difficoltà relazionale con la ragazza e una non comprensione del suo disagio. Durante gli incontri i genitori hanno manifestato un'evidente chiusura nell'esprimere i loro vissuti emotivi.

Tuttavia, Chiara possiede diverse risorse importanti da considerare nella fase di valutazione clinica come una spiccata capacità introspettiva e di apprendimento, un'aderenza e collaborazione all'intervento terapeutico e determinazione a raggiungere gli obiettivi prefissati. Un'altra risorsa importante per Chiara è la sua famiglia, che nonostante le difficoltà, mostra sempre volontà nel sostenerla nel percorso di terapia. Questi ultimi elementi, insieme ad una buona alleanza terapeutica, risultano essere dei forti fattori predittivi riguardo l'esito del trattamento psicoterapeutico.

5. Piano di trattamento

Dalla valutazione si passa ad un trattamento psicoterapeutico strutturato, adeguato e coerente al DBP-A per non andar incontro ad interventi iatrogeni [49, 50]. Durante

l'intervento è necessario prendere in considerazione le teorie evolutive come i sistemi motivazionali [51, 52], i legami di attaccamento [53, 54, 55, 56, 57], l'apprendimento comportamentale, la gestione dell'impulso e la regolazione affettiva [58], il processo di separazione-individuazione nella definizione della costanza oggettiva e dell'identità del sé [59, 60, 61], l'adozione di strategie diversificate nell'apprendimento e nel coping cognitivo e relazionale [62, 63, 64, 65], il raggiungimento dei compiti di sviluppo, della famiglia e del contesto allargato [66, 67]. Questi processi di crescita si intersecano sul piano comportamentale, cognitivo, emotivo, affettivo – relazionale e intrapsichico [68]. Inoltre, la ricerca sul trattamento psicoterapeutico degli adolescenti ha messo in luce una differenza rispetto alla psicoterapia degli adulti, che riguarda lo sviluppo di approcci specifici d'intervento [69]. Per un buon esito psicoterapeutico nei giovani borderline, è ancora più importante la costruzione di una forte relazione terapeutica per negoziare con l'adolescente e la sua famiglia un piano di trattamento efficace ed efficiente. In particolare, l'orientamento psicoterapeutico utilizzato nel nostro caso clinico è quello pluralistico integrato. La scelta di questo approccio nasce dall'essere un metodo flessibile, personalizzato, capace di adattarsi al percorso evolutivo della persona integrando le diverse tecniche e modalità d'intervento (Fig. 1).

Figura 1- Panoramica Borderline
[79] - [80] p.20



All'inizio del percorso di terapia si è costruita un'alleanza operativa attraverso la definizione di obiettivi chiari e la creazione di un clima accogliente ed empatico in cui la ragazza si potesse sentire a proprio agio. Chiara mostra da subito motivazione, collaborazione e aderenza al trattamento portando avanti la terapia da più di un anno senza incorrere in drop-out. Inoltre, nel trattamento psicoterapeutico è stata prevista da subito una rete di sicurezza composta da genitori, psicoterapeuta e neuropsichiatra infantile che interviene prontamente qualora la paziente dovesse mettere in atto comportamenti pericolosi per sé stessa al di fuori del setting terapeutico.

L'approccio pluralistico integrato, tenendo conto delle prove di evidenza della ricerca scientifica (evidence-based) e quelle della pratica sul campo (practice-based) considera tra le terapie di elezione nel trattamento del DBP-A la terapia dialettica comportamentale per adolescenti (DBT-A) [42, 70] e il trattamento basato sulla mentalizzazione per adolescenti (MBT-A) [71,72].

Per quanto riguarda la DBT-A sono stati utilizzati gli interventi psicoeducativi di skills training, per aiutare Chiara a ridurre uno stile di coping esternalizzante e modificare alcuni comportamenti autodistruttivi come, ad esempio, l'autolesionismo e l'impulsività legata al cibo e al fumo che emergono in situazioni di stress. Nello specifico questo metodo d'intervento si basa sull'apprendimento di abilità di "tolleranza alla sofferenza", di abilità di "mindfulness" per raggiungere una maggior consapevolezza di sé nel momento presente, di "regolazione emotionale" per gestire sbalzi e stati d'animo stabilmente negativi ed infine le "abilità nel percorrere il sentiero di mezzo", per ridurre modalità di pensiero errate attraverso la dialettica e la validazione [70]. Per quanto riguarda l'intervento basato sulla MBT-A l'obiettivo è quello di accompagnare Chiara a pensare piuttosto che ad agire e a sentire piuttosto che a fare. Tuttavia, per non attivare il sistema di attaccamento disorganizzato della ragazza, lo psicoterapeuta mantiene una buona distanza dagli stati emotivi pregressi che riducono la capacità di riflessione. Infatti, una risorsa importante di Chiara è la sua propensione introspettiva che facilita il lavoro di ristrutturazione cognitiva moderando la rigidità mentale e comportamentale. Durante il percorso sono state utilizzate diverse tecniche psicoterapeutiche. Nella prima fase della terapia il genogramma ha favorito la conoscenza storiografica di Chiara e della sua famiglia attraverso la narrazione. Successivamente, le tecniche espressive gestaltiche a mediazione creativa, come ad esempio il role play, la drammatizzazione, l'espressione corporea, hanno favorito il riconoscimento dei vissuti emotivi dell'adolescente (Fig.2). Anche la musica e la scrittura si sono rivelate delle risorse preziose per Chiara come mezzo di comunicazione con il mondo esterno. In particolare, la musica è stata un ponte di accesso per far conoscere parti di sé; la scrittura è stata uno strumento per poter esprimere fantasie, emozioni, pensieri e desideri utilizzando anche il diario terapeutico.

Si possono includere altre tecniche espressive/ludiche [81] come il disegno, il collage, mentre è importante escludere nel trattamento tecniche come la metafora, l'analogia, l'uso di giochi di parole e simbolismi qualora il livello di mentalizzazione del paziente non sia elevato [71].

Secondo Livesley, Dimaggio e Clarkin [73] nel trattamento dei disturbi di personalità

è opportuno un approccio transteorico che combini i principi e i metodi di tutte le terapie efficaci, per stabilire un modello psicoterapeutico sufficientemente flessibile, da adattarsi alle diverse forme che il disturbo di personalità assume.

Figura 2 - Trattamento Modulare Transteorico [80] p.41



BQ479

Gli incontri di parent training con i genitori hanno l'obiettivo di: comprendere gli eventi stressanti della famiglia; gestire i conflitti generati nel corso del tempo, acquisire informazioni sul DBP-A e come gestirlo. La finalità degli incontri è quella di migliorare la qualità della relazione attraverso l'accettazione e la sintonizzazione affettiva dei genitori con Chiara. Di seguito è riportato in Tab. 2 una sintesi del piano di trattamento del DBP-A.

FASE INZIALE	METODOLOGIE TECNICHE E STRUMENTI	OBIETTIVI A BREVE TERMINE	CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE
ACCOGLIENZA Osservazione esplorativa e rilevazione degli agiti pericolosi (ideazioni suicidarie, agiti suicidari) Farmacoterapia Colloquio con i genitori	- Cartella clinica - Ascolto Empatico - Alleanza collaborativa - Setting strutturato - Genogramma - Narrazione - Ascolto Attivo - Problem solving per la gestione di comportamenti autolesionistici - Contatto telefonico concordato per arginare momenti disperati suicidari - Gestione degli impulsi rabbiosi	- Analisi della domanda - Raccolta d'informazioni - Motivazione al trattamento - Ridurre lo stress - Ridurre, eliminare frequenza e intensità dell'ideazione suicidaria e dei gesti parasuicidari - Inizio della fiducia relazionale - Inserimento dei genitori in un gruppo psicoeducativo di sostegno alla genitorialità	- Tenere una buona distanza - Attenzione alla dimensione cooperativa - Violazione dei confini - Autosvelamenti - Livello di reattanza elevato (dovuto dall'attivazione del sistema motivazionale avversivo che si attiva dalla vicinanza relazionale) - Interventi empatici non direttivi - Stile di coping (esternalizzante tipico nella DA) - Evitare interpretazioni e metafore (deficit delle abilità metacognitive)
VALUTAZIONE	- Psicodiagnostica	Utilizzo di alcuni Test come ad esempio SWAPP-200-A; MACI, PID-5; CDI-2; BIS-11; DERS; DSHI; Life-events	
SETTING TERAPIA		OBIETTIVI A MEDIO E LUNGO TERMINE	
Importante considerare le risorse e i limiti dell'adolescente Terapia di gruppo	- Diario - Fototerapia - Biblioterapia - Role Play - Problem Solving - Tecniche espressive creative e ludiche (disegno, collage, fantasia, drammatizzazione ed espressione corporea) - Mindfulness - Tecniche di autocontrollo - Tecniche gestaltiche	- Consolidazione della relazione di fiducia - Riappropriarsi della propria identità - Riduzione dell'impulsività - Riparazione delle rotture - Base sicura - Autostima - Training dell'assertività - Ristrutturazione cognitiva - Gestione dei conflitti interpersonali - Life skills (gestire l'emotività, la capacità di mettersi in relazione agli altri) - Incentivare uno schema mentale flessibile	Oscillazione di giudizio tra polarità opposte Idealizzazione/svalutazione
FASE CONCLUSIVA			
Follow-up Consolidamento dei risultati		- Maggior senso di autonomia, spontaneità - Svincolo genitoriale - Dialogo tra libertà e disciplina - Elaborare la separazione	

Chiara è migliorata nella sfera cognitiva, emotiva, comportamentale e sociale. Durante i colloqui, l'adolescente riferisce di sentirsi meglio da quando ha iniziato la terapia e di vivere i rapporti con i suoi compagni con più serenità perché si sente accettata dal gruppo classe. La maggiore socialità di Chiara ha favorito una motivazione allo studio più elevata rispetto l'anno precedente. Anche i rapporti con la famiglia sono migliorati, in particolare, con il padre e la nonna paterna che sente più accoglienti e meno critici. Dal colloquio con i genitori emerge un cambiamento di Chiara in quanto riferiscono di vedere la figlia meno cupa e arrabbiata con un aumento delle emozioni positive. Una migliore regolazione degli stati emotivi della giovane ha determinato anche una riduzione del comportamento autolesionistico. Attualmente il lavoro psicoterapeutico con Chiara prosegue nella direzione di una maggiore crescita ed evoluzione personale e sociale.

6. Conclusioni

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito ad un fermento della ricerca scientifica sul DBP-A [71, 1, 70] che ha portato un grande contributo nella clinica considerando una maggior attenzione del disturbo borderline in questa fascia di età. Il trattamento psicoterapeutico pluralistico integrato applicato al caso clinico si basa sulla psicoterapia umanistica, cognitivo-comportamentale e psicodinamica, con un'attenzione particolare all'evidenza scientifica dei trattamenti specifici e ai fattori comuni [69]. Le ricerche hanno evidenziato come esistano dei fattori comuni d'intervento efficaci per il trattamento del DBP-A quali: l'impegno e la motivazione del paziente e la gestione dei comportamenti che interferiscono con la terapia; l'applicazione di un trattamento basato sulle evidenze scientifiche che sia rilevante per il paziente; la creazione di una forte relazione di attaccamento e il rafforzamento della fiducia nel credere che si possa apprendere in terapia; focalizzare l'attenzione sulle emozioni, sulla connessione tra azione e sentimento; approfondire gli stati mentali del paziente e aiutare a sviluppare una maggiore proattività [1, 74, 75, 76, 77]. Il ruolo del terapeuta non deve essere quello dell'esperto ma deve piuttosto porsi al fianco dell'adolescente utilizzando la supervisione per superare i momenti difficili che incontra durante la terapia [1,78]. Come abbiamo visto nell'articolo, la motivazione e l'impegno di Chiara e di tutta la famiglia, come anche l'adattamento del trattamento alle esigenze della ragazza (tailoring) per la costruzione di un'alleanza terapeutica sia sul piano relazionale che operativo, sono stati elementi determinanti.

La complessità del trattamento non è solo legata alla complessità del disturbo ma anche a quella della fase evolutiva dell'adolescenza di fronte alle delicate trasformazioni psichiche e fisiche. Una sfida che vede impegnati sia il terapeuta che l'adolescente nel rimuovere i fattori che bloccano lo sviluppo di una normale integrazione della personalità rispettando i suoi tempi di maturazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Sharp, C., Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288.
2. Guilé, J. M., Greenfield, B. (2004). Introduction personality disorders in childhood and adolescence. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(3), 51.
3. Lenzenweger, M. F., Cicchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 893-898.
4. Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 1-5.
5. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
6. S Sharp, C., Tackett, J. (2021). Manuale del Disturbo Borderline di Personalità nell'infanzia e nell'adolescenza. Trad. It. a cura di Riccarsi, I., Fiore, D. Milano: FrancoAngeli.
7. Paris, J. (2019). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Publications.
8. Chanen, A. M., Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 14(1), 45.
9. Lancini, M. Turuani, L. (2009). *Sempre in contatto*. Milano: Franco Angeli.
10. Fossati, A., (2021). *Il disturbo Borderline di personalità in adolescenza: fenomenologia e validità di costruito*, Manuale del Disturbo Borderline di personalità nell'infanzia e nell'adolescenza, Ed. italiana a cura di Riccardi, I e Fiore, D., Milano: Franco Angeli, 3, 41-58.
11. Poletti, M. (2011). Aspetti neuroevolutivi del Disturbo Borderline di Personalità, di. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 15(1), 7-28.
12. Giusti, E. Montanari, C. Iannazzo, A. (2021). *Psicoterapie Pluralistiche Integrate. Relazione terapeutica, valutazione DSM5. Modelli e piani di trattamento basati su prove di ricerca scientifica*. Roma: Armando Editore.
13. Bleiberg, E., Rossouw, T., Fonagy, P. (2011). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A.W. Bateman, P. Fonagy, (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: VA American Psychiatric. 436-509.
14. Westen, D., Betan, E., DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 23(1), 305-313.
15. Lancini, M. (2021). *L'età tradita. Oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
16. Saraceno, C. (2003). *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Bologna: Il Mulino.
17. Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G., (2016). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: FrancoAngeli.
18. Siegal, D. (2014) *La mente adolescente*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
19. Poletti, M. (2007). Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 358-366.
20. Wang, A. T., Lee, S. S., Sigman, Dapretto, M. (2006). Development changes in the neural basis of interpreting communicative intent. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1 (2), 107-121.
21. Monk, C. S., McClure, E. B., Nelson, E. E., Zarahn, E., Bilder, R. M., Leibenluft, E., Pine, D. S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *Neuroimage*, 20(1), 420-428.
22. Killgore, W.D., Oki, M., Yurgelun-Todd, D. A. (2001). Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces. *Neuroreport*, 12, 427-433.
23. New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., Siever, L. J. (2007). Amygdala–prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629-1640.

24. Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A development, menthalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21, 1355-1381.
25. Sharp, C., Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111-116.
26. Kenberg, P. F., Weiner, A. S., Berdenstein, K. K., (2000). *Personality disorder in children and adolescents*. New York: Basic Books.
27. Crick, N. R., Murray-Close, D. I. A. N. N. A., Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
28. Meijer, M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 13.
29. Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981.
30. American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
31. Paris, J. (2008). *The treatment of borderline personality disorders: An evidence based approach*. New York: Guilford.
32. Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). Development and validation of the Minnesota Borderline Personality Disorder scale. *Assessment*, 18(2), 234-252.
33. Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and psychopathology*, 26(2), 361-378.
34. Paris, J. (2014). A history of research on borderline personality disorder in childhood and adolescence. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 9-16). New York: NY Springer.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014). Milano: Raffaello Cortina Editore.
36. Engels, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science 196, p. 129-136.
37. Paris, J., Tyrer, P. J. (1997). *Contesto sociale e disturbi di personalità: diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
38. Crowell, S. E., Kaufman, E. A., & Beauchaine, T. P. (2014). A biosocial model of BPD: Theory and empirical evidence. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 143-157) New York: Springer.
39. Matusiewicz, A., Weaverling, G., & Lejuez, C. W. (2014). Emotion dysregulation among adolescents with borderline personality disorder. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 177-194) New York, NY: Springer.
40. Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E. (2014). Development of emotional cascades in borderline personality disorder. In Sharp, Tackett, J. L. (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. 159- 176. New York: Springer.
41. Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1091-1104.
42. Linhean, M. (2011). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
43. Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1091-1104.
44. Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535.
45. Sellbom M., Jarrett M. A., (2014) *La concettualizzazione del disturbo borderline di personalità in giovane età, con l'inquadramento dell'MMPI-A*, Manuale del Disturbo Borderline di personalità

- nell'infanzia e nell'adolescenza, a cura di C. Sharp e J. Tackett, ed. it. Riccardi I. e Fiore D. (2021) Milano: Franco Angeli.
46. Michonski, J. D., Sharp, C., Steinberg, L., & Zanarini, M. C. (2013). An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11- to 12-year-old children. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 15.
 47. Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 15864.
 48. Shedler J., Westen D., Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 49. Allen, J. G., Fonagy, P. (2006). Mentalizing in practice. *Handbook of mentalization-based treatment*, 3-30.
 50. Spalletta, E. (2010). *Personalità sane e disturbate. Un'introduzione propedeutica alla cura delle normopatie del quotidiano*. Roma: Sovera Edizioni.
 51. Lichtenberg, J.D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 52. Byng-Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 53. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Hogarth Press, London. (2nd ed. (1984), Viking Penguin, New York.) (Trad. it.: 1976 [1a ed.], 1989 [2a ed.] *Attaccamento e perdita. Vol. 1 Attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
 54. Crittenden, P. M. (1997). *Truth, error, omission, distortion, and perception: the application attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder*. in Dollinger, S. M., DiLalla, L. F. (2013). *Assessment and intervention issues across the life span*. Psychology Press.
 55. Fonagy, P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro, in *Kos Rivista di medicina, cultura e scienze umane*, n. 129 Europa Scienze Umane Editrice.
 56. Stern, D. N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
 57. Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
 58. Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Psychology Press.
 59. Malher, M., Pine, F., & Bergman, A. (1978). *La nascita psicologica del bambino*, [Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri].
 60. Sameroff, A. J., Emde R.N. (1991). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.
 61. Horowitz, M. J., Kernberg, O. F., & Weinshel, E. M. (1998). *Struttura e cambiamento psichico*. Milano: FrancoAngeli.
 62. Gardner, H. (1996). *Educare al comprendere*. Milano: Feltrinelli.
 63. Blandino, G., Garnieri B. (1995). *La disponibilità ad apprendere*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 64. Pontecorvo, C. (1993). *La condizione della conoscenza*. Firenze: La Nuova Italia.
 65. Vayer, P., Camuffo M. (2000). *La faccia nascosta della classe*. Roma: Magi.
 66. Walsh, F. (1995). *Ciclo vitale e dinamiche familiari*. Milano: FrancoAngeli.
 67. Framo, J.L. (1996), *Terapia intergenerazionale, un modello di lavoro con la famiglia d'origine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 68. Spalletta, E. (2000). Applicazione dell'Integrazione Pluralistica negli interventi di counseling e psicoterapia con bambini e adolescenti, in *Integrazione nelle Psicoterapie e nel Counseling*. Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche. 7/8, 223-240.
 69. Shirk, S. R., Karven, M. S. (2012). L'alleanza nella terapia rivolta a bambini e adolescenti. Norcross J. C. [ed. it. *Quando la relazione funziona*. Ricerche scientifiche a prova di evidenza, Vol 1, 97-125] Roma: Sovera.
 70. Rathus, J. H., Miller, A. L. (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

tore.

71. Bateman, A., Fonagy, P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
72. Rossouw, T., Wiwe M. Vrouva, I. (a cura di) (2022). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per gli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
73. Livesley, J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. (2016). *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
74. Monticone, I. (2012). "Il disturbo Borderline in adolescenza. Teoria, modello e trattamento integrato". *Integrazione nelle Psicoterapie*, n°2 117-129, Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche
75. Giusti, E., Picerni E. (2021). *Traumi Psicici. Trattamenti di macro e microcomplessità*. Roma: Armando Editore.
76. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391.
77. Norcross J. C. (2012). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona*. vol 1 Roma: Sovera Edizioni.
78. Norcross J. C., Popple, L. M. (2017). *Supervisione in psicoterapia integrata*. Roma: Sovera Edizioni.
79. Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. [Trad. it. Boringhieri, Torino 1978].
80. Giusti, E., Spalletta, E. (2020). Metavisione e ri-costruzione di soggetti al limite. La Sindrome Borderline. *Rivista Integrazione delle Psicoterapie*. n.10 p.11- 48, Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche
81. Giusti, E., Rosa, V. (2002). *Psicoterapie della Gestalt. Integrazione dell'Evoluzione Pluralistica*. Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche.

STUDIO CLINICO

Visual –W: adattamento della Wisc/Wais a pazienti con sindrome dello spettro autistico

Anna Di Leva¹, Marco Filippini¹, Rita Zampi¹, Simona Verniti¹, Elisabetta Nugnes¹, Arianna Glorioso¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy



Citation

Di Leva A., Filippini M., Zampi R., Verniti S., Nugnes E., Glorioso A. (2022). Visual –W: adattamento della Wisc/Wais a pazienti con sindrome dello spettro autistico. Phenomena Journal, 4, 109-116. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.166>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Anna Di Leva
anna.dilevapsy@gmail.com

Ricevuto: 28 settembre 2022

Accettato: 5 dicembre 2022

Pubblicato: 5 dicembre 2022

ABSTRACT

These clinical cases study born from the observation and somministration of tests done on a sample of three people from 13 to 20 years old with autism spectrum diagnosis. The evaluation tools used are different on the age. They are: Wechesler Intelligenze Scale for Children (WISC-IV) and the Wechesler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV TR). The first hypothesis is that the way they use to do a test task is the same used to cope with the events of daily life. Indeed, the study want to dimostrate that remodelling the test adapting it on the ability of patients studied can provide more ecological informations referring to the processes done during daily life. The aims to evaluate the subject's intellectual level and to increase test battery to identify patient's functional process during his daily life. Furthermore, based on the patient's abilities underlined during the execution of the task, it is possible develop treatment plan.

KEYWORDS

Autism, Wisc, Wais, neuronal plasticity, ecological.

ABSTRACT IN ITALIANO

Lo studio sui casi clinici qui presentato è nato dall'osservazione e somministrazione di test effettuati su un campione di 3 ragazzi di età compresa tra 13 e i 20 anni con diagnosi dello spettro autistico. Gli strumenti di valutazione utilizzati – che variano a seconda della fascia d'età - sono: la Wechesler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) e la Wechesler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV TR). L'ipotesi di partenza è che la modalità adottata durante l'esecuzione del compito sia la stessa messa in atto per fronteggiare gli eventi della vita quotidiana. A tal proposito lo studio vuole dimostrare come una rimodulazione del test adattato alle capacità dei pazienti studiati possa fornire informazioni più ecologiche in riferimento ai processi messi in atto nella vita quotidiana. Lo scopo è quello di valutare il livello intellettuale dei soggetti e la possibilità di ampliare la batteria dei test per individuare il processo funzionale del paziente all'interno della sua quotidianità. Inoltre, sulla base delle abilità messe in atto dal paziente durante l'esecuzione del compito è possibile stilare il piano di trattamento.

PAROLE CHIAVE

Autismo, Wisc, Wais, plasticità neuronale, ecologico.



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

1. Introduzione

L'obiettivo del presente elaborato è: indagare le abilità fino-motorie e visuo-spaziali, analizzando casi singoli, al fine di osservare punti di forza e di debolezza del profilo ASD; ipotizzare l'uso delle immagini e del codice visivo per progettare percorsi educativi, al fine di adattare i processi di apprendimento in base alle singole caratteristiche cognitive; adattare l'ambiente alle capacità innate della persona autistica, rendendolo il più possibile ecologico. Le persone autistiche, infatti, hanno una differente modalità nella gestione del rapporto tra l'ambiente ed il proprio organismo. Il punto di forza dello studio è allenare le aree cognitive al fine di sviluppare nuovi circuiti neuronali e rafforzare le connessioni sinaptiche tra i neuroni sfruttando la plasticità del cervello. Ad esempio, nella procedura di correzione del comportamento problema, il bambino tende a manifestare risposte stereotipate, utilizzando determinate reti neurali; modificando gli stimoli ambientali e rinforzando un nuovo comportamento di risposta, si tende a modificare l'input cerebrale attivando nuovi circuiti per dare una differente risposta output [1]. La plasticità neuronale si riferisce alla capacità del sistema nervoso di modificare i propri circuiti sia dal punto di vista strutturale che funzionale, in funzione dell'esperienza al fine di apprendere informazioni sull'ambiente, oppure nel caso di danni cerebrali per ripararli [2].

La nostra ipotesi ha trovato conferma in un lavoro di Chiusaroli [3], secondo cui è ipotizzabile l'uso delle immagini e del codice visivo per progettare percorsi educativi al fine di adattare i processi di apprendimento in base alle singole caratteristiche cognitive. Il canale visivo e la traduzione di parole in immagini sono un punto di forza nell'utilizzo delle abilità visive, nella percezione e nella comprensione degli stimoli linguistici. Il raggiungimento dell'elaborazione astratta passa attraverso l'osservazione della realtà per cui, si ipotizza un passaggio dal concreto all'astratto [7]. Lo scopo dell'utilizzo dei metodi visivi è supportare la comprensione della vita quotidiana e la comunicazione dei propri bisogni.

1.1. Correlati neuro-anatomici

Le caratteristiche principali del funzionamento autistico sono: deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale; comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi; manifestazione precoce; presenza di gravi difficoltà nella vita quotidiana. Il cervello autistico presenta un maggior numero di connessioni tra le aree cerebrali vicine piuttosto che tra quelle distanti, sulla base della plasticità cerebrale, esso mostra un differente equilibrio di reti neurali [1]. Dagli studi di neuroimaging, si evince che la formazione cerebrale ha una propria neurogenesì. Nei pazienti con sindrome dello spettro autistico, è stata rilevata una crescita cerebrale anomala durante la prima infanzia, identificata come "macroencefalica postnatale transitoria". Essa ha inizio tra i 2 e 14 mesi, interessa diverse regioni cerebrali (lobo frontale, cervelletto e strutture limbiche) e culmina tra i 2 e 4 anni, per poi rallentare e arrestarsi bruscamente. Inoltre, l'incremento del volume cerebrale è legato ad un aumento della materia bianca sottocorticale nel lobo frontale e ad uno sviluppo ano-

malo dell'amigdala e della formazione ippocampale [2; 4; 5; 6]. In particolare, sia a livello intra-emisferico che inter-emisferico possiamo distinguere: aree associate a menomazioni sociali, quali il giro fusiforme; il solco temporale superiore; la corteccia prefrontale dorso-mediale [2; 6; 7]. Altre aree associate a deficit sociali sono: la corteccia cingolata anteriore, la corteccia parietale posteriore e l'amigdala, coinvolta nell'attivazione delle emozioni, nell'attribuzione del significato degli stimoli ambientali e nella modulazione dell'apprendimento emotivo. L'ipo-attivazione di queste strutture presenta un ruolo centrale nella carenza di motivazione sociale manifestata dai pazienti con ASD [6]. Il cervello autistico è un cervello manuale in cui le informazioni vengono gestite in sequenza, mentre un cervello neurotipico è un cervello automatico che gestisce più informazioni contemporaneamente, integrando le esperienze precedenti, cosa che non accade nella mente autistica [1]. Difatti, la difficoltà a recuperare le informazioni in tempo reale, è legata ad un maggior tempo di elaborazione degli stimoli [1]. Dunque, il canale visivo e la traduzione di parole in immagini, sono un buon punto di forza per le capacità di comprensione verbale e linguistica. Le immagini favoriscono l'elaborazione degli stimoli e si ipotizza una facilità nel passaggio dal concreto all'astratto. La ricerca, legata a queste abilità, evidenzia peculiarità nell'elaborazione del materiale visuo-spaziale, globale-locale definendo il profilo cognitivo di individui ASD caratterizzato da processi percettivi atipici mostrando una propensione nell'elaborare in modo frammentato gli stimoli oppure cercando di integrarli tra loro in una rappresentazione coerente [7; 8; 9]. Nel trattato originale di Kanner, questa caratteristica viene descritta come una "incapacità di sperimentare interi senza piena attenzione alle parti costituenti" [10].

2. Materiali e Metodi

La WISC è uno strumento clinico e diagnostico per la valutazione delle abilità intellettive dei bambini dai 6 ai 16 anni e 11 mesi.

Il quoziente intellettivo è calcolato su un campione di riferimento; per completare tale test i bambini normodotati impiegano all'incirca 70 minuti, invece, i bambini con disturbi del neurosviluppo all'incirca 120 minuti.

Essa è composta da 15 prove di cui 10 principali e 5 supplementari e si suddivide in 4 indici: prove verbali, prove di ragionamento visuo-percettivo, prove di memoria breve termine e prove di velocità di elaborazione. La somministrazione avviene alternando le diverse prove dei diversi indici; i punteggi che si ottengono ci permettono di avere, il quoziente intellettivo globale (QI) e quattro punteggi parziali: l'indice di comprensione verbale (ICV), l'indice di ragionamento visuo-percettivo (IPR), l'indice di Memoria Lavoro (IML) e Indice di velocità di Elaborazione (IVE).

L'ICV è composto da tre subtest (Somiglianze, Vocabolario e Comprensione) e due test supplementari (Informazione e Ragionamento con le Parole). Questo indice misura la capacità del soggetto di formulare e di utilizzare i concetti verbali, cioè l'abilità di ascoltare una richiesta, di recuperare le informazioni precedentemente apprese, di pensare e di esprimere verbalmente la risposta.

L'IPR è composto da tre subtest (Disegno con i cubi, Ragionamento con le matrici e Concetti illustrati) e un test supplementare (Completamento di Figure), misura il ragionamento non-verbale e l'intelligenza fluida. Essi sono particolarmente importanti perché sono scarsamente influenzati dal livello culturale ed educativo. Tale indice valuta la capacità del soggetto di esaminare un problema, di avvalersi delle proprie abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, di pianificare, di cercare delle soluzioni e quindi di valutarle.

L'IML comprende due subtest (Memoria di cifre e Riordinamento di lettere e numeri) e un test supplementare (Ragionamento Aritmetico); esso valuta la capacità del soggetto di memorizzare nuove informazioni, di conservarle nella memoria a breve termine, di mantenere l'attenzione focalizzata e di manipolarle per produrre una soluzione.

L'IVE comprende: due subtest (Cifrario e Ricerca di simboli) e un test supplementare (Cancellazione); esso misura la capacità del soggetto di focalizzare l'attenzione e di scansionare rapidamente gli stimoli (tab.1).

Tabella 1.

Prove verbali	Prove di ragionamento visuo-percettivo	Prove di memoria a breve termine	E prove di velocità di elaborazione
Somiglianze	Disegno con i cubi	Memoria di cifre	Cifrario
Vocabolario	Ragionamento con le matrici	Riordinamento di lettere e numeri	Ricerca di simboli
Comprensione	Concetti illustrati	Ragionamento Aritmetico	Cancellazione
Informazione	Completamento di Figure	/	/
Ragionamento con le parole	/	/	/

La Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) è uno strumento clinico che è utilizzato per valutare le capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra i 16 anni e i 90 anni, esso si somministra individualmente. La WAIS-IV è composta da quindici subtest: disegno con i cubi, somiglianze, memoria di cifre, ragionamento con le matrici, vocabolario, ragionamento aritmetico, ricerca di simboli, informazione, cifrario, riordinamento di lettere e numeri, comprensione, completamento di figure, puzzle, confronto di pesi, cancellazione. La struttura della WAIS-IV è organizzata in quattro scale: 1) comprensione verbale con tre subtest fondamentali (Somiglianze, Vocabolario e Informazioni) ed un sub test supplementare (Comprensione); 2) ragionamento visuo-percettivo con tre subtest fondamentali (Disegno con cubi, Ragionamento con le matrici e Puzzle) e due subtest supplementari (Confronto di pesi e Completamento di figure); 3) Memoria Lavoro che comprende due subtest fondamentali (Memoria di cifre e Ragionamento Aritmetico) e un subtest supplementare (Riordinamento di lettere e numeri); 4) Velocità di elaborazione che comprende due subtest fondamentali (Ricerca di simboli e Cifrario) e un subtest supplementare (Cancellazione). I subtest appartenenti alla stessa scala vengono utilizzati

per ricavare il corrispondente punteggio indice, ciascuna scala contribuisce alla Scala totale, che viene utilizzata per ricavare il QI totale.

2.1. Procedura

La procedura adottata per la ricerca è stata la seguente: prima della somministrazione dei test, ai genitori dei pazienti è stato fatto firmare il consenso informato per la privacy e per le riprese audio-video, a scopi di ricerca e di visione a scopo didattico. I video sono stati visionati a posteriori dall'equipe di ricerca.

Il setting era così strutturato: presenti Paziente, Somministratore (Psicoterapeuta - Psicologo ed esperto in Neuropsicologia), Osservatore alla somministrazione (qualifica di Psicologo - Psicoterapeuta in formazione e tecnico RBT); mentre, la videocamera era posta al lato della scrivania in modo da inquadrare paziente, somministratore ed elementi presenti sulla scrivania; la posizione della stessa non invadeva il setting operativo.

La somministrazione è avvenuta in circa 2 incontri da 60-90 minuti; tali incontri erano caratterizzati da un primo momento di conoscenza tra gli attori in causa, si iniziava la somministrazione del test con la possibilità di concedere una pausa – in modo da rispettare le esigenze del paziente - infine, vi era la possibilità di somministrare rinforzatori ove necessario in base alle esigenze del singolo bambino (biscotti e bevande), ad hoc per ogni paziente in base alle indicazioni dei genitori o dei terapisti. L'utilizzo di tali distrattori non è stato rilevante ai fini dello svolgimento del test. Il momento di conoscenza è stato utilizzato per indagare: le abilità linguistiche, di orientamento spazio-temporale, le autonomie e la conoscenza della sua routine, delle sue abitudini quotidiane, oltre che la modalità relazionale e l'approccio con persone nuove. Si è, altresì, valutata la consapevolezza di sé, delle proprie abilità e delle proprie modalità di stare al mondo. È stato cronometrato il tempo di svolgimento dell'intero test, al fine di confrontare i tempi con la tempistica standardizzata.

2.2 Campione

Lo studio sui casi clinici, nato dall'osservazione e somministrazione di test, è stato effettuato su un campione di 3 ragazzi di età compresa tra 13 e i 20 anni con diagnosi dello spettro autistico, in un caso in comorbidità alla diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio. Il reclutamento è avvenuto all'interno di un centro clinico che si occupa di salute mentale e riabilitazione.

2.3. Struttura del Test

I subtest adattati sono: le Somiglianze, la Memoria di cifre e Riordinamento lettere e numeri, il Ragionamento Aritmetico, il Puzzle, il Cifrario e il Confronto Pesi.

Il subtest "Somiglianze" ha come obiettivo agevolare le capacità astrattive attraverso le immagini, al fine di acquisire una maggiore conoscenza del significato dei vocaboli. L'ipotesi è che lo stimolo rappresentato visivamente potrebbe attivare più fa-

cilmente il concetto astratto. Questo passaggio può coinvolgere le aree cerebrali più funzionali del cervello autistico, favorendo, se possibile, anche la velocità di elaborazione. Inoltre, utilizzando stimoli più facili da elaborare ipotizziamo che il paziente impieghi minori risorse energetiche per fronteggiare il compito.

Il subtest “Memoria di cifre e Riordinamento lettere e numeri” prevede il riordinamento dei numeri in forma scritta o in 3D, piuttosto che manipolare mentalmente lo stimolo target visivo. Inoltre, si ipotizza l’aggiunta di uno “span di supporto”, a quelli già standardizzati della WISC/WAIS, che vada ad identificare la quantità di informazioni ricordate. Quando il punteggio è zero (span ottenuto eseguendo il test come standardizzato) si prosegue fornendo supporto visivo.

Il subtest “Ragionamento Aritmetico” prevede l’introduzione dell’utilizzo del calcolatore elettronico di carta e penna, abaco, regoli; lo scopo è valutare non tanto il risultato corretto dell’operazione quanto il processo per giungere al risultato.

Per il subtest “Puzzle” si è ipotizzata una versione 3D degli stimoli presenti sul libro. Ogni singolo pezzo del puzzle è riprodotto in legno o compensato. Lo scopo è scegliere i pezzi giusti al fine di completare il puzzle. Per il “Cifrario”, al fine di ovviare alle difficoltà legate al tratto grafico, abbiamo ipotizzato la creazione di una griglia in legno uguale al foglio degli stimoli, con tanti pezzi quanti necessari al fine di abbinare gli stimoli ai numeri target.

Per il “Confronto pesi”, l’ipotesi è quella di ampliare la valutazione alle stime cognitive, utilizzando elementi quotidiani e non astratti. È possibile la creazione di una bilancia a due piatti ben calibrata con stimoli di peso e grandezza diversa al fine di favorire le abilità di sperimentazione e tangibilità degli stimoli.

2.4. Materiali

I materiali necessari al fine di realizzare gli strumenti integrativi al test sono: immagini plastificate raffigurante gli stimoli del subtest somiglianze; compensato in legno per creare gli stimoli puzzle; abbecedario e numeri in 3D.

2.5. Disegno di ricerca

Tabella 2.

Consenso da parte dei genitori o tutori legali
Diagnosi pregressa dello spettro autistico medio/alto funzionamento
Somministrazione del test e concomitante videoregistrazione della seduta
Sgrigliatura test e confronto dei video in equipe
Individuazione delle caratteristiche comuni durante le somministrazioni
Ipotesi piano di trattamento
Analisi dati e confronto con tecnici RBT
Relazione con punteggi ove richiesto
Rimodulazione progressiva della griglia e Follow-Up semestrale

3. Risultati

Dalle osservazioni effettuate su tutti e 3 i casi è emersa, durante la somministrazione del test, una propensione per gli stimoli visivi, mentre si nota una difficoltà nelle abilità di programmazione mentale delle azioni e nell'esplorazione dei particolari nelle immagini complesse. Si è riscontrata, inoltre, una preferenza per la visione generale delle immagini. Abbiamo osservato la presenza di un corretto abbinamento oculomotorio tra gli stimoli bersaglio, sebbene il tratto grafico sia più vicino allo scara-bocchio.

4. Discussioni

Date le osservazioni effettuate sullo studio di questi 3 utenti, proponiamo la somministrazione di questo nuovo protocollo su un campione statisticamente valido al fine di poterlo standardizzare. Inoltre, verrà fornita un'appendice con le istruzioni per la costruzione dei materiali da utilizzare ed un file in allegato con le immagini stimolo da stampare. Ipotizziamo che questo strumento modificato in alcuni subtest possa essere una linea guida per la formulazione del piano di trattamento sul quale poi si potrà effettuare una riabilitazione funzionale e cognitiva, partendo dai punti di forza tipici del singolo utente con spettro autistico. Inoltre, sulla base dello studio di Lloyd et al. [9] è stato evidenziato che le anomalie motorie, nonostante non vengano considerate nella sintomatologia core dell'ASD, risultano un aspetto importante nella valutazione del profilo di bambini e ragazzi con tale diagnosi [9]: si possono manifestare fin dai primi mesi di vita arrestando la crescita sia fisica che psicologica [12] dei domini linguistici, sociali e degli apprendimenti [13;14]. Tra i deficit principali sono state osservate atipicità nel tono muscolare e nei riflessi, goffaggine, iperattività e movimenti stereotipati, ritardo nell'iniziare, cambiare o arrestare una sequenza motoria; inoltre, un impaccio nelle acquisizioni di motricità fine e nel sincronizzare gesti e azioni, soprattutto in compiti che richiedono una coordinazione occhio-mano [9;15] e mano-bocca [17]. La prospettiva futura di questo studio è quella di ampliare la valutazione delle abilità dei pazienti con ASD con una programmazione del trattamento, utilizzando una visione olistica che tenga conto della connessione mente-corpo propria di ogni essere umano.

BIBLIOGRAFIA

1. Harrisson, B. (2021). L'Autismo spiegato ai non autistici. *St. Charles Lise. Vallardi editore.*
2. Gaetano, E. (2018) Flessibilità cognitiva cambiare regola a seconda del contesto. *State of mind.*
3. Chiusaroli, D. (2020). Strategie didattiche visive in persone con disturbo dello spettro autistico: studio di un caso. *Italian Journal of special education for inclusion*, 8(2), 190-207.
4. Tager-Flusberg, H. (2008). Cognitive neuroscience of autism. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(6), 917-921.
5. Baron-Cohen, S. (2004). The cognitive neuroscience of autism. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(7), 945-948.
6. Courchesne, E., Karns, C. M., Davis, H. R., Ziccardi, R., Carper, R. A., Tigue, Z. D., Chisum, H. J., Moses, P., Pierce, K., Lord, C., Lincoln, A. J., Pizzo, S., Schreibman, L., Haas, R. H., Akshoomoff, N. A., & Courchesne, R. Y. (2001). Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: An MRI study. *Neurology*, 57(2), 245-254.
7. Tambelli, R. (2017). Manuale di psicopatologia dell'infanzia. *Bologna: Il mulino.* Van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2008). Autism Spectrum Disorders. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (A c.Di), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pagg. 759-781). Blackwell, Publishing Ltd.
8. Pisula, E. (2010). The autistic mind in the light of neuropsychological studies. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 70(2).
9. Chiusaroli, D. (2020). Visual didactic strategies in people with autism spectrum disorder: a case study. V. 8 N. 2 (2020): *Italian Journal of Special Education of inclusion*. III. ESITI DI RICERCA (a. ricerca qualitativa e quantitativa; b. Strumenti e metodologie).
10. Cardillo, R., Vio, C., & Mammarella, I. C. (2020). A comparison of local-global visuospatial processing in autism spectrum disorder, nonverbal learning disability, ADHD and typical development. *Research in Developmental Disabilities*, 103.
- 11a. Wechsler, D. (2016). Wisc-IV Wechsler Intelligence Scale for Children. Quarta Edizione. *Giunti O.S.*
- 11b. Wechsler, D. (2015). Wais- IV Wechsler Adult Intelligence Scale. Fourth Edition. *Giunti O.S.*
12. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. (*Nerv. Child* 2:217-50, 1943).
13. Lloyd, M., MacDonald, M., & Lord, C. (2013). Abilità motorie dei bambini con disturbi dello spettro autistico. *Autism*, 17(2), 133-146.
14. Newell, K. M., & Wade, M. G. (2018). Physical growth, body scale, and perceptual-motor development. In J. M. Plumert (A c. Di), *Studying the perception-actions system as a model system for understanding development*. (2018-35837-007; Vol. 55, pagg. 205-243). Elsevier Academic Press.
15. McGlashan, H. L., Blanchard, C. C. V., Sycamore, N. J., Lee, R., French, B., & Holmes, N. P. (2017). Improvement in children's fine motor skills following a computerized typing intervention. *Human Movement Science*, 56, 29.
16. Piek, J. P., Baynam, G. B., & Barrett, N. C. (2006). The relationship between fine and gross motor ability, self-perceptions and self-worth in children and adolescents. *Human Movement Science*, 25(1), 65-75.
17. Lee, C. M., & Bo, J. (2021). Visuomotor adaptation and its relationship with motorability in children with and without autism spectrum disorder. *Human Movement Science*, 78.
18. Vianello, R., & Mammarella, I. C. (2015). *Psicologia delle disabilità: Una prospettiva life span*. Parma: Edizioni Junior - Gruppo Spaggiari.
19. Mody, M., Shui, A. M., Nowinski, L. A., Golas, S. B., Ferrone, C., O'Rourke, J. A., & McDougle, C. J. (2017). Communication Deficits and the Motor System: Exploring Patterns of Associations in Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 155-162.

CASO CLINICO

Nella stanza del terapeuta “da lontano”. Consapevolezza della propria identità sessuale e attacchi di panico durante la Pandemia attraverso l’Approccio Pluralistico Integrato

Paola Prosperi¹

¹ A.S.P.I.C. (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell’Individuo e della Comunità); ASPICARSA (Associazione di Ricerca Scientifica Applicata)



Citation

Prosperi P. (2022).
Nella stanza del terapeuta “da lontano”.
Consapevolezza della propria identità
sessuale e attacchi di panico durante
la Pandemia attraverso l’Approccio
Pluralistico Integrato
Phenomena Journal, 4, 117-138.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.179>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l’autore

Paola Prosperi
paolaprosperti72@gmail.com

Ricevuto: 25 ottobre 2022

Accettato: 5 dicembre 2022

Pubblicato: 5 dicembre 2022

ABSTRACT

The case illustrated in this article is that of 15-year-old girl, a student in a high school in Rome, who lives within a very present and attentive family and has a very enterprising and brilliant twin brother. The girl started developing panic attacks right after the beginning of the 2020 quarantine, due to the Covid Pandemic. Her psychotherapy begins in September 2020, not in person, but by remote meetings, because of her fears and preventive restrictions. The resolution of this case will show the use of Integrated Pluralistic Approach in psychotherapy. Will be shown how gestalt psychotherapy integrated with the humanistic therapy, cognitive-behavioral therapy, strategic therapy, Autogenic Training and meditation are used for management of anxiety disorders and of behavioral and psychoemotional consequences of the pandemic period. The difficulties of coming out and relationship problems with family members due to homosexuality must also be explored.

KEYWORDS

Gestalt Psychotherapy, Integrated Pluralistic Approach, Autogenic Training, Panic Attacks, Covid -19 Pandemic, Homosexuality.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il caso illustrato in questo articolo è quello di una ragazza di 15 anni, studentessa in un liceo di Roma, che vive all’interno di una famiglia molto presente ed attenta ed ha un fratello gemello molto intraprendente e brillante. Questa ragazza ha iniziato a sviluppare attacchi di panico subito dopo l’inizio del lock down del 2020 dovuto alla Pandemia da Covid. Il suo percorso di psicoterapia inizia a settembre del 2020, non in presenza, ma a distanza, a causa delle sue paure e delle restrizioni preventive. La risoluzione di questo caso mostrerà l’utilizzo dell’Approccio Pluralistico Integrato in psicoterapia. Verrà mostrato come sono state utilizzate la psicoterapia gestaltica integrata alla terapia umanistica, alla terapia cognitivo-comportamentale, alla terapia strategica, al Training Autogeno e alla meditazione per la gestione dei disturbi d’ansia e delle conseguenze comportamentali e psicoemotive del periodo pandemico. Verranno esplorati anche le difficoltà di coming out e i problemi relazionali con i familiari dovute all’omosessualità.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia della Gestalt, Approccio Pluralistico Integrato, Training Autogeno, Attacchi di Panico, Pandemia Covid-19, Omosessualità.



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

1. Introduzione

Da ormai qualche decennio la ricerca in psicoterapia [1, 2, 3], ha dimostrato quanto l'efficacia della terapia non sia dovuta solo ad un metodo utilizzato rispetto ad un altro, quanto invece ad una serie di fattori che influiscono in modo congiunto e integrato sull'esito del percorso effettuato [4, 5, 6]. Tali fattori sono: le caratteristiche del cliente in relazione a quelle del terapeuta, il sistema teorico di riferimento unito alle tecniche di intervento, la personalità del terapeuta e anche fattori casuali. In questi studi, quindi, è stato riportato che non esiste un metodo psicoterapico per eccellenza, ma che, a seconda della persona e dei sintomi che abbiamo davanti ci sono delle strategie che, in base alla fase della psicoterapia, sono più efficaci e idonee rispetto ad altre, per una veloce ed efficiente risoluzione del caso clinico [6, 7, 8, 9]. L'Approccio Pluralistico Integrato proposto dall'ASPIC [7, 8, 9], permette di poter lavorare in modo puntuale sui vari disturbi, utilizzando le tecniche e le metodologie più idonee ed appropriate a seconda del caso e della fase del ciclo della terapia, in quanto presuppone una visione globale e complessiva della realtà. Nella psicoterapia pluralistica integrata è previsto un approccio dinamico e flessibile a seconda delle esigenze peculiari di ogni singolo individuo con l'obiettivo di arrivare al cambiamento, alla remissione dei sintomi e al miglioramento della qualità della vita senza ricadute nel tempo [9]. Permette di avere infatti una visione unitaria dei vari approcci teorici e di vedere la persona bisognosa di aiuto nella sua complessità. Anche autori come Clarkin e la Linehan nei loro testi hanno lavorato su una integrazione delle teorie e delle tecniche per fornire una comprensione più completa e suggerire una terapia più efficace per i disturbi di personalità [10, 11, 12, 13].

In linea con questa premessa, nella mia esperienza clinica attraverso l'Approccio Pluralistico, la psicoterapia della gestalt [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20], la psicoterapia umanistica [21, 22, 23, 24], l'analisi transazionale [25, 26, 27], la psicoterapia cognitivo-comportamentale [28, 29, 30, 31, 32], integrate al Training Autogeno di Schultz e alla Mindfulness [33, 34, 35, 36, 37, 38, 39], sono state sia prospettive teoriche funzionali a comprendere e a gestire con consapevolezza il processo terapeutico nelle varie fasi, sia strumenti clinici fondamentali nel lavoro quotidiano con le persone in psicoterapia. All'interno di questi grandi orientamenti troviamo le risposte teoriche, le tecniche e i riferimenti indispensabili per una psicoterapia efficace basata sulle evidenze scientifiche. Proprio per questo motivo la terapia che viene descritta per questo caso clinico, integra le terapie precedentemente indicate, in quanto risultano essere le più efficaci per la risoluzione dei disturbi d'ansia in generale e in particolare per gli attacchi di panico [7, 8, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 41].

In questa introduzione vorrei riportare anche alcune informazioni che riguardano un tema centrale del caso che seguirà, ovvero la difficoltà a comunicare le proprie scelte sessuali e l'omosessualità ancora ai nostri giorni. Effettivamente il tema dell'identità di genere è molto ricorrente in questi ultimi anni nel lavoro clinico e sicuramente estremamente delicato: alcuni ragazzi si trovano costretti a dover negare o nascondere le proprie preferenze, altri invece, esponendosi, vengono emarginati, criticati, mi-

nacciati, bullizzati per le loro scelte e per i loro vissuti; in entrambe i casi tra tensione, dolore, paura, rabbia e incertezze, ragazze e ragazzi vivono momenti molto particolari e avere la comprensione, l'accettazione e il sostegno della famiglia diventa fondamentale, sia per il processo di accettazione del Sé, che di riflesso, per costruire una buona autostima. Ormai la letteratura ci fornisce informazioni precise rispetto alla "fluidità" [42] adolescenziale o adulta, ovvero sulla capacità di provare attrazione per nessuno o per tutti i generi, in modo transitorio o meno; la fluidità non indica che non c'è identità sessuale, ma che non c'è rigidità, per cui si può essere flessibili scegliendo sia persone dello stesso sesso che di quello opposto. Negli ultimi anni il web e i social media hanno permesso l'emergere del disagio di tante persone e agevolato così la possibilità di supporto, di ascolto e di confronto, mentre nei decenni precedenti queste possibilità erano sicuramente molto più rare e difficilmente fruibili. Il mondo LGBT (nella dicitura odierna completa LGBTQIA+) è molto più consapevole delle sue caratteristiche e il percorso che può essere fatto insieme allo psicoterapeuta, è innanzitutto quello dell'ascolto e dell'accettazione di sé stessi, della risoluzione dei conflitti interni per facilitare le relazioni con gli altri e agevolare la comunicazione dei propri vissuti (di difficoltà, ma anche di benessere) in famiglia; inoltre, il lavoro terapeutico è fondamentale per il miglioramento dell'autostima e per tutte quelle tematiche che possono essere correlate al tema della sessualità [42]. Molti genitori pensano che i propri figli facciano delle scelte spinti dalla moda o da un capriccio; in realtà stiamo assistendo a processi di auto svelamento sempre più frequenti, a coming out anche provocatori, spesso perché, in questo movimento di riconoscimento della propria unicità, soprattutto nei ragazzi che hanno più consapevolezza, c'è proprio l'esigenza che la comunità si emancipi, sia meno rigida, sia più comprensiva e rispettosa delle scelte di ogni individuo. Ci sono purtroppo ancora troppe discriminazioni in Italia; ci sono dati che indicano al 79% l'intolleranza percepita, cosa che invece non avviene all'estero, come emerso nel Convegno "Edipo al tempo della sessualità fluida. La psicoterapia della Gestalt e il diritto alla non-identità", svolto a Siracusa a giugno 2022.

1.1. L'ansia e gli attacchi di panico in una visione gestaltica

In questo paragrafo viene fornita una lettura gestaltica dell'ansia e del disturbo da attacchi di panico. Di solito quando si verifica un attacco di panico si ha la sensazione di una paura intensa motivata dal pensiero di poter morire, di perdere il controllo, di avere un infarto, un ictus oppure di impazzire. La lettura fenomenologica, la prospettiva teorica e l'approccio clinico degli attacchi di panico tipico della gestalt danno grande rilevanza all'esperienza al confine-contatto¹ con l'altro. Secondo Perls e i teorici della gestalt [18] il panico è considerato un sano e normale adattamento creativo dell'organismo in particolari condizioni; può essere considerato un fenomeno di confine, che serve a proteggere l'organismo in situazioni di pericolo ambientale, quando la persona si trova davanti a qualcosa di improvviso e minaccioso e non può fuggire o difendersi efficacemente. Il panico, quindi è un tipo di risposta ad uno stress

1. Il contatto al confine è un processo che permette l'assimilazione e la crescita, e consiste, secondo Perls, nel lento costituirsi di una figura prevalente su uno sfondo, o contesto, del campo organismo/ambiente [15, 16, 17]

estremo. L'attacco di panico invece è un'esperienza in cui, anche se non ci troviamo davanti ad un pericolo concreto, vi è un'esperienza di panico vera e propria; quindi, compare comunque questa funzione protettiva del confine di contatto molto forte, in cui l'organismo, che si trova a rapportarsi con altre persone o situazioni o ambienti diversi, si sente inadeguato come se fosse di fronte ad un "pericolo estremo", provando un'ansia acuta senza sostegno, tanto da avvertire pericolo di morte. Come afferma Francesetti [41] nell'attacco di panico, a differenza dell'esperienza di panico, non c'è una minaccia ambientale reale a causare le sensazioni di paura, ma l'organismo sente crescere l'eccitazione e "non è in grado di reggerla non trovando nell'ambiente il sostegno adeguato né un sufficiente auto-sostegno" [41, p. 57]. L'ansia e il panico possono emergere nei vari momenti del ciclo del contatto (secondo Perls costituito dal pre-contatto, dall'avvio al contatto, dal contatto pieno e dal post contatto [15]), quando la persona sente di non avere le capacità per vivere l'esperienza ed entrare in contatto; questo la porta ad interrompere il ciclo del contatto per abbassare l'ansia esperita, non considerandosi in grado di affrontare quello che succede dentro e fuori di sé. La terapia serve ad avere il sostegno adeguato ad imparare a non interrompere il ciclo del contatto e a gestire l'ansia che ne deriva, attraverso un adattamento creativo. Anche secondo Robine [18], possiamo considerare l'angoscia o l'ansia come la manifestazione di un blocco o di una interruzione dell'eccitazione che serve per la crescita creativa. Di solito durante l'intera sequenza di un ciclo del contatto l'eccitazione si mantiene e cresce, fino a scomparire nella fase del post-contatto o ritiro, in cui vi è il vuoto fertile e si può dare spazio all'ascolto di un altro bisogno che avvia un altro ciclo del contatto. Questa sequenza come abbiamo visto, può essere inibita o addirittura bloccata, venendo a mancare un sostegno fondamentale per il passaggio alla fase successiva; in questi casi l'eccitazione diventa angoscia e quindi il soggetto non riesce ad attingere né da sé stesso, né dall'ambiente, alle risorse che gli sono necessarie per passare alla fase successiva del ciclo del contatto. Uno dei compiti dello psicoterapeuta consiste dunque, nel favorire la trasformazione dell'eccitazione fissata nell'ansia, in eccitazione attiva e quindi permettere l'analisi di questa immobilizzazione, dovuta ai vari meccanismi di difesa, che non permettono al Sé (che è l'agente di contatto con l'ambiente nel "qui ed ora") il naturale scambio e l'adattamento creativo tra individuo e ambiente. Di solito grazie alla funzione Es che si energizza, a partire da percezioni e sensazioni del corpo (pre-contatto), si arriva a far emergere una figura dallo sfondo, e ad attivare la funzione Io (contatto pieno), per poi attivare la funzione Personalità, nel post-contatto. A volte il semplice emergere di una figura di contatto anche poco chiara o poco definita può essere fonte di ansia. A causa di meccanismi di difesa, che a breve verranno approfonditi, si creano dei blocchi nel ciclo del contatto, per cui può accadere che un bisogno, un ricordo, un'associazione siano accompagnati da un'eccitazione che può generare ansia o panico, avendo l'effetto di impedire quello che vorrebbe emergere. Quando invece non ci sono blocchi, emerge una figura che permette il contatto che coinvolge a pieno la Persona. L'interruzione di questa sequenza, che fenomenologicamente corrisponde a non iniziare una sequenza del ciclo del contatto, può essere dovuta, ad esempio, al

meccanismo di difesa dell'introiezione o della confluenza che eliminano ogni rischio di diventare coscienti del proprio desiderio e di impegnarsi in un'azione in prima persona. In questi casi si arriva ad una desensibilizzazione, che viene riferita spesso come sensazione di vuoto.

A causa dei vari meccanismi di difesa quindi, non vi è il passaggio dal corpo al contatto, dal piano fisiologico al piano psicologico. L'eccitazione rimossa rimane a livello corporeo, per cui la sensazione non può manifestarsi in un affetto e diventare sentimento o emozione; così l'ansia pervaderà appunto il corpo e diventerà un attacco di panico: "La Gestalt vi si costruirà senza contatto con l'ambiente. L'eccitazione si immobilizzerà in questa fase sotto forma di patologie psicosomatiche ipocondriache e l'ansia si fisserà nel corpo" [18, p. 61].

Se invece l'eccitazione che serviva al raggiungimento del desiderio non è stata interrotta dall'introiezione o dalla confluenza, come abbiamo precedentemente visto, questa riuscirà a muovere quello che è sullo sfondo per trovare le risorse per costruire la Gestalt di cui ha bisogno il paziente. In questi casi c'è una attivazione sia da parte dell'organismo che dell'ambiente, perché la figura passa da un polo del campo all'altro (vedi nota 1), cioè dall'interno della persona all'esterno. Questa è la via privilegiata dell'emozione. Se invece il meccanismo di difesa della proiezione interviene ad interrompere questo flusso, il soggetto si costruisce uno schermo nei confronti del campo. In questi casi, il panico è dovuto al fatto che il soggetto si sente energizzato anche se, nello stesso tempo, si sente piccolo e indifeso nei confronti di un ambiente che sente pericoloso e minaccioso [18].

Il tema della controllabilità dell'ambiente, altra causa dell'insorgere dell'ansia, emerge invece quando interviene il meccanismo di difesa della retroflessione, che impedisce la possibilità di un contatto pieno facendo cambiare direzione all'energia, che piuttosto di essere diretta fuori dal corpo, ritorna verso la persona stessa. L'interruzione del ciclo del contatto attraverso la retroflessione permette alla persona di evitare di provare l'ansia che scaturisce dall'energia che la muove nei confronti del mondo. L'azione in questo caso, invece di favorire il contatto sul confine nell'interazione con l'altro o con l'ambiente, viene rivolta ai soli oggetti disponibili e raggiungibili, cioè il proprio corpo e la propria personalità. Se questa retroflessione avviene in modo consapevole, in realtà, potremmo essere di fronte a comportamenti adattivi e alla sublimazione di un bisogno che non può essere soddisfatto sul momento; quando invece avviene in modo inconsapevole l'aggressività (intesa come energia verso l'altro – dal latino "ad gredior"), non essendosi compiuta, può trasformarsi in ostilità nei confronti di se stessi, del proprio corpo e della propria personalità (malattie psicosomatiche, autoaggressione, ossessioni e compulsioni, rimorsi, rassegnazione, attacchi di panico). Per raggiungere il contatto finale, quindi l'ultima fase del ciclo, c'è bisogno di una spontaneità che richiede una diminuzione del controllo; questo permette di compiere un'azione utile, l'aprirsi al contatto, che favorisce il passaggio dall'Io-Tu fino ad arrivare a formare un Noi.

Negli attacchi di panico, quindi, c'è una difficoltà a far emergere dallo sfondo una nuova figura, in quanto l'organismo non si sente protetto al confine di contatto e, di

conseguenza, la persona si sente vulnerabile e indifesa come un bambino piccolo. Dal punto di vista della dinamica figura/sfondo nell'attacco di panico "lo sfondo su cui si potrebbe creare una nuova figura di contatto diventa all'improvviso fortemente problematico e precario, si frantuma e crolla" [41, p. 60]. Concludendo, la funzione Es e la funzione Personalità del sé, che di solito costituiscono il supporto per la formazione della figura di contatto, nelle persone che vivono l'attacco di panico, non riescono a dare sostegno a questo processo. Così nel lavoro terapeutico bisogna ripristinare la consapevolezza e il sostegno corporeo della funzione Es (l'ascolto dei propri bisogni) e la cognizione e l'assimilazione di ciò che la persona sperimenta nel contatto con sé e con l'ambiente, che alimenta la funzione Personalità. Il paziente ha bisogno di ricostruire degli sfondi che lo sostengano attraverso la relazione con il terapeuta [41] ed è questo uno degli obiettivi della terapia. Grazie al raggiungimento di questo obiettivo potrà successivamente iniziare a sperimentare un contatto al confine sano, senza meccanismi di difesa.

1.2. Il Training Autogeno integrato

Una breve introduzione deve essere fatta al Training Autogeno (T.A.) essendo per la sua efficacia uno tra gli strumenti più studiati ormai da vari decenni in tutto il mondo [34, 35, 37]. Schultz lo definì un metodo di auto distensione attraverso la concentrazione mentale, che consente di modificare tensioni sia psichiche che corporee; è un "allenamento che si genera da sé" (autogeno) che con esercizi sistematici e precisi, permette non solo di far diminuire e risolvere sintomi psicofisici, facendoli scomparire, ma anche di sbloccare e mobilitare capacità e attitudini interiori. Il T.A. permette di trasferire energie positive agli stati più profondi della personalità, decondizionare situazioni patologiche stabilizzate, smantellando meccanismi di difesa non sani, che impediscono il ristabilirsi di equilibri funzionali alterati, [36, 37]. Grazie a questa tecnica le persone acquisiscono, in poco tempo, la capacità di sperimentare distensione, calma e benessere, l'autoregolazione di funzioni corporee (per es. la circolazione sanguigna, la frequenza cardiaca, la pressione), un più profondo e rapido recupero di energie, un miglioramento delle prestazioni generali: aumento della memoria, della concentrazione, controllo dell'ansia in situazioni emotivamente impegnative (per es. gli esami, colloqui di lavoro), quindi aumento dell'autostima e dell'autoefficacia, diminuzione della percezione del dolore, una maggiore autodeterminazione, introspezione e autocontrollo. Per questi motivi il T.A. è particolarmente consigliato per tutti i Disturbi d'Ansia (Attacchi di Panico, Fobie, Ipocondria, Ansia Generalizzata, ecc.) e del Sonno (difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, risvegli precoci con difficoltà nel ri-addormentamento) e per chi ha la predisposizione a Disturbi Cardiaci o Ipertensione [35, 36, 38].

2. Materiali e Metodi

Nel lavoro di integrazione in psicoterapia utilizzato in questo caso clinico, ci sono alcuni principi fondamentali che vorrei sottolineare. Innanzitutto, l'importanza della

relazione e l'alleanza terapeutica [43, 44, 45]: in particolare l'empatia, il calore, l'autenticità, la congruenza, tanto care a Rogers [21, 22, 23], contribuiscono a creare quel rapporto di alleanza, che vari autori nelle loro ricerche [3, 4, 6, 44, 45] hanno dimostrato essere un fattore altamente predittivo rispetto all'esito positivo della psicoterapia e di qualsiasi percorso di crescita. Possiamo essere a conoscenza di tecniche risolutive e saper maneggiare strumenti di comprovata efficacia, ma senza un atteggiamento empatico, l'accettazione incondizionata e la congruenza, l'intervento terapeutico rischia di essere fallimentare. Come afferma la Clarkson [43] la relazione con il terapeuta diventa evolutivamente necessaria e riparativa, in quanto ha delle caratteristiche particolari che forniscono al paziente un'azione curativa, correttiva, nutriente, a differenza di quella vissuta con i genitori, il cui comportamento può essere stato deprimente, carente, iperprotettivo o abusante. Questi concetti sono collegati alle teorie dell'attaccamento di Bowlby [46, 47, 48, 49] e dell'Infant Research [50, 51, 52], e sono indispensabili per "lavorare" efficacemente in modo completo ed integrato in base allo stile di attaccamento del paziente. Altri aspetti fondamentali di derivazione gestaltica e già citati nell'introduzione, che fanno da cornice al caso clinico riportato in questo articolo, sono l'attenzione al confine del contatto nel setting, l'attenzione alla figura e allo sfondo, la consapevolezza nel "qui ed ora", processi utili a far emergere il vero Sé [14, 18], che rappresenta la parte più autentica e sana della persona, basilari per costruire percorsi efficaci di terapia in ogni tipo di disturbo, e in particolar modo, nei disturbi d'ansia. Perls amava stimolare i pazienti al raggiungimento di questo obiettivo attraverso il lavoro con la sedia vuota e la sedia bollente, per cui li invitava a rivolgersi alla sedia come se ci fosse seduta una persona immaginaria con cui il paziente aveva difficoltà di relazione [19].

Come vedremo con il caso clinico riportato, il lavoro integrato permette di superare in tempi brevi i meccanismi di interruzione del contatto, insegnando ad ascoltare i propri bisogni e a far tacere i pensieri negativi e manipolatori del dialogo interno, per riuscire a sciogliere i conflitti interni. Questo lavoro di ascolto dei bisogni e delle parti più autentiche di sé, (ovvero l'Es per la psicoterapia della gestalt [19, 20], il Bambino interiore per l'analisi transazionale [25, 26]), è stato facilitato dall'apprendimento del T.A. [35] e di tecniche di Mindfulness [33, 39], che hanno permesso l'ascolto profondo, il contatto con il corpo e con le sensazioni emergenti collegate ai desideri, bisogni e affetti non consapevoli della cliente. Come precedentemente visto, in generale il T.A. è uno strumento clinico facilmente integrabile all'interno del percorso di terapia in quanto, come afferma Hoffman [38], unisce in sé elementi della psicoterapia cognitivo-comportamentale, della gestalt, dell'approccio umanistico, del lavoro di Milton Erickson, come anche gli antichi principi della Medicina Orientale e della Meditazione Trascendentale [35]. In questo caso, infatti, il T.A. è stato integrato a tecniche gestaltiche come il continuum di consapevolezza o la "sedia vuota" [14, 20, 53, 54], soprattutto perché la paziente denotava una scarsa consapevolezza del corpo, delle emozioni e poco contatto con i propri bisogni. Con persone che hanno queste difficoltà è fondamentale fare in modo che imparino ad ascoltarsi e ad essere più centrati, anche per migliorare la capacità di entrare in contatto con gli

altri senza meccanismi di difesa e avere relazioni più sane e soddisfacenti. Utilizzare il T.A. facilita anche il lavoro terapeutico con clienti particolarmente "iperattivi" o molto stanchi e scarichi a livello energetico, come la ragazza di cui vi parlerò, con cui può essere un ottimo modo per iniziare o chiudere la seduta.

3. Strumenti

Per facilitare la raccolta anamnestica e la costruzione dell'alleanza [43], nella fase del pre-contatto (primi 4 mesi) sono stati somministrati dei test grafici e un questionario sull'autostima di cui riporto di seguito delle informazioni. Nel corso di questa prima fase è stato anche elaborato il genogramma che consiste in una rappresentazione grafica delle relazioni familiari, in modo che possano emergere modelli familiari, eventuali copioni e fattori psicologici che rappresentano i rapporti con la famiglia, ed è stata utilizzata la fototerapia, ovvero l'uso di foto, per facilitare l'esplorazione e la scoperta di sé e lo stile di attaccamento [7, 8, 55].

3.1. Test Grafici

Questi strumenti [56, 57, 58, 59] vengono utilizzati sia per fare valutazioni cognitive che psicoemotive nei bambini e negli adolescenti. Sono facili da somministrare, perché non sono prove stressanti, non sono verbali e hanno una validità sufficiente. Possono essere usati anche con adulti, in quanto utili ad evidenziare elementi di psicopatologia. L'analisi dei disegni tiene conto di dati diversi: formali (grandezza, posizione, ecc.), grafologici (tratto, pressione), di contenuto (parti del disegno e dettagli). Il disegno dell'albero di Koch [60] è una delle tecniche più note, per cui attraverso l'analisi del disegno che rappresenta una proiezione dell'immagine di sé, è possibile rilevare lo stadio di sviluppo del soggetto e ritardi e disturbi di natura affettiva. Il Disegno della figura umana di Machover [56, 57, 61] serve a ricavare informazioni sulla personalità. Il Disegno della casa [62] fa emergere anche tratti di estroversione e introversione, apertura e chiusura nei confronti del mondo esterno. Il Disegno della famiglia di Corman [63] consente di far emergere i veri sentimenti del bambino/ragazzo verso i familiari. Sono strumenti semplici, rapidi, ben accettati in quanto vengono proposti come modalità di conoscenza iniziale, spiegando bene che non ci sarà un giudizio o una valutazione rispetto alle capacità grafiche; consentono di abbassare il livello di controllo e le difese e proiettare sentimenti, desideri, conflitti, atteggiamenti. Inoltre, essendo utilizzati all'inizio del percorso di terapia, oltre a dare delle informazioni sul livello cognitivo ed emotivo della persona, permettono di aiutare nella costruzione dell'alleanza terapeutica, servono per iniziare ad interagire nel *setting* terapeutico e a rassicurare la persona che può essere libera di esprimersi come più preferisce.

3.2. Questionario dell'Autostima

Il Questionario Autovalutativo dell'Autostima di Cornoldi [64], i cui risultati ver-

ranno riportati più avanti, è un questionario molto semplice che viene autosomministrato, in cui ci sono quaranta affermazioni a cui è possibile rispondere in maniera affermativa o negativa (Sì, è vero – No, non è vero); il questionario fornisce informazioni sulle relazioni con gli altri, sui sentimenti, sul comportamento e sull'autostima in generale. In adolescenza l'autostima di solito si è già stabilizzata, solo eventi fortemente negativi e ripetuti possono portare una buona autostima a diventare negativa, mentre una bassa autostima, dopo i 13 anni può essere modificata solo attraverso un lavoro costante di psicoterapia [65, 66]; essendo un costrutto legato all'attaccamento, al dialogo interno [67, 68], all'ottimismo [69], all'intelligenza emotiva [70] e alla resilienza [71, 72], un'indagine iniziale è sempre importante per capire quali sono le risorse interne presenti o i punti deboli su cui in seguito lavorare [64, 73]. Attraverso questo questionario, di solito si ricavano in breve tempo molte informazioni sui costrutti appena elencati e si possono iniziare ad esplorare varie dimensioni, la quotidianità dei ragazzi, la vita scolastica, le attività sportive, le interazioni con i coetanei e con gli adulti.

4. Processo Terapeutico. Nella stanza del terapeuta "da lontano"

Le premesse dei paragrafi precedenti fanno da cornice e servono come chiave di lettura rispetto a quanto emergerà negli incontri con la ragazza di cui parlerò in queste pagine. Il percorso, iniziato nel settembre del 2020, si è svolto principalmente a distanza, sia per la sintomatologia d'ansia che la paziente aveva già sviluppato sia per le restrizioni dovute alla Pandemia da Covid e alla Didattica a Distanza (DAD).

Francesca, questo il nome che darò alla mia cliente, è un'adolescente molto attiva, pratica l'atletica leggera dall'età di undici anni e prima della pandemia si allenava anche quattro volte a settimana. Quando ci siamo conosciute frequentava il terzo liceo scientifico in una classe molto disunita, in cui lei non si era mai trovata bene a causa, a suo dire, della 'superficialità' dei compagni e dei contrasti frequenti tra di loro. Inizia il suo percorso di terapia in seguito a degli episodi di attacchi di panico e per una crisi familiare dovuta al fatto che i genitori avevano scoperto che si stava frequentando con una ragazza.

Il primo appuntamento telefonico viene preso dalla mamma di Francesca, molto preoccupata e molto in ansia per la scoperta appena fatta e per gli attacchi di panico che la ragazza aveva avuto. Riesco a darle un appuntamento (senza la figlia) per un colloquio in presenza dopo una settimana e quando ci vediamo la signora è visibilmente scossa e addolorata. La sua più grande preoccupazione è il futuro della figlia, per la quale immagina situazioni di isolamento, scenari di discriminazione e di difficoltà nel mondo lavorativo a causa delle sue preferenze sessuali e dei suoi comportamenti trasgressivi. Mi riferisce di essere incredula, di non riuscire a capire come sia possibile che Francesca possa essere omosessuale e che le abbia raccontato delle bugie per riuscire a incontrarsi di nascosto con la sua "amica". Mentre racconta queste cose, iniziano ad uscirle delle lacrime; la ascolto non interrompendo il suo flusso emotivo e mi confida di sentirsi fallita come madre, mettendo in dubbio il suo operato e la

sua poca presenza nei primi anni di vita della figlia, essendo stata spesso lontana per motivi di lavoro. Dopo momenti di silenzio le chiedo cosa stia succedendo dentro di lei e cosa stia pensando: emergono emozioni come la vergogna, il disagio nei confronti della sua famiglia di origine e un'altra sua grande preoccupazione, ovvero la reazione di suo marito alla notizia che la figlia frequenta una ragazza. Mi racconta che ci sono stati litigi molto accesi tra Francesca e il marito nei giorni che hanno preceduto il nostro incontro, tanto che ancora non si rivolgono la parola; mi spiega che la ragazza si rifiuta di uscire dalla sua stanza da vari giorni e che non c'è modo di parlarle. Non conoscendo ancora Francesca, le riformulo quello che mi ha detto rispetto al fatto che la figlia è una ragazza molto intelligente ed in gamba e le descrivo le caratteristiche generali dei disturbi d'ansia rispondendo alle sue domande sugli episodi di attacchi di panico avvenuti durante gli ultimi mesi. Il ruolo psicopedagogico dello psicoterapeuta, rispetto a vari disturbi, è fondamentale sia alla comprensione del disagio che per una compliance che faciliti la collaborazione [6, 13, 30, 73]. Rispetto ai suoi timori per il futuro di Francesca, le rimando che sono leciti e comprensibili e le do qualche informazione sul mondo LGBT. Le spiego che il lavoro di uno psicoterapeuta consiste nell'accogliere le persone in modo empatico e autentico, nel dare sostegno, nel non giudicare, nel rispettare l'unicità della persona, nel dare anche informazioni utili a comprendere le situazioni al meglio. Le chiarisco che l'omosessualità non è una malattia e che è stata rimossa dai Manuali dei Disturbi Mentali negli anni '90. Lei mi racconta che la figlia ha avuto anche fidanzatini maschi e si interroga sulla possibilità che cambi idea e torni ad essere "normale", ovvero eterosessuale. La signora, inoltre, ipotizza che la figlia si sia fatta condizionare da una ragazza con cui si scrive continuamente al cellulare (un'amica di Firenze) e da tutti i video che si trovano nel web. Immagino che abbia la speranza che io possa dissuadere la figlia o convincerla a tornare ad essere "normale" per come intende lei la normalità, come tanti genitori sperano che accada.

In questo primo incontro le spiego anche il mio modello di lavoro (l'approccio pluralistico integrato) e che potrò darle un riscontro rispetto all'eventuale percorso di sua figlia dopo aver condotto almeno tre colloqui con lei. Aggiungo anche che se avranno bisogno di un eventuale sostegno come coppia genitoriale potrò indicare dei colleghi che sapranno aiutarli. Lo sguardo più sereno, le spalle più rilassate, un ringraziamento caloroso, mi confermano che questo incontro ha sollevato la signora Lucrezia (questo il nome fittizio che le ho dato) e la vedo andar via più speranzosa e meno preoccupata.

4.1. I primi tre incontri

Francesca è una ragazza molto bella, alta, capelli lunghi, fisico atletico; è molto simpatica e ha un'intelligenza brillante. Il nostro primo incontro è in presenza, mentre la maggior parte dei nostri colloqui sarà a distanza, dato che, purtroppo, il nostro percorso è stato "segnato" da varie quarantene preventive scolastiche e da due periodi di quarantena di Francesca per aver contratto il Covid.

Fin dai primi incontri riesce subito ad aprirsi con me e ad essere molto schietta rispetto alle sue problematiche e alle sue attuali difficoltà relazionali in famiglia e con i coetanei. La sua vita è sempre stata molto attiva, purtroppo però il lockdown l'ha costretta a rimanere chiusa in casa, senza poter frequentare l'ambiente sportivo e, come sappiamo, senza poter frequentare la scuola. È nata a Roma, vive in un quartiere tranquillo con suo fratello gemello e i genitori. Il fratello frequenta il liceo come lei, ma non sono in classe insieme e anche lui ha buoni risultati a scuola. Il padre lavora in una banca e la madre è impiegata presso le Poste. I suoi genitori si sono conosciuti da ragazzi e dopo essersi sposati hanno desiderato subito avere figli. La nascita dei gemelli è stata una gioia per tutta la famiglia. I primi tre anni di vita sono trascorsi senza particolari eventi, e i due fratellini, finito il periodo di maternità della mamma, hanno frequentato l'asilo nido. Francesca ha avuto ottimi risultati sia nella scuola primaria che nella scuola secondaria di primo grado, e anche la scelta del liceo l'ha soddisfatta. Fin da piccola ha amato fare sport, in passato ha sempre avuto molti amici, ma dopo il lockdown, qualcosa in lei è cambiato. Ha trascorso il periodo da marzo a maggio chiudendosi in sé stessa. Mi racconta della paura del contagio, portato anche dai mass media che trasmettevano notizie drammatiche, dell'attesa degli annunci alla tv che comunicavano decessi, delle restrizioni continue e secondo lei assurde (come il non poter uscire di casa), a causa delle quali non le veniva permesso di frequentare i suoi amici, nemmeno con la mascherina. Ricorda con tristezza l'impossibilità di fare anche solo una passeggiata (nonostante il suo bisogno di fare attività fisica all'aria aperta), la fatica della DAD, che ha vissuto come stressante e alienante. Mi accenna al suo primo attacco di panico prima della fine della scuola, preceduto da un periodo difficilissimo in cui Francesca ha iniziato sempre di più a sentire la paura, la tristezza, lo sconforto, e quindi l'ansia, percepita nel respiro e nel cuore ("che ogni tanto iniziava a battere così forte da sentirne il rumore"), la sensazione di debolezza, la confusione mentale e i pensieri di malattia e di perdita delle persone care. Francesca racconta: "Durante i mesi di DAD, mi sono sentita sempre più sola ed isolata, non mi sembrava più di essere me stessa, e mi sentivo come distaccata e lontana, e questa sensazione c'è ancora". Mi racconta che preferiva anche evitare di fare videochiamate con gli amici, mentre continuava a scrivere sui social, soprattutto usando WhatsApp, Twitter, Instagram. Queste sensazioni e l'aumentato utilizzo dei Social [74] sono in linea con quanto riportato da una indagine condotta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) per conto del MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) [75] su bambini tra i 5 e i 13 anni e ragazzi tra i 14 e i 19 anni. In questa relazione è riportato che le reazioni psico-emotive sperimentate dai bambini e ragazzi a seguito del ricorso alla DAD sono stress, nervosismo, irritabilità, depressione, maggiore faticabilità, minore concentrazione. Sempre da questa relazione è emerso anche "un aumento del 24% dei disagi e/o problemi psicologici manifestati con una variabilità di sintomi: ansia, calo del tono umorale fino al 'ritiro' e alla chiusura in sé, più frequenti tra le ragazze; rabbia, aggressività e opposizione, più tipica invece dei maschi". Queste manifestazioni sono scaturite, secondo gli esperti, dalla noia, dalla solitudine, dall'interruzione re-

pentina delle proprie abitudini di vita (ritmi scolastici, attività sportive, relazioni tra pari, condivisione delle problematiche scolastiche, interazioni con gli insegnanti) che per i ragazzi rappresentano una 'sicurezza'. Probabilmente Francesca ha risentito della mancanza di questi importanti punti di riferimento (ovvero della scuola, dello sport, ecc.) e avendo già una personalità ansiosa, ha sviluppato velocemente tutta una serie di sintomi psicofisici. Inoltre, il conflitto interno dovuto alla difficoltà di comunicare alla famiglia le sue preferenze sessuali ha sicuramente aumentato la tensione, già presente, facendo vacillare lo sfondo, in senso gestaltico, e la sua stabilità. Tanto è vero che nonostante fossero finite le restrizioni, anche al termine della scuola e durante l'estate Francesca non ha ripreso a frequentare gli amici, avendo paura di uscire e di avere altri attacchi di panico. Il secondo attacco di panico è arrivato mentre era a casa della nonna, e il terzo qualche settimana più tardi, mentre era in vacanza con la famiglia. Durante l'estate ha comunque continuato a chattare con la sua amica Alice, sempre più frequentemente finché, ad agosto, si sono "messe insieme". Mi racconta che, dopo esser tornata dalle vacanze al mare con la famiglia, finalmente si sono incontrate; si sono viste qualche volta di nascosto dai genitori, fin quando un giorno, la madre ha scoperto tutto: "Alice mi aveva prestato un vestitino e io dovevo restituirglielo; ho chiesto a mamma se mi accompagnava alla metro perché dovevo vedermi con i miei amici... io avevo una borsa più grande e quando mamma mi ha chiesto come mai avevo quella borsa, le ho detto che avevo messo dentro un giacchetto. Sono scesa dalla macchina e sono andata verso la metro aspettando che mamma andasse via, solo che lei è rimasta lì, senza farsi vedere, e quando è arrivata Alice ci ha viste che ci baciavamo". Mi racconta questa cosa con un'espressione molto seria, mi guarda come per cercare di carpire i miei pensieri, o meglio, il mio giudizio; rimango a guardarla con uno sguardo molto accogliente e comprensivo, e lei continua dicendomi che da lì, in casa, è successo di tutto: litigi, ramanzine, pianti della madre, urla del padre. Dice che i genitori sono esagerati, che sono vecchi, che mentre il fratello può fare tutto quello che vuole, lei non può fare né dire nulla; per lei ci sono solo critiche e divieti, Federico (questo è il nome che ho dato al fratello) invece è libero di rientrare quando vuole e di andare in metro dagli amici che vivono dall'altra parte di Roma tutti i fine settimana. In questi primi colloqui, mi rendo conto di quante emozioni, anche forti, ci siano dentro di lei, alcune più consapevolizzate e in figura, altre non consapevolizzate, sullo sfondo; alla fine del primo incontro le dico: "Abbiamo tante cose di cui parlare e se ti sei trovata bene e vorrai continuare, nei nostri incontri avremo tempo di capire e approfondire ogni cosa". Francesca risponde: "Una mia amica mi ha detto che gli psicologi ascoltano e basta; a lei, la sua, non dice nulla e 'sta cosa non mi stava tanto bene, invece, tu mi hai ascoltato e hai anche parlato (ride)... così mi piace di più". La riformulazione [21, 23] è fondamentale per far comprendere ai pazienti che la nostra presenza nel setting è attiva e che il nostro ascolto è attento e completo. Inoltre, il commento di Francesca è chiaramente un indicatore della iniziale soddisfazione nella relazione, che rende più facile la costruzione dell'alleanza terapeutica.

4.2. Costruzione dell'alleanza, insieme nel setting a distanza

All'inizio degli incontri chiedo sempre alle persone che seguo di fare dei disegni, anche nelle terapie a distanza, perché i Test Proiettivi (dell'Albero, della Famiglia, della Casa, della Figura Umana, già descritti in un precedente paragrafo) servono per iniziare a conoscere la persona, a vedere come scrive, come impugna la matita, come gestisce il dover disegnare, quindi, se si rilassa o entra in tensione, come vive la presenza di un osservatore silenzioso che "giudicherà" il suo operato. "Oddio! Non so disegnare, è dalle scuole medie che non disegno più!", mi dice Francesca quando le comunico che inizieremo il nostro secondo colloquio con dei disegni. La tranquillizzo che non ci sarà un voto, né un giudizio per quello che disegnerà e che le spiegherò l'utilità di questi disegni solo quando avrà finito, in modo da non influenzarla. Non serve in questa sede fare un'analisi dettagliata dei disegni, darò solo qualche spunto per far comprendere l'immagine che Francesca propone di lei attraverso queste prove grafiche. Per prima cosa disegna un albero che riempie quasi tutto il foglio, più spostato sulla sinistra, con un tronco solido, ma senza una base, che lascia immaginare disegnando dei ciuffetti d'erba ai lati; la chioma è ricca ma come schiacciata nella parte superiore e piccola rispetto alle dimensioni del tronco. La sensazione che si prova guardandolo è di restrizione e costrizione, facendo immaginare una personalità che vorrebbe espandersi, esplorare, ma che sente da una parte di avere delle basi labili e dall'altra, cioè in alto, poco spazio per esprimersi e crescere come vorrebbe. Il disegno della Casa è il classico disegno della casa in collina con il viottolo che arriva fin davanti alla porta. Due sole finestre nella facciata frontale, chiuse, e un finestrone laterale; sul tetto spiovente un camino spento da cui non esce il fumo. In cielo splende un bel sole, ma la sensazione di chiusura e di sfiducia nei confronti del mondo è palese. La Famiglia è disegnata molto piccola rispetto al foglio: Francesca si disegna per prima vicino al fratello, poi disegna la madre e infine il padre; la madre viene disegnata leggermente più alta rispetto al padre e tutti i componenti della famiglia sono sorridenti. Lei si pone come elemento più distante della figura paterna, che comunque descrive come protettiva, divertente e severa. Si disegna con lo stesso abbigliamento del fratello. Il disegno della Figura Umana invece è molto simile a come lei si rappresenta nel disegno della famiglia: questa ragazza, di 21 anni, viene descritta come estroversa, gentile, bella, disponibile, felice, solare ed intelligente quindi, completamente diversa da come lei si vede e più vicina a come vorrebbe essere; la figura maschile invece viene disegnata leggermente più piccola, meno sorridente, gli attribuisce l'età di 18 anni e lo descrive come un ragazzino timido, gentile, divertente, bello e studioso, un po' come il fratello.

Di solito con i ragazzi utilizzo anche il Questionario autovalutativo dell'Autostima [64] già descritto precedentemente. Nel caso di Francesca questo questionario all'inizio ha dato delle informazioni molto interessanti, collegate all'ansia, all'opinione su sé stessa e sulla sua sessualità, sul rapporto con gli altri che, come vedremo in seguito, è caratterizzato da molta severità e molta rigidità. Dal questionario emerge un'autostima al di sotto della media in tutte le 4 dimensioni. Per rendere più com-

prensibile la situazione di partenza di Francesca riporto alcune affermazioni a cui lei risponde "Sì, è vero": "Se potessi cambierei molte cose di me stesso", "Mi scoraggio e divento triste facilmente", "Non ho fiducia di me stesso", "Mi piacerebbe essere felice come gli altri", "Sono spesso preoccupato per qualcosa"; risponde invece "No, non è vero" alle affermazioni: "Mi sento importante come la maggior parte delle persone", "Sono carino come la maggior parte delle persone", "Alla gente piacciono le mie idee". È molto importante rivedere le risposte insieme, perché i ragazzi forniscono tante informazioni utili a conoscerli più in profondità e questo serve a facilitare la costruzione dell'alleanza terapeutica. Mentre rileggiamo insieme il questionario, mi racconta di alcuni eventi accaduti a scuola, dei contrasti con i compagni e con i professori che non ascoltavano o rispettavano le sue idee o le sue richieste, della sua rabbia e tristezza costante, delle giornate in cui, essendo in DAD, rimaneva con la telecamera oscurata per non farsi vedere, della paura del giudizio degli altri e del suo essere molto giudicante e critica.

Alla fine dei tre incontri iniziali, Francesca identifica quelli che per lei sono i tre problemi principali, ovvero la gestione dell'ansia, le sue modalità aggressive e i conflitti con i genitori, la mancanza di autostima. Le spiego che nei nostri incontri cercheremo di capire e conoscere meglio quanto le accade, che approfondiremo il suo stile di pensiero e che utilizzeremo anche il T.A. per prevenire e gestire i sintomi degli attacchi di panico; aggiungo che, seppur a distanza, in ogni incontro cercheremo di vivere insieme quello che emerge nel "qui ed ora", consapevolizzando i suoi pensieri e le sue emozioni. Alla fine del terzo incontro le propongo un piccolo esercizio di consapevolezza, al termine del quale Francesca mi riporta che, nonostante lei fosse nella sua stanza e io nel mio studio, si era sentita molto tranquilla, come se io fossi vicina a lei.

Nel colloquio con entrambi i genitori, avvenuto a distanza, a causa della quarantena preventiva a cui erano sottoposti, ero stata informata che dall'inizio dei colloqui, Francesca in casa era stata più tranquilla; anche il padre aveva iniziato ad accettare l'omosessualità della figlia, seppur ancora non fosse riuscito a parlarne con lei. Dopo aver delineato il quadro "clinico" di Francesca, ho condiviso gli obiettivi e le modalità con cui avrei condotto i colloqui in questo percorso terapeutico e all'improvviso la mamma si era lasciata andare ad un pianto liberatorio: nei mesi precedenti si era sentita sola e impaurita, con il timore di non poter far nulla per riprendere il rapporto con la figlia e per aiutarla a stare meglio, mi riferisce dopo essersi tranquillizzata. Inoltre, probabilmente, parlare della figlia e del percorso terapeutico, aveva fatto emergere in lei uno stato emotivo che fino a quel momento era rimasto trattenuto sullo sfondo; alla fine del colloquio si sentiva più fiduciosa, più ottimista e meno sola: essendo riuscita a coinvolgere con questo nostro incontro anche il marito, sentiva di potersi appoggiare un pochino di più a lui e su mia sollecitazione, gli aveva espresso il suo bisogno di potersi confidare senza aver paura delle sue reazioni.

4.3. Nel contatto pieno, da lontano. Fasi centrali del percorso terapeutico

Da vari anni ho avuto modo di condurre terapie con persone all'estero o in altre città italiane. L'efficacia della terapia non è messa in gioco dalla distanza o dallo schermo, anzi per alcune persone avere la possibilità di vedere sullo schermo il viso del terapeuta, a distanza ravvicinata sul cellulare o sul monitor del computer, è servito a sentire una maggiore vicinanza, a facilitare il contatto, la relazione e l'alleanza terapeutica. Per Francesca è stato forse ancora più semplice, perché abituata ad avere contatti sui Social con le videochiamate, ancor prima della Pandemia; poterci vedere e stare insieme attraverso questa modalità, anche mentre aveva il Covid o nei periodi in cui era costretta alle quarantene preventive, è stata una risorsa fondamentale e per lei una tranquillità, in quanto non è stato mai interrotto il percorso terapeutico.

Il T.A. e gli esercizi di consapevolezza le sono serviti inizialmente per passare più facilmente dal pre-contatto al contatto pieno [18, 35] di ogni colloquio, ad imparare a rimanere nel "qui ed ora" e a non perdersi in racconti e voli pindarici poco utili al contatto e a comprendere cosa fosse in figura in un dato momento, per permettere allo sfondo di emergere. Francesca aveva la tendenza a raccontare nei minimi dettagli tutte le conversazioni con Alice, con i compagni con cui litigava o con la mamma, senza contattare e consapevolizzare le emozioni e i vissuti collegati a quegli eventi. In un lavoro a distanza, pian piano era riuscita a consapevolizzare tutta la tensione trattenuta sulla mascella, per tutto il giorno, riuscendo a riconoscere le sue modalità di interruzione del ciclo del contatto. Ascoltando la tensione abbiamo amplificato inizialmente la stretta ai denti, cercando di far emergere quello che era stato trattenuto. Lavorando con la tecnica della sedia bollente, dopo aver esplorato la rabbia nei confronti dei genitori, era emersa tristezza, la gola che si chiudeva, singhiozzi, paura di non andar bene, di essere sbagliata, fin poi a sentire la gola libera e le mascelle indolenzite, ma rilassate: "Mi sento libera, sono ancora un po' triste, allo stesso tempo mi sento rilassata, sento la gola libera, le guance morbide".

Quando all'inizio chiedevo a Francesca che cosa sentisse, cosa provasse in un determinato momento del colloquio, aveva difficoltà a identificare le sensazioni, le emozioni o i bisogni, come accade con la maggior parte delle persone. Col tempo invece il suo iniziare le frasi dicendo "In questo momento mi sento... Mentre parlo ho questa sensazione... Avevo bisogno di..." ha confermato la sua capacità di ascoltarsi ed essere più consapevole, nel "qui ed ora", di ciò che avveniva dentro di lei, dell'essere più a contatto con sé stessa, senza intrusioni del pensiero. Grazie a questo, è riuscita ad elaborare il suo dolore e la sua rabbia, consapevolizzando i suoi meccanismi di difesa e, conseguentemente, liberando l'energia trattenuta. In particolare, un lavoro sulla rabbia nei confronti del padre e del fratello, le è servito a consapevolizzare e a comprendere emozioni e bisogni che non erano in figura, per poi sciogliere le tensioni collegate ad essi. Mentre parlava di una discussione con il fratello, infatti, era entrata in contatto con il dolore allo stomaco, la pancia tesa, le mani troppo calde, ed era sopraggiunta una forte ansia. Aveva immaginato di avere una palla gigante rossa e infuocata nello stomaco e pian piano era riuscita a portare in figura il suo bisogno di

essere ascoltata e compresa, innanzi tutto in famiglia, e conseguentemente fuori, a scuola. Era anche riuscita a esternare la rabbia e la paura per la severità del padre e ad associarla alla sua severità nei confronti degli altri, e al bisogno di essere capita e accettata dagli altri e di capire e accettare sé stessa. In un altro incontro, seduta sulla punta della sedia della sua camera, mentre parlava concitatamente di un recente litigio con i genitori che davano ragione alla sua professoressa di Italiano per una discussione avuta durante la DAD, continuava inconsapevolmente a toccarsi la pancia con la mano destra, mentre con la mano sinistra si massaggiava la spalla destra, come a tranquillizzarsi ed abbracciarsi. Dopo aver contattato la rabbia più in figura, con l'utilizzo della tecnica della sedia vuota, era riuscita ad elaborare un evento del passato in cui aveva sofferto per non essere stata difesa dai genitori; alla fine del lavoro aveva contattato la tristezza e il suo bisogno di essere rassicurata, il suo bisogno di lasciarsi andare in un abbraccio con la madre. Essendo in collegamento video, riferii che se fossimo state nella stessa stanza, mi sarei avvicinata a lei e le avrei chiesto, nel "qui ed ora", vista l'assenza della mamma, che cosa avrei potuto fare io per lei; ma essendo distanti, le proposi di chiudere gli occhi e di immaginare quell'abbraccio di cui aveva sentito il bisogno in quel momento: Francesca, chiusi gli occhi, dopo qualche momento di silenzio, mi disse che aveva immaginato di essere piccola e di stare accoccolata sulle gambe della mamma. Il suo bisogno antico di rassicurazione e attaccamento aveva ancora necessità di essere nutrito. "Quanta fatica spreco ad essere sempre arrabbiata... sono così complicata... ho bisogno di una cosa e faccio il contrario di quello che dovrei fare... è normale che gli altri non ci capiscono niente... da domani voglio provare ad ascoltarmi di più..."; sicuramente essere più consapevole dei suoi bisogni l'ha aiutata ad essere più tranquilla, più assertiva e meno aggressiva, evitando le interruzioni del contatto che la portavano ad avere comportamenti completamente disfunzionali rispetto ai suoi obiettivi.

4.3.1. Gli attacchi di panico

Francesca racconta del suo primo attacco di panico in un incontro in cui si sentiva molto agitata: "Un pomeriggio mentre ero a casa, sdraiata sul letto, mi stavo per addormentare... ad un certo punto ho sentito il cuore battere fortissimo, mi sono seduta sul letto perché mi sembrava strano, ho avuto paura perché non riuscivo a respirare, e mi sono accorta che avevo le mani sudatissime", è seria mentre parla, si guarda le mani: "Ho pensato che mi stesse succedendo qualcosa e ho subito chiamato mamma che stava a lavoro". Iniziano ad uscire delle lacrime, si appoggia sullo schienale della sua sedia e dice a bassa voce: "Pensavo di morire, nemmeno quando facevo i 100 metri il cuore mi batteva così forte". Mi racconta di aver telefonato alla madre, ma che questa non era riuscita a tranquillizzarla, anzi si era spaventata e le aveva chiesto se avesse fumato qualcosa, se fosse successo qualcosa a scuola, o se avesse bisogno di rimettere; l'aveva rassicurata che sarebbe uscita subito dal lavoro e che sarebbe passata a prenderla per andare al Pronto Soccorso. Intanto il fratello, che l'aveva sentita parlare con la madre in modo agitato, la raggiungeva e cercava di tranquillizzarla.

Purtroppo, lei era troppo impaurita e mentre piangeva, gli urlava che non poteva stare tranquilla se non riusciva a respirare e sentiva di star per morire. È molto frequente, infatti, che i tentativi di rassicurazione in questi momenti, non vengano apprezzati, anzi spesso rendono le persone ansiose ancora più nervose, in quanto non si sentono capite. Questo primo episodio, per lei, è stato particolarmente drammatico; solo dopo qualche ora in Ospedale, grazie agli ansiolitici somministrati, riesce a rilassarsi un pochino. In questa occasione anche la madre, sufficientemente ipocondriaca, ricorda di essersi spaventata molto, soprattutto perché Francesca non aveva mai avuto problemi di salute e perché il pensiero di dover andare in Pronto Soccorso con il rischio di prendere il Covid, l'aveva terrorizzata. Nel racconto di Francesca l'essersi trovata da sola a casa, la paura di poter morire, il ricordo della lunga attesa in pronto soccorso sono i momenti più drammatici e difficili da ripercorrere. Torneremo su questi ricordi nei mesi successivi più volte, pian piano Francesca troverà le parole per rassicurarsi e tranquillizzarsi nei momenti di tensione, facendo dialogare il suo genitore e il suo bambino interni [24], soprattutto imparerà ad ascoltarsi, senza avere la sensazione di pericolo, riuscendo a ricostruire uno sfondo sicuro e stabile dentro di lei.

4.3.2. Conclusioni del processo terapeutico

Grazie all'Approccio Pluralistico Integrato, col tempo, i sintomi dell'ansia sono diminuiti e in meno di due anni sono spariti anche definitivamente gli attacchi di panico; è ripresa l'attività sportiva, è aumentato il dialogo in famiglia e il sostegno emotivo (principalmente con la madre soprattutto dopo la perdita della nonna). Nel mese di giugno 2021, somministrato di nuovo il questionario sull'Autostima, i valori erano già migliorati notevolmente soprattutto nella sfera dell'autostima generale e in quella relazionale. I suoi rapporti con gli amici e con i compagni di classe erano migliorati fin tanto da essere eletta Rappresentante di classe all'inizio del quarto anno (settembre 2021). Dando una lettura sintetica in termini gestaltici, nel percorso terapeutico di Francesca, la funzione Es, passando più facilmente alla consapevolezza, ha dato una struttura più forte all'Io, avendo un contatto più diretto con i propri vissuti e con lo sfondo, e la Persona è riuscita ad avere un contatto pieno al confine.

Il nostro percorso insieme si è "concluso" alla fine del suo quarto anno di liceo, ma avevamo già diradato i nostri incontri, vedendoci ogni due settimane (a volte a distanza, a volte in presenza). Francesca, pur mantenendo la sua carica energetica, ha imparato a gestire le sue ansie, ad ascoltare i suoi bisogni, a comunicare in modo più consapevole, serena nella consapevolezza di poter parlare delle sue relazioni sentimentali con i genitori, e non ha più avuto problemi ad uscire con le sue amiche e con le sue "ragazze". Durante il nostro ultimo incontro, avvenuto in presenza prima dell'estate, mi ha salutata con un'immagine molto simpatica: "È un po' come se avessi uno zainetto invisibile sulle mie spalle, immagino di averti lì dentro, così quando ne ho bisogno tu sei lì". Una grande emozione sentire quelle parole, una grande gioia abbracciarla e sentirla stabile e sicura alla fine di questo percorso insieme.

5. Conclusioni

Con il presente lavoro, viene messa in evidenza l'utilità dell'Approccio Pluralistico Integrato in un caso di Disturbo d'Ansia con Attacchi di Panico, probabilmente esacerbato dalla Pandemia e dalla difficoltà a condividere con la famiglia la consapevolezza delle proprie scelte sessuali da parte della paziente. Purtroppo, non potremo mai sapere se, senza la Pandemia, sarebbero insorti o meno gli Attacchi di Panico, ma gli studi riportati dal CNOP, come abbiamo visto, sono molto chiari rispetto all'aumento del numero dei ragazzi che ha evidenziato disturbi d'ansia a causa della Pandemia per il Covid-19. Una riflessione va fatta rispetto all'utilità dell'Approccio Pluralistico Integrato come possibilità di risoluzione in tempi brevi della sintomatologia e di lavoro clinico sia sulla parte meno consapevole e quella più conscia della persona, sulla relazione nel "qui ed ora", sullo stile di attaccamento, sullo stile di pensiero, sull'elaborazione delle emozioni, sul comportamento. Un approccio di questo tipo non sottovaluta nessun aspetto della persona e cura l'importanza della relazione fin dai primi colloqui; inoltre, integra i vari approcci teorici e clinici per proporre il piano di trattamento più efficace in base ad evidenze scientifiche [76]. Le strategie proposte permettono una remissione completa dei sintomi che perdura negli anni. La necessità di interventi efficaci ed efficienti per la risoluzione dei disturbi rende questo modello fruibile su larga scala, essendo un modello di intervento breve. Sarebbe auspicabile poter approfondire la ricerca con somministrazione di test di personalità prima e dopo l'intervento, con l'obiettivo di verificare l'efficacia sugli adolescenti, nel post Pandemia.

Appendice

DISTURBO DI PANICO

Criteri diagnostici

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:
Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

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

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es. tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti (tra i 13 sopra elencati).

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

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

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

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

1. American Psychiatric Association (2014), Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.

BIBLIOGRAFIA

1. Castonguay L. & Hill, C. E. (Eds) (2017). *How and Why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington DC: American Psychological Association.
2. Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert, (Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)*, pp. 169-2018). New York: Wiley.
3. Norcross, J. C. (2012a). *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza*. Sovera Edizioni: Roma, vol.2.
4. Norcross, J. C. (2012b). *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. Sovera Edizioni: Roma, vol.2.
5. Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Supervisione in Psicoterapia Integrata: Elementi essenziali*. Sovera Edizioni: Roma.
6. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona...* Roma: Armando Editore Strumenti, vol. 3.
7. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2000). *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti, con interventi a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
8. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo A. (2004). *Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine*. Sovera Edizioni: Roma.
9. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: L'aderenza veloce al trattamento*. Sovera Edizioni: Roma.
10. Lezenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2006). *I disturbi di Personalità. Le principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
11. Linehan, M.M. (2011). *Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, Vol. I
12. Linehan, M.M. (2011). *Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline. I Gruppi di Skill Training*. Milano: Raffaello Cortina Editore, Vol. II
13. Spalletta, E., (2009). *Personalità Sane e Disturbate*. Sovera Edizioni: Roma.
14. Giusti, E., & Rosa, V. (2002). *Psicoterapie della Gestalt*. Roma: Aspic Edizioni Scientifiche.
15. Ginger, S. (1990). *La Gestalt*. Roma: Edizioni Mediterranee.
16. Clarkson, P. (1992). *Gestalt Counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto*. Sovera Edizioni: Roma.
17. Perls, F. (1991). *Qui e Ora, psicoterapia autobiografica*, Sovera Edizioni: Roma.
18. Robine, J. M. (2006). *Il rivelarsi del Sé nel contatto*. Milano: FrancoAngeli.
19. Spagnuolo Lobb, M. (a cura di) (2001). *Psicoterapia della Gestalt, Ermeneutica e Clinica*. Milano: FrancoAngeli.
20. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt Integrata*. Milano: Giuffrè.
21. Giordani, B. (1978). *La relazione d'aiuto*. Brescia: La Scuola Editrice.
22. Mucchielli, R. (1987). *Apprendere il Counseling*. Trento: Edizioni Erickson.
23. Rogers, C.R. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti.
24. Carkhuff, R. (1987). *L'arte di aiutare – Manuale*. Trento: Erickson.
25. Berne, E. (1978). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
26. Stewart, I., & Jones R. (1995). *L'Analisi Transazionale*. Milano: Garzanti.
27. Berne, E. (1999). *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani.
28. Beck, J. (2013). *La Terapia Cognitivo- Comportamentale*. Roma: Astrolabio.
29. Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento. Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo- Comportamentale*. Firenze: Giunti.
30. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2018). *Schema Therapy La terapia cognitive-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Trento: Erikson.
31. Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G.M. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
32. Rovetto, F. (2003). *Panico*. Milano: The McGraw- Hill Companies.

33. Baer, R.A. a cura di (2012). *Come funziona la Mindfulness*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
34. Marchi, I. (2002). *Teoria e pratica del TRAINING AUTOGENO*. Firenze: Giunti.
35. Prosperi, P. (2018). Il Training Autogeno integrato con la Psicoterapia. *Integrazione nelle psicoterapie*, n. 8, Roma: Edizioni Scientifiche A.S.P.I.C.
36. Schultz, J.H. (1968). *Il Training Autogeno – I Esercizi Inferiori*. Milano: Feltrinelli.
37. Schultz, J.H. (1971). *Il Training Autogeno – II Esercizi Superiori*. Milano: Feltrinelli.
38. Hoffmann, B.H. (1980). *Manuale di Training Autogeno*. Roma: Astrolabio.
39. Kabat – Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, pp. 144-156.
40. Nardone, G., & Watzlawick, P. (2005). *L'arte del cambiamento*. Milano: Ponte alle Grazie S.r.l.
41. Francesetti, G. (2005). *Attacchi di Panico e postmodernità. La Psicoterapia della Gestalt tra clinica e società*. Milano: Franco Angeli.
42. Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (2014). *The APA Handbook on Sexuality and Psychology*. American Psychiatric Association (APA).
43. Clarkson, P. (1997). *La relazione psicoterapeuta integrata*. Sovera Edizioni: Roma.
44. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2014). *Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: Sovera Strumenti Edizioni.
45. Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, vol. 1.
46. Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
47. Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Edizioni.
48. Lorenzini, R. & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
49. Leahy, L.R., Tirsch, D., & Napolitano, L.A. (2013). *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Firenze: Eclipsi.
50. Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (a cura di) (2014). *Da Mente a Mente. Infant Research, neuroscienze e psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
51. Beebe, B., & Lachmann, Frank M. (2015). *Le origini dell'attaccamento. Infant research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
52. Fonagy, P., Gergely, G, Lurist, E. & L. Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
53. Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2007). *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni*. Sovera Edizioni: Roma.
54. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
55. Giusti, E. & Vigilante, M. (2009). *L'anamnesi psicologica*. Sovera Edizioni: Roma.
56. Passi Tognazzo, D. (1978). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Firenze: Giunti Barbera.
57. Boncori, L., (1993). *Teoria e tecniche dei test*. Torino: Bollati-Boringhieri.
58. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A., (2006). *Psicodiagnosi integrata*. Sovera Edizioni: Roma.
59. Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
60. Koch, K. (2007). *Il Reattivo dell'albero*. Firenze: Organizzazioni Speciali Giunti.
61. Castellazzi, V. L. (2021). *Test del disegno della Figura Umana*. Roma: LAS Editore.
62. Roberti, L. (2021). *Il test del disegno della casa. Guida pratica all'interpretazione*. Milano: Franco Angeli.
63. Corman, L. (1978). *Il disegno della famiglia: test per bambini*. Torino: Bollati Boringhieri.
64. Cornoldi, C. (2007). *Disturbi e Difficoltà dell'Apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
65. Giusti, E., & Testi, A. (2006). *L'Autostima*. Sovera Edizioni: Roma.
66. Pope, A., McHale, S. & Craighead, E. (1992). *Migliorare l'Autostima*. Trento: Erickson.
67. Bandura, A. (2002). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.

68. Caprara, G. V. (2001). *La valutazione dell'efficacia*. Trento: Erickson.
69. Seligman, M. E. (2013). *Imparare l'ottimismo*. Firenze: Giunti.
70. Goleman, D. (1997). *Intelligenza Emotiva*. Milano: Rizzoli.
71. Fernandez, I., Masloaric, G., & Galvagni, V.M. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Milano: Liguori Editore.
72. Simonetta, E. (2010). *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.
73. Spalletta, E. & Quaranta, C. (2002). *Counseling Scolastico Integrato*. Sovera Edizioni: Roma.
74. Tonioni, F. (2013). *Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da Internet e nuovi fenomeni dissociativi*. Milano: Springer.
75. Senato della Repubblica, Audizione del CNOP su impatto DDI su apprendimento e benessere psicofisico, 2 febbraio 2021.
76. Giusti, E. & Rosa, V. (2006). *Psicoterapie della Gestalt*. Integrazione dell'evoluzione pluralistica. titolo in Corsivo. Roma: Sovera Edizioni.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Ansia e attacchi di panico, trattamento complesso. Interventi integrati nel trattamento dell'Ansia e degli attacchi di Panico

Antonio Iannazzo¹, Priscilla Ciufò¹, Federica Leoni¹

¹ A.S.P.I.C



Citation

Iannazzo A., Ciufò P., Leoni F. (2022).
Ansia e attacchi di panico, trattamento
complesso. Interventi integrati
nel trattamento dell'Ansia
e degli attacchi di Panico
Phenomena Journal, 4, 139-165.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.178>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Iannazzo
antonio.iannazzo1@gmail.com

Ricevuto: 24 ottobre 2022

Accettato: 2 dicembre 2022

Pubblicato: 2 dicembre 2022

ABSTRACT

From the onset of the Covid-19 pandemic to the present, the work of psychologists and psychotherapists has undergone major changes. The need to move from an in-person to an online setting, as well as the type of demands, coming from patients increasingly in a state of distress, have led helping relationship professionals to develop new settings and adaptations of online psychotherapy. The pandemic, disrupting the world we all knew, is having a heavy impact on the psychic sphere of individuals, causing, for example, a major increase in anxiety and panic disorders. Therefore, the article aims to present some tools that are useful to psychologists and psychotherapists, that can support them in working remotely with anxious patients, both synchronously and asynchronously. The integration of different techniques can help to range between different activities rooted in the most effective psychotherapeutic orientations, such as cognitive-behavioral theory and Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

KEYWORDS

Online therapy, Psychotherapy, Anxiety disorders, Panic attack, Integrated treatment, EMDR.

ABSTRACT IN ITALIANO

Dall'inizio della pandemia di Covid-19 ad oggi il lavoro di psicologi e psicoterapeuti ha subito importanti cambiamenti. La necessità di passare da un setting in presenza ad uno online, così come la tipologia delle richieste, provenienti da pazienti sempre più in uno stato di sofferenza, hanno portato i professionisti delle relazioni d'aiuto a sviluppare una nuova riflessione sulle molteplici possibilità e sui necessari adattamenti della psicoterapia online. La pandemia, sconvolgendo il mondo che tutti conoscevano, sta avendo un pesante impatto sulla sfera psichica degli individui causando, ad esempio, un importante incremento dei disturbi di ansia e di panico. L'articolo vuole, quindi, presentare alcuni strumenti utili al clinico e che possano sostenerlo nel lavoro a distanza, sia in modalità sincrona che asincrona, con pazienti ansiosi. L'integrazione di diverse tecniche può aiutare il professionista a spaziare tra differenti attività che fondano le proprie radici negli orientamenti psicoterapeutici più efficaci, quali la teoria cognitivo-comportamentale e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing o desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.

PAROLE CHIAVE

Terapia online, Psicoterapia, Disturbi d'Ansia, Attacco di panico, Trattamento integrato, EMDR.



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

1. Introduzione

Oggi sembra essere sempre più importante parlare dell'ansia e dei suoi effetti, infatti, la frequenza e la pervasività con la quale si manifesta (e la sua diffusa presenza in una serie di disturbi emotivi) la rende una condizione affettiva di estremo interesse. I disturbi d'ansia sono, tra i disturbi mentali più comuni, con una prevalenza nel corso della vita del 25% [1, 2]. È evidente che sempre più persone sperimentano questo tipo di vissuto durante l'arco della propria vita; per dare una misura di questo concetto si provi a pensare a quanto frequenti siano affermazioni come: “Questa situazione mi sta creando molta ansia ...” o “Il solo pensarci mi mette l'ansia ...”.

Allo stesso tempo il crescente utilizzo della tecnologia richiede ai professionisti delle relazioni di aiuto di intervenire, ad esempio sul paziente ansioso, anche attraverso il cyberspazio e di offrirgli strumenti che siano al passo con i tempi [3, 4]. Pensiamo a tutte le volte che ci svegliamo guardando lo smartphone o che ci addormentiamo “scrollando” i social network [5], questo utilizzo sempre più massivo di internet comporta che il clinico si formi e si aggiorni continuamente in tale direzione.

Il campo della salute mentale, infatti, sta diventando sempre più innovativo e questo richiede una maggiore presa di coscienza dei nuovi processi tecnologici esistenti [6] e l'acquisizione di un bagaglio conoscitivo tale che permetta di seguire i pazienti attraverso modalità alternative (ad esempio, con la videochiamata o la messaggistica) che, a seconda dei casi, favoriranno un potenziale e un nuovo vantaggio [7]. Questo implica anche un diverso 'sentire' da parte del professionista che eroga servizi a distanza [8, 9].

Ma come intervenire attraverso un percorso online con pazienti che riportano stati ansiosi? E, soprattutto, è possibile offrire degli interventi efficaci anche da remoto? Le prestazioni psicologiche online prevedono, dunque, un'interazione terapeutica, professionale e qualificata che utilizzi internet e le nuove tecnologie per connettere un professionista della salute mentale con i suoi clienti [10, 11]. Un intero numero della rivista *Psychotherapy Network* è stato dedicato al lavoro psicoterapeutico online (*Psychotherapy Networker*, November/December 2020; *Theory and Practice of Online Therapy: Internet-Delivered Interventions for Individuals, Groups Families, and Organizations*, Routledge 2020).

Nel 2011 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto il progetto mHealth, indicando le diverse attività mediche e di sanità pubblica che sono supportate da dispositivi mobili [12].

Vi sono infatti, diversi vantaggi connessi all'intervento terapeutico a distanza [13, 14] come la possibilità di offrire un aiuto in tempi più rapidi, ad esempio nei casi di emergenza ma anche di impossibilità nello spostamento.

Inoltre, la flessibilità di tale strumento permette il passaggio da una modalità a distanza ad un'altra, come nel caso presentato dalla psicoterapeuta Deany Laliotis [15] che con alcuni pazienti ha effettuato il passaggio dallo strumento Zoom (videochiamata) alla semplice telefonata senza video per andare incontro al desiderio della cliente di una maggiore vicinanza. Questo perché l'uso della videocamera senza poi

la dimensione tattile le rendeva l'esperienza troppo distante.

Inoltre, la costruzione di un setting efficace e l'importanza di valutare l'idoneità del cliente rispetto al tipo di trattamento da svolgere è indispensabile e consigliabile, come anche porre attenzione ad una modalità comunicativa o alle competenze tecnologiche possedute per il tipo di modalità scelta [14, 16, 17].

Nel presente articolo si desidera, quindi, proporre un modello di intervento integrato a distanza per guidare il paziente ansioso - attraverso l'utilizzo di diversi strumenti e strategie riadattate al cyberspazio - verso un miglioramento del proprio nucleo ansioso.

Ci siamo, infatti, soffermati su quelle tecniche che possono essere integrate in una relazione terapeutica da remoto in quanto utili ed efficaci sia all'interno di una comunicazione sincrona che asincrona. Ad esempio, per quanto riguarda i pensieri e i rimuginii ansiosi sono stati proposti alcuni esercizi pratici che intervengono sull'aumento della consapevolezza dei pensieri definiti irrazionali e, successivamente, sulla loro messa in discussione.

Tali attività possono essere approfondite e supervisionate nel corso della seduta oppure il clinico potrà decidere di inviare il materiale al paziente in un secondo momento.

Nel corso dell'articolo abbiamo voluto includere alcune tecniche cognitive comportamentali, trattandosi di un intervento altamente efficace per i disturbi d'ansia. Per fare un esempio, la terapia cognitivo comportamentale per il disturbo di panico si svolge solitamente in 8-12 sedute e ha mostrato la sua efficacia con miglioramenti nel 78% dei casi [18], con indici elevati di stabilità nel tempo [19].

Inoltre, sono state proposte ulteriori tecniche, ritenute efficaci per il trattamento del disturbo d'ansia, proprie della mindfulness e delle tecniche di meditazione che possono aiutare il cliente a mantenere il focus sul "qui ed ora", processo indispensabile con questa tipologia di pazienti.

Si tratta, infatti, di clienti che tendono a preoccuparsi eccessivamente rispetto al futuro, guidarli ad essere sempre più orientati al momento presente gli permetterà di rimanere ancorati alla realtà e a lasciare andare, gradualmente, tutti i pensieri irrazionali rivolti al domani, che sappiamo essere un'incognita.

La possibilità di svolgere tali esercizi comodamente da casa offre l'opportunità al paziente di sperimentare e di ripetere le attività proposte in seduta autonomamente e ripetutamente.

È necessario che qualsiasi tecnica venga mostrata con chiarezza da parte del terapeuta per permettere al paziente di abbassare i livelli di stress e ansia da prestazione.

La flessibilità nel trattamento, così come l'uso calibrato dell'empatia ed il focus sull'ambivalenza, tra il voler cambiare e rimanere nello status quo, rappresentano linee terapeutiche importanti per gestire la resistenza del paziente durante tutto il corso del trattamento [20].

2. I Disturbi d'ansia e di panico. Come trattarli efficacemente attraverso un intervento online

Una definizione condivisa dell'ansia la descrive come uno stato emotivo associato a una condizione di allerta e paura generalmente eccessive rispetto alla situazione realmente sperimentata [28]. Tuttavia, è bene sottolineare che si tratta di un'emozione adattiva che comporta uno stato di attivazione da parte dell'organismo. L'ansia sembra avere diverse componenti, cognitiva, somatica, emotiva e comportamentale [21]. La componente cognitiva comporta aspettative riguardanti un pericolo diffuso e incerto. Quella somatica si riferisce al corpo che prepara l'organismo ad affrontare la minaccia percepita (reazione d'emergenza) attraverso una modificazione degli stati corporei. Il vissuto emotivo riguarda un senso di terrore o panico diffusi percepiti dal soggetto ansioso, e da un forte senso di nausea e presenza di brividi. Inoltre, vi sono comportamenti volontari e involontari diretti alla fuga o all'evitamento della fonte dell'ansia [21].

La formulazione di un piano di trattamento integrato prevede di alleviare, attraverso l'uso del canale verbale, corporeo ed esperienziale, le difficoltà del paziente, aiutandolo in un processo autoconoscitivo che gli permetta di comprendere e integrare pensieri, fantasie e desideri che a mano a mano si attivano nella relazione terapeutica [22, 23].

Il trattamento integrato, sia in presenza che online, può essere articolato in una fase iniziale di colloqui che hanno lo scopo di inquadrare il disagio vissuto della persona. I colloqui iniziali sono già "terapeutici" nel senso che aiutano il paziente a dare un primo significato psicologico al suo disturbo e alle difficoltà percepite all'interno di una relazione basata sul rispetto, l'accoglienza e il non giudizio.

In questo breve lasso di tempo, solitamente costituito da quattro-cinque colloqui, il paziente ha l'opportunità di farsi un'idea della persona del terapeuta e "sentire" se corrisponde alle sue necessità in termini di agio, accoglienza, ascolto ecc. Contemporaneamente, lo psicoterapeuta ha potuto formarsi un quadro della personalità del paziente, della sua situazione attuale interna ed esterna e di conseguenza anche un'idea del fatto che il paziente abbia bisogno o no di una psicoterapia [22, 23].

Il trattamento integrato prevede anche di assicurare e dare sollievo allo stress sintomatico permettendo di tornare gradualmente ad una vita più soddisfacente e funzionale, più adeguata per i bisogni dell'individuo. Consente, inoltre, di restaurare e cambiare i comportamenti disadattivi e le modalità relazionali con "l'altro"; di ristrutturare la personalità con la possibilità di una maggiore integrazione delle parti cognitive, emotive e comportamentali [22, 23].

Per raggiungere questi obiettivi è importante prendere in considerazione i vari livelli dell'esperienza, vediamo uno ad uno. Vi è il livello esperienziale cognitivo-verbale che comprende il linguaggio del paziente, la sua storia personale, il concetto che ha di sé stesso e i ruoli che assunti nel gruppo familiare, cioè tutte le cose che sa razionalmente sul mondo e sul come interagire, nonché le strutture che danno corpo all'identità. Interagendo con questo canale sarà possibile ri-costruire e sperimentare la

propria storia nel qui ed ora. Vi è poi un livello esperienziale immaginativo che riguarda l'esperienza del paziente attraverso forme che includono l'uso del simbolo della fantasia e dell'immaginazione, importante per il recupero delle capacità intuitive e creative. Il livello esperienziale-emotivo è importante in terapia, poiché ci connette più direttamente al mondo e agli altri, ed è la consapevolezza delle emozioni personali che in questo caso viene negata e non consapevolizzata. Il livello Sensoriale ha a che fare con i sensi e al modo in cui entrano in contatto con il mondo e con la realtà fenomenologica, facendo riferimento a ciò che realmente vediamo e sentiamo, cercando di fare spazio quando c'è troppa confusione.

Inoltre, l'attenzione va rivolta anche al livello corporeo, legato cioè alle sensazioni interocettive ed esteroceettive, alla postura, ai gesti e a come il paziente occupa lo spazio circostante.

Quando lo stress e l'ansia condizionano il normale funzionamento del corpo, il rilassamento può essere utile al fine di ristabilire l'equilibrio come una connessione tra mente e corpo.

Gli elementi fondamentali di questo modello terapeutico sono rappresentati dalla relazione, attraverso cui il cliente sperimenta una modalità nuova, emotivo correttiva tale che lo può aiutare, attraverso diverse fasi e momenti, a sperimentarsi ed esprimersi di più.

L'alleanza terapeutica, facilitata da tratti di personalità simili che permettono da subito di entrare in sintonia; la narrazione della propria storia attraverso cui il paziente ha parlato di sé, e allo stesso tempo parla a sé stesso di sé, si racconta operando una riattribuzione di significato attraverso processi cognitivi, affettivi e simbolici. Il raccontarsi in maniera differente nel corso della terapia permette al cliente di iniziare a vivere diversamente e, quindi, gradualmente ad essere diverso.

La sperimentazione di un modello integrato transdiagnostico che prende in considerazione più livelli dell'esperienza ha come scopo l'integrazione dell'individuo sia dentro di sé che nel mondo [22, 23, 24].

Quando gli individui riprendono gradualmente in mano le fila della propria vita iniziano a conoscersi più in profondità, a comprendere meglio i propri meccanismi, la propria storia e ad attribuirle nuovi significati. Ed è in tal modo che i bisogni e i desideri personali, finalmente ascoltati e accolti, possono spingere il soggetto a fare delle scelte meno condizionate dall'approvazione degli altri significativi, iniziando così ad auto affermarsi e autodeterminarsi.

La risposta ansiosa, infatti, avviene quando una situazione viene percepita come pericolosa, consentendoci di attivare delle risposte specifiche per affrontare al meglio tale minaccia. L'ansia si traduce, quindi, in una tendenza immediata ad esplorare l'ambiente circostante, a ricercare spiegazioni logiche, rassicurazioni e vie di fuga ma anche in un corollario di risposte psicofisiologiche come: l'aumento del battito cardiaco, della sudorazione, il potenziamento della memoria, un minor sanguinamento a seguito di ferite [25]. Come si può comprendere si tratta di modalità per rispondere meglio agli eventi avversi, quando l'ansia supera una certa soglia e diventa eccessiva si ha l'effetto contrario, una sorta di 'congelamento' (freezing) con il de-

potenziamento delle risposte fisiologiche.

Generalmente tutti gli individui vivono sensazioni di ansia, le quali se motivate restano una sensazione transitoria e con effetto positivo (pensiamo, ad esempio, all'eustress). In questi casi, se proviamo ansia, tendiamo a mettere in atto delle strategie per ridurre o eliminare la minaccia percepita come pericolosa, ripristinando in questo modo la precedente situazione di normalità.

Tuttavia, se gli episodi ansiosi insorgono senza una reale giustificazione sono all'origine di reazioni eccessive che possono caratterizzare la presenza di ansia patologica. Nella figura (Fig. 1) è evidenziata un'elaborazione sulla base del lavoro classico di Selye [26] [27], secondo cui l'attivazione mantenuta nel tempo, stress cronico che perdura da molto tempo, (per stimoli interni o esterni) conduce all'esaurimento delle risorse e al distress, mentre l'attivazione momentanea (eustress) è positiva per l'individuo.

Fig. 1 - CURVA DELLO STRESS
(<https://www.psicologiapathos.it/lo-stress-conosciamolo-meglio/>)



Ma che cosa trasforma l'ansia fisiologica in ansia patologica, a tal punto da strutturarsi in un disturbo?

In primis, nei disturbi d'ansia l'attivazione fisiologica - che segue la percezione di un pericolo nell'ambiente - viene valutata a sua volta in maniera catastrofica dal soggetto, diventando essa stessa una minaccia, spesso percepita come ancora più grave dello stimolo esterno. È in questo modo che si crea un circolo vizioso nel quale l'interpretazione errata e catastrofica dei sintomi dell'ansia aumenta le sensazioni sgradevoli percepite dal soggetto e queste, a loro volta, rinforzano l'interpretazione catastrofica. Ecco, quindi, che il disturbo d'ansia è mantenuto da:

□ attenzione selettiva, si pone estrema attenzione ai segnali del proprio corpo interpretandoli in maniera catastrofica;

❑ rimuginio, si trascorre molto tempo a preoccuparsi cercando di prevedere e/o prevenire eventi negativi in condizioni di incertezza e di costruire mentalmente ipotetiche soluzioni senza mai giungere a una conclusione;

❑ evitamento, si evitano gli stimoli temuti per non incorrere nell'ansia, riducendo così la propria libertà e applicando forti limitazioni alla propria sfera sociale, lavorativa, relazionale ecc.

Nella Tabella 1 sono riportati i criteri diagnostici del disturbo d'ansia generalizzata [28] che possono aiutare il clinico nella valutazione del caso.

Tabella 1 - Disturbo d'ansia generalizzata [28]

- | |
|---|
| <p>A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche)</p> <p>B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione</p> <p>C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle" 2. Facile affaticamento 3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria 4. Irritabilità 5. Tensione muscolare 6. Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente) <p>D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti</p> <p>E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza</p> <p>F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale</p> |
|---|

2.1 Le distorsioni cognitive

Spesso i pazienti che vogliono affrontare un percorso terapeutico legato all'ansia riportano in seduta dei pensieri che Ellis [29] definì disfunzionali e non realistici. Sembra, infatti, che coloro che soffrono di tale disturbo, come a volte anche del disturbo depressivo, si convincono di aspetti e di avvenimenti del tutto infondati. Il compito del terapeuta sarà, quindi, quello di far luce su tali pensieri lavorando sulla distorsione che il cliente agisce, rendendolo sempre più consapevole di tali trappole cognitive. Il clinico dovrà, inoltre, guidarlo nel porre sempre più la sua attenzione su tali processi cognitivi e aiutandolo a svincolarsi in tal modo dal pensiero distorto, formandone uno più realistico. Riportiamo qui di seguito alcune delle distorsioni cognitive tipiche del paziente ansioso (vedi Tabella 2). Presentarle al paziente in seduta, come allegato a una e-mail o attraverso l'uso della chat, aiuterà il terapeuta nel processo di chiarificazione e di psico-educazione sul disturbo ansioso. Aiutare il paziente ad avere conoscenza delle distorsioni cognitive in atto e poi dargli come compito a casa quello di scriverle, lo porterà ad avere più consapevolezza del suo processo mentale in quel momento disfunzionale. Potrà ovviamente succedere che il paziente si ritroverà in

diversi esempi presenti nella tabella e qui starà al terapeuta accogliere e normalizzare quanto emerge, con quella che Rogers [30] definisce “accettazione incondizionata”.

Tabella 2 - Distorsioni cognitive tipiche del paziente ansioso

Pensiero tutto-o-niente	È la tendenza a valutare le proprie capacità e le proprie azioni in maniera del tutto estrema e polarizzata. “Sono un fallito totale” “Non faccio mai la cosa giusta” “È stato tutto un disastro” È infatti, tipico, vivere delle esperienze come totalizzanti, si può quindi aiutare il cliente ad ampliare la mente e valutare anche altre situazioni e altre emozioni che sono emerse nella stessa esperienza. Sarà necessario lavorare sul cercare nella relazione terapeutica la “giusta” via di mezzo per il paziente, mettendo il focus su quanto è irrealistico guardare il mondo circostante come solo bianco o nero.
Leggere la mente	Questo pensiero lo si vede molto spesso anche nelle relazioni di coppia, all’interno delle quali dopo un periodo di innamoramento si immagina di conoscere perfettamente l’altro/a e di sapere il motivo delle sue azioni e dei suoi pensieri. In sostanza si dà per scontato di sapere cosa pensa l’altro/a senza porsi l’interrogativo. “Sono certa che non viene a vivere con me perché è spaventato dall’impegno” “Ce l’hai con me, si vede!” “Sono sicuro che frequenti un’altra persona sei più distratto del solito” Ovviamente questa distorsione cognitiva può ricadere anche in ambito amichevole e nel contesto lavorativo, di primaria importanza è riportare il paziente a “vedere” l’altro come un essere pensante e proporre di fare domande per comprendere il suo punto di vista, ascoltando ciò che l’altra persona ha da dire.
Sminuire	Questa distorsione cognitiva è conducibile anche ad un lato depressivo di alcuni pazienti che soffrono del disturbo d’ansia. Verificare quando squalifica gli aspetti positivi di un’esperienza o in riferimento a sé stesso/a. Ne è un esempio lampante anche la non accettazione e il diniego in caso di ricevimento dei complimenti. “Mi ha detto che sono gentile solo perché dovevo” “È stata solo fortuna la mia” “A nessuno importa di me” Anche la sindrome dell’impostore fa parte di tale categoria, un’esperienza interna di non meritare il successo personale, valutarsi solo come un insuccesso è alla base di questa distorsione cognitiva. Aiutare quindi il paziente a vedere i propri successi, anche attraverso la visione di sms di sostegno da parte di amici o anche di attestati nel caso di obiettivi lavorativi raggiunti può portare il cliente a destrutturare il pensiero.
Doverizzazioni	Le doverizzazioni o musturbation come le definisce Ellis [31] sono un freno alle volte nell’esistenza umana. Il neologismo inglese è un gioco di parole formato da must (dovere) e masturbation (masturbazione) e rende proprio l’idea di quanto possa essere dirompente e faccia sentire le persone sotto pressione e maldisposte. Infatti, se poi non soddisferà quanto “deve” fare, dire, si sentirà frustrato, incapace, una nullità insomma. I terapeuti hanno quindi la necessità di esplorare quest’area cognitiva del cliente, lavorando, qualora il proprio orientamento lo richieda, anche sull’interiorizzazione genitoriale che può aver appreso in modo da svincolarsi. “Dovrei essere una persona più buona” “Devo finire gli esami entro i 23 anni” “Devo fare figli altrimenti che donna sono?”

Saltare alle conclusioni	In questo caso, seppur simile alla distorsione “lettura della mente” ha come connotato la quasi esclusiva certezza che tali conclusioni siano negative e molto rapide. Quando il paziente attua questo pensiero sente una certa urgenza nel dover arrivare con puntualità alla motivazione alla base di ciò che sta accadendo. Alcune di queste conclusioni sono molto note per gli psicoterapeuti. “Sto impazzendo, io lo so” è una delle classiche affermazioni che predicono un pensiero disfunzionale proprio perché attuato senza nessuna competenza clinica o dimostrazione oggettiva dell'accaduto. In questo caso il terapeuta deve ascoltare, rendere chiaro il processo di distorsione e portare il cliente in una dimensione razionale e di conoscenza e consapevolezza dell'infondatezza del proprio ragionamento.
Sopravvalutare le probabilità di un evento spiacevole	Il focus di questo particolare pensiero irrazionale riguarda la negatività e l'ordine di probabilità, che risulta sfalsato. Il paziente, infatti, ravvede la certezza e, alle volte, la scientificità che ciò che prevede accadrà e non è in grado di metterla in discussione. In questo caso è importante lavorare su ciò che è realistico, quindi, che ci siano delle cose che possano andare male, tuttavia, vi è la probabilità che possa andare bene o che possa andare in maniera del tutto inaspettata. Anche in questo caso, il cliente ravvede l'urgenza di porre una fine all'attesa della valutazione dell'evento ed è naturale che la fine sia disastrosa. “Non mi sposerò ad ottobre perché verrà sicuramente a piovere” “Se organizzo una festa con i colleghi di lavoro verranno quelli più antipatici”
Filtro mentale	Il rimuginio è tipico nel disturbo ansioso e spesso in tale processo mentale è coinvolto un tipico pensiero disfunzionale che è il filtro mentale. La focalizzazione dell'attenzione è prettamente sui dettagli, come se si decidesse di vedere il mondo con un paio di occhiali rossi o con un restringimento del campo visivo. Si può prospettare questa visione sull'esterno e sulla propria personalità. Nel primo caso avremo frasi come “A lei non importa di me” dopo aver passato solo dieci minuti con una persona; nel secondo caso invece “io non ho niente di interessante da dire” quando magari gli amici stanno parlando di qualcosa che la persona non conosce. È importante che il terapeuta prenda spazio in questo rimuginio anche attraverso il contenimento dei pensieri, valutando l'idea della scrittura per poter rendere consapevole l'altro dell'errore di ragionamento che compie.
Etichettamento	Un altro pensiero irrazionale che ha fondamenti nell'educazione avuta è proprio quello di etichettare e di etichettarsi, secondo un sistema estremamente rigido. Nei disturbi d'ansia tale pensiero disfunzionale ha una connotazione negativa, il cliente non etichetterà positivamente sé o gli altri, tuttavia, porrà l'attenzione a concentrarsi sulla caratteristica negativa. “Sono un buffone” “È una cattiva ragazza” È ovviamente anche una modalità di generalizzazione, sarà quindi compito del terapeuta specificare i comportamenti, comprendere quali sono le altre risorse messe in gioco e i limiti, così da ampliare il concetto ristretto e rigido.
Giudicare in base alle emozioni	Le emozioni che prova il paziente quando attua questo pensiero distorto hanno un valore differente, tengono infatti un potere totale sulle proprie convinzioni e sui pensieri. Mettere in dubbio il pensiero è fuori discussione poiché la validità delle emozioni e la relativa correlazione con il processo cognitivo agli occhi di coloro che soffrono del disturbo ansioso è palese e valida. “Mi sento in colpa, quindi sicuramente ho fatto un errore e ho ferito qualcuno con i miei gesti” “Sono triste quindi nessuno vorrà vedermi” “Se mi sento male è per colpa del tuo modo di comportarti” Il terapeuta ha in questo caso il compito di accogliere le emozioni, di legittimarle e di aiutare il cliente a porre il dubbio, alcune riflessioni che possano mettere in discussione la correlazione, per la persona così ovvia, tra emozione e pensiero, sottolineando la complessità emotiva e cognitiva dell'essere umano.

Generalizzare

Un unico evento alle volte può essere generalizzato a tal punto che il cliente immagini si possa presentare sempre e per sempre.

Il contenuto emotivo di questo evento è spesso legato a vissuti ansiosi che quindi aumentano la paura nel paziente che possa succedere nuovamente e quindi diventa vittima di procrastinazione e evitamento.

“Ho avuto un attacco di panico al centro commerciale, sarà sempre così quindi non ci andrò più.”

“Non ha risposto al mio invito, non mi vuole nessuno!”

Il terapeuta può mettere luce insieme al cliente su altri eventi che hanno riportato dinamiche differenti da quella presa in considerazione, come ad esempio altre volte al centro commerciale in cui l'attacco di ansia non si è presentato.

(modificata, da [32], p. 208; [33], p. 56)

Inoltre, poiché l'ansia viene spesso rafforzata da convinzioni disfunzionali un aspetto sul quale porre molta attenzione sono le domande stimolo (vedi Tabella 3) e il modello ABCDE (vedi Tabella 4).

Tabella 3 - Domande stimolo per confutare le convinzioni disfunzionali

DOMANDE DA PORSI PER ESAMINARE CRITICAMENTE I PENSIERI ANSIOGENI
Che prove ci sono che la cosa che temo sia davvero reale? Se succedesse ciò che temo, sarebbe davvero importante, orribile, insopportabile? Avrebbe conseguenze negative per il resto della mia vita? Quanto è possibile che accada veramente ciò che temo? Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi? Che modi diversi, alternativi, vi possono essere di vedere le cose? Potrei interpretare diversamente la situazione? Quale delle possibili alternative è più verosimile? Qual è più corrispondente alla realtà e più utile per raggiungere i miei obiettivi? Sto usando modi sbagliati di ragionare e di valutare la realtà?

(da [32], p. 208)

Si tratta di due tecniche cognitivo-comportamentali che risultano essere altamente efficaci in quanto lavorano parallelamente sulla psico-educazione (descrivendo al cliente ciò che accade nella sua mente) e sulla riduzione e sul cambiamento del rimuginio rendendolo più razionale e contenuto.

Tabella 4 – Modello ABCDE

A	iB	D	C	rB	E
Evento o situazione attivante	Interpretazioni disfunzionali	Messa in discussione	Conseguenze	Convinzioni funzionali	Nuovo effetto
Bere un caffè in mezzo alla gente al bar della stazione	Potrei tremare, versare il caffè. Tutti penseranno che abbia dei problemi mentali ...	È probabile che tremi tuttavia mi capita raramente. È facile che neanche se ne accorgano	Provo ansia, sono frustrate	Sento il bisogno di provare ugualmente a prendere il caffè	Provo un po' di fastidio e sono preoccupata di poter apparire ridicola
Riassumi brevemente la situazione che ti disturba (che cosa vedrebbe una telecamera)	Possono essere: - pretese dogmatiche (dovere assolutamente) - terribilizazioni (è terribile, una catastrofe) - bassa tolleranza alle frustrazioni (non posso sopportarlo) - autocolpevolizzazione /colpevolizzazione degli altri (sono/è una persona cattiva/inetta/indegna)	Se succedesse ciò che temo, sarebbe davvero tanto importante, disgustoso, insopportabile? Avrebbe conseguenze negative per tutto il resto della mia vita?	Principali emozioni e comportamenti che danneggiano Es., ansia, depressione, rabbia, bassa tolleranza alle frustrazioni, gelosia ...	Per pensare più razionalmente, ambisci a: - preferenze non dogmatiche (desideri, intenti) - valutare la negatività (è deludente, è spiacevole) - tolleranza alle frustrazioni (non mi piace, ma posso sopportarlo) - non dare giudizi generali su te e gli altri (io e gli altri siamo umani e possiamo sbagliare)	Nuove emozioni e comportamenti costruttivi Es., delusione, preoccupazione, fastidio, tristezza ...
		Quanto è possibile che accada veramente ciò che temo?			
		Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi?			
		Che modi diversi, alternativi, vi possono essere di vedere le cose? Potrei interpretare diversamente la situazione?			

(adattata da [29], pp. 68-69)

3. Trattare l'ansia online

Lavorare terapeutamente con l'ansia è possibile e ad oggi sappiamo di poterlo fare anche da remoto. Chiaramente in una prima fase sarà necessario valutare se si tratta di stati ansiosi causati da una malattia organica, di ansia situazionale oppure cronica. Una conoscenza più approfondita permetterà al clinico di approcciarsi più efficacemente al caso, escludendo o meno, la necessità di trattamenti farmacologici - da attivare parallelamente al percorso terapeutico - e, quindi, eventuali collaborazioni con altri professionisti di riferimento.

Ci sono studi che hanno evidenziato come il passaggio repentino da sedute in presenza a sedute a distanza (nell'immediatezza del COVID-19) non abbia influito sul trattamento di vari disturbi, compresi quelli ansiosi [34] e come l'impatto economico degli interventi a distanza sia più basso [35].

Al paziente che contatta il terapeuta per un primo colloquio conoscitivo online, è importante inviare un vademecum al cui interno si trovano descritte delle brevi linee guida con informazioni preliminari utili per lui. Il vademecum [14] offre la possibilità di co-costruire un setting terapeutico ottimale e, nel caso in cui si tratti di un paziente ansioso, avere delle indicazioni chiare su aspetti quali: come scegliere lo spazio fisico più adeguato all'interno della propria abitazione (in particolare se si convive con altre persone); come posizionarsi con il proprio device; come assicurarsi di avere una buona connessione a internet o, ancora, come viene tutelata la privacy del cliente. Avere una visione preliminare del setting online potrebbe portare a un abbassamento dei livelli di ansia e stress percepiti di fronte a una situazione nuova.

Le linee guida, presenti nel vademecum, diventano così delle semplici ancora che possono aiutare il cliente a immaginare con più chiarezza come sarà lo spazio terapeutico virtuale e di percepirlo come più sicuro e protetto.

Inoltre, quando ci si appresta a un intervento online con un paziente ansioso una delle sfide più importanti è connessa alla capacità di comprensione, da parte del terapeuta, delle preferenze del paziente in termini di comunicazione uditiva, testuale e visiva [36]. Sarà necessario chiedersi in che modo tali preferenze si relazionino con lo stile cognitivo e di personalità del cliente e quali combinazioni tra queste modalità siano maggiormente terapeutiche per quel caso specifico [7]. Pensiamo, ad esempio, come nelle forme gravi di ansia sociale, che possono compromettere l'interazione verbale, il paziente potrebbe presentare importanti difficoltà nel far fronte alle richieste emotive o verbali proprie delle interazioni che avvengono nel "qui e ora". In questo caso, come in molti altri, la comunicazione asincrona (che prevede l'utilizzo delle e-mail o dei messaggi) potrebbe essere la modalità da prediligere. Il vantaggio risiederebbe nell'opportunità connessa allo spazio di riflessione generato poiché scegliere un tempo per rispondere può aiutare a creare un'opportunità per pensare al messaggio ricevuto e per comporre attentamente una risposta [7]. Per il cliente, questo potrebbe avere implicazioni importanti per questioni riguardanti l'impulsività, stimolare l'osservazione dell'Io e lavorare attraverso il processo [37].

Una volta definita la modalità di intervento con il paziente il clinico avrà a disposi-

zione diversi strumenti da utilizzarsi anche in un percorso a distanza con lo scopo generale di guidare il paziente ad acquisire un atteggiamento sempre più attivo a prendersi cura dell'ansia, imparando a fidarsi delle proprie capacità e risorse personali per comprendere da cosa origina e come gestirla al meglio nel qui e ora [12, 38]. Chiaramente tali strategie di intervento richiedono un adattamento in vista di un setting diverso da quello in presenza. Pensiamo, ad esempio, alle tecniche di rilassamento o di respirazione, in questi casi sarà importante introdurre al paziente, con estrema chiarezza, il lavoro che ci si appresta a svolgere, guidarlo ad assumere una posizione rispetto alla webcam che permetta al professionista di osservarlo nella sua interezza durante le varie fasi dell'esercizio: da come si è posizionato con il corpo sulla sedia, a come respira e ai movimenti che agisce [32].

Infatti, lavorare attraverso il corpo con il paziente ansioso è fondamentale poiché il corpo è la persona stessa e qualunque problema sia presente si manifesterà tanto nell'espressione corporea quanto in quella psicologica [39]. Pertanto, nel lavoro online con pazienti che presentano un nucleo ansioso il clinico dovrà porre molta attenzione nel guidarli efficacemente al riconoscimento dei punti del corpo di forte tensione e permettergli così di imparare delle strategie di rilassamento. Questo tipo di intervento produce, infatti, diversi cambiamenti a partire da una diminuzione nella produzione di adrenalina, del battito cardiaco, o del ritmo del respiro che si farà più lento perché sarà necessario meno ossigeno. Sono tutte reazioni esattamente opposte a quelle tipiche di una risposta ansiosa.

Infatti, spesso coloro che presentano disturbi d'ansia possono soffrire di iperventilazione, in questo caso sarà necessario fare alcune domande adeguate e chiare al cliente: respiri velocemente? In assenza di sforzi fisici, come salire le scale o fare una camminata con andatura irregolare o in pendenza, la frequenza del respiro, compreso ovviamente di inspirazione ed espirazione, è di 10-12 al minuto.

respiri troppo? Il cliente, per esempio sente la necessità di prendere respiri profondi "come se non avesse sufficiente aria ..."

In questo caso vi sono alcuni aspetti da non sottovalutare come l'assunzione di sostanze psicotrope, di alcolici, bevande contenenti caffeina o assunzione di tabacco che possono influenzare la respirazione del cliente, così come l'utilizzo di alcuni abiti (per esempio, troppo stretti) o di posture quotidiane che possono portare la persona a sentirsi costretta e costipata. In questi casi, può essere molto utile proporre al paziente tecniche come quella del respiro lento (vedi Tabella 4).

Tabella 4 - Tecnica del respiro lento

Interrompi quello che stai facendo e siediti o appoggiate a qualcosa
 Trattieni il fiato (senza prima fare un respiro profondo) e conta fino a 10 (o meglio 1001, 1002, 1003 ...)
 Quando sei arrivato a 10, lascia uscire fuori l'aria e di a te stesso mentalmente "Mi rilasso" in modo calmo e tranquillo
 Inspira ed espira lentamente in 6 secondi: inspira per tre secondi ed espira per tre secondi. In questo modo si fanno circa 10 respiri completi al minuto. Di a te stesso mentalmente "Mi rilasso" ogni volta che espiro.
 Ogni minuto (dopo una serie di 10 respiri), trattieni di nuovo il fiato per 10 secondi, poi riprendi a respirare in cicli di 6 secondi.
 Continua a respirare così fino alla scomparsa di tutti i sintomi dell'iperventilazione.

(da [32], p. 98)

Per aiutare il paziente nell'utilizzo di questa nuova tecnica e, quindi, per abbassare la frequenza del respiro e allo stesso tempo tenerne traccia si può consegnare un semplice compito a casa, ovvero il "Diario giornaliero della frequenza del respiro". Attraverso queste registrazioni il terapeuta sarà in grado di sapere se e quanto il cliente riesce a controllare la frequenza del respiro e anche di aumentare la consapevolezza del proprio corpo attraverso la tabella "prima" e "dopo" (vedi Tabella 5).

Tabella 5 – Schema del Prima e Dopo

DATA	PRIMA	DOPO
ORARIO		
ORARIO		
ORARIO		

(da Andrews et al., 2003, p. 99)

3.1 Il Disturbo di Panico

Parlando di disturbi d'ansia è facile immaginare come alla "porta" dello studio online di un professionista della salute mentale possa presentarsi un paziente che racconti di soffrire di attacchi di panico.

La caratteristica centrale del disturbo da attacchi di panico è la presenza di attacchi ricorrenti e inaspettati, i quali sono seguiti da almeno un mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico [40].

La persona, infatti, si preoccupa delle possibili implicazioni o delle conseguenze degli attacchi d'ansia e cambia il proprio comportamento conseguente agli episodi di panico. Arriverà, così, ad agire una serie di comportamenti di evitamento, in particolare, di tutte quelle situazioni in cui teme che essi possano verificarsi nuovamente. Il primo attacco di panico generalmente è inaspettato e per questo il soggetto si spaventa terribilmente e, spesso, ricorre al pronto soccorso.

Si tratta, quindi, di un disturbo caratterizzato da episodi di improvvisa e intensa paura o di una rapida escalation dell'ansia normalmente presente. Tali episodi sono chiaramente accompagnati da sintomi somatici e cognitivi come: palpitazioni, sudora-

zione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore o fastidio al petto, nausea, capogiri e vertigini, paura di morire o di impazzire, brividi, vampate di calore, parestesie (vedi Tabella 6).

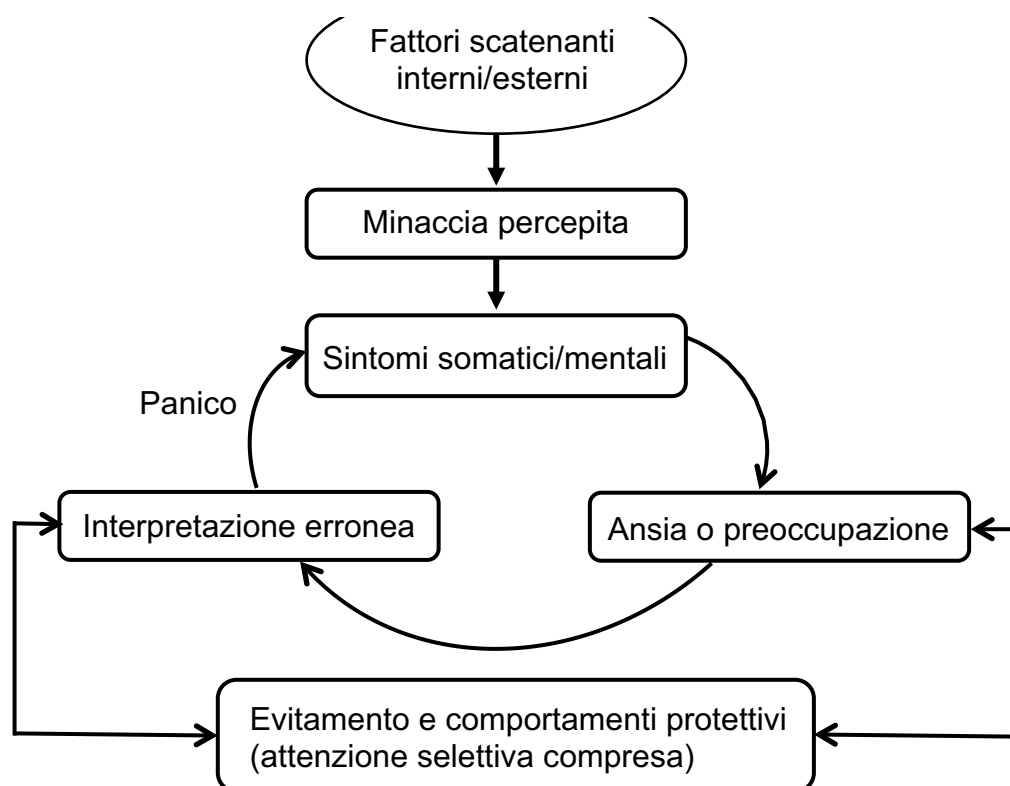
Tabella 6 - Sintomatologia del Disturbo di panico [28]

- A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o di disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:
1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
 2. Sudorazione;
 3. Tremori;
 4. Dispnea o sensazione di soffocamento;
 5. Sensazione di asfissia;
 6. Dolore o fastidio al petto;
 7. Nausea o disturbi addominali
 8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento;
 9. Brividi o vampate di calore;
 10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
 11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi);
 12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”;
 13. Paura di morire.
- B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:
1. Preoccupazione per l’insorgere degli altri attacchi o per le loro conseguenze;
 2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata dagli attacchi.
- C. L’alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaco) o di un’altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).
- D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Il singolo episodio di panico sfocia facilmente in un vero e proprio disturbo di panico e la paura di risperimentare quel terrore diviene sempre più intensa. Il soggetto si troverà, così, rapidamente invischiato in un tremendo circolo vizioso che lo limiterà nelle uscite con gli amici, nel guidare la macchina da solo, nel viaggiare in treno, nell’assistere a un concerto, nell’andare a fare la spesa per paura di trovare il supermercato troppo affollato come anche nel prendere parte a una riunione di lavoro [23] (vedi Figura 2).

Qui sotto il modello del circolo vizioso del panico di [41, 42, 43].

Figura 2 - Circolo vizioso del panico



(da [41], modificata da [44])

L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene, in tal modo, la risposta prevalentemente agita ed è facile immaginare come la persona con disturbo da attacchi di panico possa diventare schiavo del panico stesso e altamente dipendente dagli affetti a lui più cari che dovranno, ad esempio, accompagnarlo ovunque [13]. Ne consegue un intenso senso di frustrazione che deriva dal fatto di sapere di essere adulti, eppure di sentirsi estremamente dipendenti dagli altri, vissuto che può condurre a una depressione secondaria e, in moltissimi casi, a un abbassamento importante dei livelli di autostima percepiti [23].

Nel caso in cui il professionista online si appresti a svolgere un percorso da remoto - con un paziente che presenta attacchi di panico - particolare attenzione dovrà essere data anche a quest'ultimo aspetto [14].

Infatti, tra gli obiettivi a breve-medio termine il terapeuta, oltre a consolidare la relazione terapeutica attraverso l'accettazione incondizionata e un ascolto attivo, dovrà guidare il cliente ad accrescere la consapevolezza delle affermazioni auto dispregiative che si auto infligge.

Per fare questo, in un primo momento, si potrà proporre, anche in chiave di compito a casa, di stilare una lista di tutte le affermazioni negative che dice su sé stesso: "Sono un incapace", "Ho paura di tutto", "Per fare qualunque cosa ho bisogno dell'aiuto di mia moglie", "Sono pazzo" "Nessuno mi vorrà al suo fianco", "Sono un peso per i miei cari" e così via [23].

Una volta portata in seduta la lista il terapeuta potrà proporre al cliente di affrontare uno ad uno i suoi commenti e procedere a un esame di realtà riformulandoli in una chiave più realistica, aiutandolo a concretizzare pensieri disfunzionali e indagando quali sono le aree di resilienza e le risorse che, al contrario, mette in campo in certe situazioni che potrebbero essere altamente ansiose per qualcun altro. Questo graduale processo avrà l'obiettivo di guidare verso il rinforzo delle definizioni auto-descrittive positive. Queste ultime andranno chiaramente scritte all'interno di una nuova lista. Sempre in chiave di un miglioramento dei livelli di autostima percepiti si potrà proporre al cliente un esercizio giornaliero da svolgere davanti allo specchio dove potrà prendersi uno spazio per parlare positivamente di sé e leggere la lista delle affermazioni positive [23].

Un ulteriore aspetto presentato dai pazienti che vivono un disturbo d'ansia è quello di tendere a procrastinare a lungo prima di svolgere un compito specifico. Questo capita perché sono presi dalla paura di non farcela, di sentirsi giudicati, inadeguati e perché tendono a catastrofizzare l'evento immaginando che uscire dalla loro zona di comfort possa ledere alla loro salute psico-fisica [45].

È, quindi, importante lavorare sul problem solving del cliente e sulla sua tendenza alla procrastinazione anche attraverso dei compiti che possono essere svolti durante la seduta terapeutica online, così come da casa.

Durante la seduta, ovviamente, la scheda (vedi Tabella 7) potrà essere compilata recuperando alla memoria del cliente alcuni eventi da lui rimandati e che vorrebbe portare a termine, mentre a casa il paziente potrà svolgere l'esercizio anche durante l'attacco di ansia per abbassare il livello di stress e portare il rimuginio disfunzionale ad un livello più razionale.

Tabella 7 - Abbassare il livello di stress

Data	Attività	Difficoltà Prevista	Soddisfazione Prevista	Difficoltà Effettiva	Soddisfazione Effettiva
	(Scomponila in piccoli passaggi)	(0-100%)	(0-100%)	(0-100%)	(0-100%)

(da [33], p. 114)

In tale ottica il paziente può imparare a “spezzettare” il problema, ovvero il compito, in diversi passaggi più piccoli che gli permettono di testare la sua capacità, di averne una maggiore consapevolezza e di metterle così in pratica. Ad esempio, se decidessi di correre una maratona so che dovrò allenarmi per diverso tempo attraverso vari step. Il primo potrebbe essere fare una corsa di qualche chilometro, successivamente potrò avvicinarmi – con estrema gradualità - al chilometraggio necessario per la gara che voglio sostenere.

Il ragionamento è facilmente applicabile anche ad altre condizioni e attività che il paziente tende a rimandare. In questa ottica, egli può scoprire le sue risorse e così lavorare sul giudizio che si attiva automaticamente attraverso pensieri come: “non sono

capace”, “ho l’ansia e non posso fare nulla”, “non sono in grado”, “non posso farcela”, “per me è impossibile”. Spesso, infatti, coloro che sperimentano ansia eccessiva e attacchi di panico tendono a vedere il risultato finale, a prevedere il futuro, ad esempio dicendosi “non potrò mai correre la maratona” senza avere neppure provato a correre qualche chilometro e senza conoscere gli allenamenti necessari per affrontare una sfida simile. Come terapeuti è importante, quindi, lavorare sulla scomposizione delle attività e sulle previsioni in relazione alle effettive riuscite.

Nella tabella (Tabella 7) si potranno scrivere le attività da svolgere facendo un primo ragionamento sui microstep da effettuare, ad esempio, se voglio pagare una bolletta alla posta ho bisogno di verificare quale è l’ufficio postale dove recarmi, che orari ha, dovrò controllare se ho sufficiente denaro per potere pagare, devo vestirmi e poi recarmi alla posta, prendere il numero di prenotazione e poi pagare e finalmente avrò svolto l’intera attività.

Per ognuna di queste attività [33] prevede una valutazione delle difficoltà e della soddisfazione, prevista ed effettiva, il tutto viene valutato in forma di percentuale. Il grado di difficoltà e quello di soddisfazione sono meramente soggettivi e, quindi, si favorirà un ascolto consapevole del paziente sul suo vissuto emotivo e allo stesso tempo gli si permetterà di comprendere la differenza tra ciò che prevede e ciò che poi sperimenta, così da lavorare parallelamente anche sulle previsioni catastrofiche. A volte i problemi pratici sono difficili e complessi da gestire anche per coloro che vivono un momento di vita con una dose minore di stress, tuttavia, per coloro che soffrono d’ansia o che vivono attacchi di panico è estremamente complesso risolvere dei problemi e imparare a gestirli con efficacia. Spesso, infatti, ciò che il cliente ansioso tende a fare è cercare la cosiddetta soluzione perfetta, rimanendo così incastrato in questa visione caratterizzata dall’impossibilità. In linea generale ciò che può essere davvero utile per il paziente è sapere che avere soluzioni perfette è difficile e che cercare con calma tra diverse possibilità può condurlo alla soluzione più opportuna, vivendo il tutto con meno ansia quando la metterà in atto.

Per questo è utile proporre un approfondimento dei processi del problem solving proposti ([29], p. 99; vedi Tabella 8).

Tabella 8 - Approfondimento dei processi di problem solving

Analizza la situazione problematica. Considera quali sono le soluzioni ovvie e dove si annidano le difficoltà.
 Considera alcune soluzioni ma valuta anche delle alternative.
 Metti alla prova diverse soluzioni, prima immaginandole e poi, se possibile, mettendole in pratica.
 Verifica ogni potenziale soluzione per vedere se è valida e se è più valida di altre soluzioni.
 Cerca soluzioni nuove e migliori, anche se alcune delle precedenti sembravano valide.
 Continua a dare per scontato che c'è almeno una soluzione possibile. Continua a cercare soluzioni alternative. Non arrenderti facilmente.
 Definisci una situazione che ti mette in difficoltà o ti genera stress come un problema che probabilmente si può risolvere.
 Fissa degli obiettivi realistici che possono risolvere o ridurre il tuo problema.
 Considera i vantaggi e gli svantaggi delle soluzioni che hai in mente.
 Quando trovi delle strategie e azioni interessanti per risolvere il problema, prova mentalmente.
 Fai degli esperimenti per verificare quella che ti sembra la soluzione migliore, valuta i risultati.
 Aspettati un certo grado di insuccesso e alcuni svantaggi anche per le soluzioni migliori.
 Anche se non riesci a trovare una buona soluzione, congratulati con te stesso e ricompensati per averci provato.

(da [29], p. 99)

Tra i vari interventi, centrali nel trattamento dei disturbi d'ansia, vi è anche la tecnica della respirazione profonda, detta anche diaframmatica. Durante un attacco di panico l'aumento di anidride carbonica nel nostro cervello porta a un aumento del livello di adrenalina responsabile di quella sensazione di pericolo imminente. Ecco, dunque, che la respirazione diventa una strategia essenziale anche a livello fisiologico, la respirazione profonda consentirà al cliente di eliminare l'anidride carbonica in eccesso [46]. Nel proporre questo tipo di strategie online è bene che il professionista mostri come avviene la respirazione profonda e chiedi al paziente di ripeterla, posizionandosi in modo da poterlo osservare nella sua intenzione ed eventualmente apportare delle correzioni. Il terapeuta potrà, inoltre, condividere strategie che permettano al cliente di apprendere come distogliere la sua attenzione dal panico. Si potrà proporre, ad esempio, di iniziare a contare, preferibilmente utilizzando anche le dita delle mani, in questo modo saranno coinvolti entrambi gli emisferi cerebrali (quello destro, sensoriale, che si attiva con il tatto, e quello sinistro, cognitivo, che si attiva con l'atto del contare). Quest'azione, apparentemente così semplice, può rivelarsi un'ottima strategia perché impedisce a livello pratico di seguire il pensiero ossessivo che non fa altro che alimentare il circuito dell'ansia.

Proponiamo, inoltre, alcune tecniche come "La meditazione di un minuto" (vedi Box operativo 1) e la tecnica del Body Scan (vedi Box operativo 2) che risultano essere molto pratiche e semplici da proporre anche durante una seduta online.

In particolare, la tecnica del Body Scan è una tipologia di meditazione che prevede la scansione del corpo attraverso diversi esercizi: visualizzazioni guidate, come, ad esempio, immaginare di avere un riflettore, o un teatro che illumina ogni parte del corpo, oppure più semplicemente "respirando dentro" il proprio corpo, scandendone ogni singola parte.

Questo esercizio permette di integrare la mente e il corpo in un'unità 'potente', spo-

stando l'attenzione nei vari distretti corporei e portando alla ribalta per un po' di tempo ogni zona sotto il riflettore di un'accoglienza consapevole e non giudicante. Il training aiuta a sviluppare la capacità di prestare attenzione e di mantenerla per un certo periodo di tempo e scoprire anche un particolare sapore della consapevolezza caratterizzato da un senso di dolcezza e di curiosità. La meditazione della scansione del corpo è meglio effettuarla da sdraiati.

Alcuni studi [47, 48, 49] effettuati negli ultimi decenni hanno dimostrato che meditare con regolarità rende più felici e con un grado di soddisfazione maggiore della media. Inoltre, ulteriori approfondimenti [50] sui singoli disturbi psichiatrici (come il disturbo d'ansia e la depressione) evidenziano come regolari sessioni di meditazione siano in grado di ridurre i livelli di ansia e di depressione, avendo un effetto importante anche sull'irritabilità del paziente. Una maggiore consapevolezza corporea ed emotiva, conseguente a training di meditazione e a sessioni di mindfulness, permettono di ottenere relazioni migliori e più appaganti [51].

Box operativo 1 - La meditazione di un minuto

Mettiti seduto/a eretto/a, come se un filo ti tirasse, se riesci mettiti con la schiena a una certa distanza dallo schienale in modo che la colonna vertebrale si tenga eretta da sola, piedi ben appoggiati a terra, chiudi gli occhi o abbassa lo sguardo se per te è ancora troppo faticoso stare ad occhi chiusi.

Concentra l'attenzione sul respiro che entra ed esce dal corpo, tieniti in contatto con le diverse sensazioni che ogni inspirazione e ogni espirazione ti dona.

Osserva il respiro senza giudicare ciò che accade, non occorre alterare in alcun modo la tua normale respirazione, devi soltanto porre attenzione e consapevolezza a ciò che fai quotidianamente.

Dopo un po' la mente potrebbe distrarsi, quindi, appena te ne accorgi, riporta delicatamente l'attenzione al respiro senza rimproverarti. Infatti, il fatto stesso di renderti conto che la mente si è distratta e di recuperare l'attenzione senza criticarti è essenziale per la pratica della meditazione di consapevolezza.

Forse la mente finirà per calmarsi, per somigliare a un quieto specchio d'acqua oppure no, qualsiasi cosa accada, accettala senza giudizio.

Se raggiungi una sensazione di tranquillità assoluta sappi che potrebbe essere solo transitoria.

Se ti senti arrabbiato/a o esasperato/a nota che anche questo stato d'animo potrebbe essere transitorio a sua volta.

Qualunque cosa accada permettere di essere così com'è e nient'altro.

Dopo un ciclo di altre dieci respirazioni riapri gli occhi e riprendi conoscenza della stanza in cui ti trovi.

(da [46], p. 131)

Anche quest'altra tecnica può essere utilizzata bene nelle sedute a distanza, sia video che telefoniche.

Box operativo 2 - Body Scan

Sdraiati sulla schiena e mettiti comodo/a in un luogo in cui sei al caldo e non vieni disturbato, puoi farlo sul letto, sul pavimento oppure su un materassino. Tieni a portata di mano anche una coperta.

Potrai trovare utile chiudere gli occhi, tuttavia se preferisci sentirti libero/a di tenere gli occhi aperti oppure di riaprirli in qualunque momento durante la meditazione se avverti che ti stai addormentando.

Concediti qualche momento per rivolgere la consapevolezza alle sensazioni fisiche nel corpo specialmente a quelle tattili o di pressione là dove senti il contatto con ciò su cui sei sdraiato, ad esempio la parte dorsale della schiena o la nuca.

A ogni espirazione lasciati affondare un po' di più nella superficie di appoggio, lasciandoti andare delicatamente.

Ricorda gentilmente a te stesso che questo è il momento di "risvegliarti" non di addormentarti, è il momento giusto per essere pienamente consapevole della tua esperienza così com'è non come pensi che dovrebbe essere, non cercare di modificare il modo in cui ti senti, non cercare di essere più rilassato/a o più calmo/a.

Lo scopo di questa pratica è portare consapevolezza a ogni singola sensazione che provi via via che concentri l'attenzione sistematicamente su ogni parte del corpo.

A volte forse non sentirai nulla se così limitati a prendere atto di questo, non c'è bisogno di cercare di immaginarsi sensazioni laddove non ne sentiamo alcuna.

Ora porta la consapevolezza su ciò che senti nell'addome, fermati alcuni respiri a percepire le sensazioni mentre inspiri ed espiri.

Concentra ora l'attenzione come se fosse un riflettore e portalo a scorrere tutto il corpo fermandoti sulle gambe, sui piedi per tutta la lunghezza fino alle dita.

Inspirando senti come il respiro possa entrare nei polmoni e poi scorrere nell'intero corpo attraversando le gambe per arrivare fino alle dita dei piedi. Senti il respiro che definisce dalle dita dei piedi, dalle gambe, dal tronco, ed infine esce dal naso.

Continua concentrandoti in questo modo per alcuni respiri, concentrandoti sulla parte inferiore del corpo, lascia che la consapevolezza si espanda al resto del piede, alle caviglie, alle ossa e alle articolazioni.

Ora poni attenzione alla parte inferiore delle gambe, risalì alle ginocchia e alle cosce, sposta l'attenzione alla zona pelvica, inguine, genitali, glutei, fianchi prendi consapevolezza della zona lombare dell'addome, del dorso e infine delle spalle e porta delicatamente l'attenzione sulle mani. Poi spostati delicatamente verso i polsi, gli avambracci, i gomiti, la parte alta delle braccia e le spalle, le ascelle, in seguito conduci la consapevolezza verso il collo, il volto, la mandibola, la bocca, le labbra, il naso, le guance, le orecchie, gli occhi, la fronte e infine avvolgi tutta la testa intera nella piena consapevolezza.

Quando prendi consapevolezza di qualche sensazione particolarmente intensa, per esempio, una tensione specifica in una zona del corpo, vedi che effetto ti fa respirarci dentro per esplorarla più a fondo.

Di tanto in tanto la mente si allontanerà dal respiro e dal corpo inevitabilmente ed è del tutto normale, tuttavia, quando te ne accorgi riconosci e con gentilezza prendi nota mentalmente di dove sono finiti i tuoi pensieri e riporta delicatamente la consapevolezza alla parte del corpo sulla quale intendevi concentrarla.

Dopo avere trascorso tutto il corpo in questo modo dedica alcuni minuti a prenderne consapevolezza come un tutt'uno, nella tua interezza.

(da [46], p. 101)

Altro aspetto sul quale è importante intervenire è il recupero graduale della libertà di muoversi autonomamente e di svolgere tutte quelle attività verso le quali il cliente agisce l'evitamento. Anche in questa fase del lavoro la terapia online permette al terapeuta di seguire il cliente passo dopo passo, nel guidarlo mentre si immerge gradualmente in quella situazione che teme potrà generargli nuovamente il panico [40]. Pensiamo al caso di una donna che ha il terrore di prendere l'ascensore da sola. Il terapeuta potrà proporgli, in un primo momento, di recarsi, con lui connesso telefonicamente, davanti all'ascensore. Successivamente si potrà guidare la paziente ad andare davanti all'ascensore stesso e chiamarlo, rimanendo semplicemente in attesa finché le porte non si apriranno. In tal modo si potrà arrivare, con la giusta gradualità

e con un lavoro successivo sui vissuti e sui pensieri prodotti, a chiedere alla donna di chiamare l'ascensore, entrarci e successivamente di fare un piano e così via. Questo esempio vuole sottolineare come, anche nei lavori più esperienziali, la terapia da remoto sia possibile ed efficace [52, 14].

Si potrà poi procedere lavorando su elementi storici che hanno reso vulnerabile il soggetto, in tale ottica sarà importante guidare il paziente nella ricostruzione della storia di vita, dei legami più significativi, delle relazioni sentimentali e sociali. Si potranno approfondire eventuali episodi traumatici, compresa la prima esperienza dell'attacco di panico [15].

In questa chiave tecniche come l'EMDR [53] possono essere altamente efficaci per sostenere il cliente nel difficile processo di elaborazione emotiva di tali eventi [54]. L'EMDR è un metodo psicoterapeutico strutturato in grado di facilitare il trattamento di diverse psicopatologie e di problemi legati a esperienze emotivamente intense e stressanti, così come a eventi profondamente traumatici.

Si tratta di un metodo interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 44 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie, dalla depressione all'ansia, così come dalle fobie al lutto.

La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR [53].

L'EMDR (ovvero, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio terapeutico che si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica, vissuta dal paziente, utilizzando i movimenti oculari, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per trattare disturbi legati direttamente alle esperienze traumatiche o particolarmente stressanti da un punto di vista emotivo [53].

Dopo una o più sedute di EMDR quello che accade e che i ricordi disturbanti, legati all'evento traumatico, vengono desensibilizzati e perdono, pertanto, la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento può essere molto rapido, indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento che si vuole elaborare. Il processo di desensibilizzazione avviene perché l'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta al cliente [53].

Ecco, quindi, che i pensieri intrusivi possono diminuire la loro potenza o persino sparire, è in tal modo che divengono più adattivi e le emozioni, così come le sensazioni fisiche correlate, si riducono di intensità.

Tale processo di elaborazione dell'esperienza traumatica permette al paziente di cambiare prospettiva, modificando le valutazioni cognitive su di sé, acquisendo emozioni più adeguate alla situazione ed eliminando, come dicevamo prima, le conseguenti reazioni fisiche [55].

Da un punto di vista clinico quello che si osserva è che, in seguito a un trattamento con EMDR, il cliente è in grado di discriminare con maggiore efficacia i pericoli

reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia e percepisce il ricordo dell'esperienza traumatica come una memoria appartenente al passato. La percezione dell'esperienza permette di vivere in modo più distaccato l'esperienza dolorosa, disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo.

Inoltre, il trattamento con EMDR può guidare il paziente a un cambiamento tale per il quale non presenterà più la sintomatologia propria di un disturbo post-traumatico da stress, come pensieri e ricordi intrusivi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento traumatico. Chiaramente in seguito a un trattamento simile il cliente ricorderà ancora l'evento, quello che cambia è che il contenuto sarà integrato in una prospettiva più adattiva.

Ma come proporre un trattamento EMDR online? Può il clinico intervenire con il paziente anche a distanza?

Ebbene sì, anche le terapie EMDR possono essere svolte senza la necessità di una presenza del clinico e del suo paziente nel medesimo luogo.

Infatti, sono nate negli ultimi anni diverse piattaforme in grado di offrire la possibilità di praticare l'EMDR online in modo sicuro e semplice, attraverso una videochiamata.

Tra queste la EDMR Platform è tra le prime piattaforme in cui le videochiamate e gli strumenti EMDR sono stati completamente integrati all'interno di una pagina web. Il professionista e il cliente possono usare tale piattaforma senza il bisogno di installare alcun software. Tale piattaforma risulta molto comoda e pratica poiché può essere utilizzata anche da smartphone o da tablet attraverso una app completamente gratuita.

Inoltre, il terapeuta, attraverso la EMDR Platform, ha la possibilità di controllare lo schermo del paziente senza la necessità di dovere utilizzare altri programmi.

Ma come funziona? la sessione ha inizio semplicemente attraverso l'invio, da parte del clinico, di un collegamento. Una volta che il cliente avrà cliccato sul link la sessione online avrà inizio. A questo punto al professionista appare una finestra nella quale può vedere il suo cliente in modalità conversazione e, se lo desidera, può convertire lo schermo del suo cliente nella modalità EMDR. Tale modalità è, infatti, dotata di molteplici funzioni e attività che mettono alla prova la memoria di lavoro del paziente, attraverso varie forme, colori e motivi imprevedibili della pallina EMDR. Il clinico ha, inoltre, la possibilità di caricare delle foto di sfondo, l'esperienza clinica ha, infatti, dimostrato che offrire all'osservazione del paziente delle immagini neutre, legate al suo vissuto traumatico, combinate simultaneamente con altri stimoli distraenti sia molto efficace.

Tra le piattaforme EMDR online ricordiamo anche la remotEMDR. Attualmente molti terapeuti EMDR di tutto il mondo utilizzano la remotEMDR, trattandosi di una piattaforma ricca di funzionalità che consente di fornire ai clienti il più alto livello di assistenza, con sessioni online ma anche di persona.

Ma come funziona remotEMDR? Tale piattaforma unisce la chat video conforme alle norme HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) con la stimolazione bilaterale controllata dal terapeuta, creando in tal modo una preziosa ri-

sorsa per la terapia EMDR online.

Anche nel caso della stimolazione in EMDR da remoto è necessario sottolineare la necessità di un continuo aggiornamento degli strumenti adottati perché in breve tempo potrebbero subire ulteriori perfezionamenti e modifiche [56]. Spesso si dice che chi non cambia è destinato a scomparire [14], tale affermazione racconta l'importanza di accogliere i mutamenti che ogni epoca porta con sé a livello sociale, culturale ed economico sottolineando come cambia l'organizzazione del sistema sociale e come gli individui costituiscono la propria identità intorno alla partecipazione a comunità virtuali [57].

4. Conclusioni

La terapia da remoto è una delle modalità con le quali psicologi e psicoterapeuti possono lavorare. Alcune ricerche [58, 59, 60] hanno portato a risultati che comparano in modo positivo l'efficacia della terapia che avviene per mezzo delle nuove tecnologie con quelle face to face. Come già sottolineato, sarà necessario mantenere il focus del proprio lavoro terapeutico sull'idoneità del cliente e la tipologia della problematica presentata.

Diversi studi, condotti nel corso degli ultimi anni, hanno dimostrato quanto la psicoterapia online sia fortemente consigliata per i pazienti con disturbi alimentari [61], depressione e ansia [62], così come per i disturbi ossessivi compulsivi [63]. In molti casi, l'associazione tra farmaci e psicoterapia si è rivelata più efficace [64, 65].

In questo articolo abbiamo voluto dare rilievo al disturbo di ansia generalizzato e al disturbo di attacco di panico in modo da fornire adeguati strumenti a tutti i professionisti che si interfacciano nella strutturazione di una efficace relazione terapeutica online.

Vi sono diversi orientamenti psicoterapeutici e molteplici modalità attraverso le quali gestire quelli che sono i comportamenti e i pensieri ansiosi, tuttavia, ad oggi non potevamo non includere gli strumenti forniti dalla teoria cognitivo comportamentale a distanza.

Nell'ultima parte ci siamo soffermati sull'EMDR, una delle tecniche utilizzate per elaborare i vissuti traumatici, anche in presenza di Disturbi d'ansia e depressione, tuttavia, una nuova particolarità di questo orientamento è proprio l'utilizzo di tale tecnica su piattaforme in remoto.

In conclusione, l'utilizzo di diverse tecniche a seconda del cliente e del bisogno del paziente può garantire una gestione ottimale dello stato ansioso e degli attacchi di panico nonché una comprensione approfondita del processo emotivo in atto.

Sembra promettente la possibilità di trattare alcuni disturbi, quali ad esempio quelli legati alla condizione ansiosa, attraverso un intervento a distanza o anche Misto, in cui una parte del lavoro potrebbe essere fatta nelle sedute in presenza e altra parte in incontri 'distanza'.

BIBLIOGRAFIA

1. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman S., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), pp. 8-19.
2. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), pp. 593-602.
3. AA.VV. (2020a, June 3). eHealth Network, Summary report. *17th e HealthNetwork meeting*, Brussels.
4. AA.VV. (2020b, March 18). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. *Document*, World Health Organization.
5. Carriero, C. (2020). *Smart working: Tool e attitudini per gestire il lavoro da casa e da remoto*. Milano: Hoepli.
6. Suler, J. (2001). The Future of Online Clinical Work. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4, pp. 265-70.
7. Suler, J. (2006). *The psychology of cyberspace*. www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html
8. McWilliams, N. (2020, April 5). *Psychotherapy in a Pandemic*. www.researchgate.net/publication/342491996.
9. Catz, B. et al. (2020). *Fear of lockdown. Psychoanalysis, pandemic discontents and climate change*. Lecce: Frenis Zero.
10. Bloom, J.W. (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26, 1, pp. 53-59.
11. Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A.P. et al. (2020). Recommendation for Policy and Practice of Telepsychotherapy and E-Mental health in Europe and Beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), pp. 160-173, (DOI: 10.1037/int0000218).
12. Vargiu, N. (2021). *Psicologia online: un'opportunità d'innovazione*. Dueville: Ronzani RES.
13. Algeri, D., Gabri, S., Mazzucchelli, L. (2018). *Consulenza psicologica online. Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti: Firenze.
14. Iannazzo, A., Leoni, F., Ciufò, P. (2022). *Psicoterapia online, come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
15. Laliotis, D. (2020, November/December). Trauma and Teletherapy: discerning our clients' needs, *Psychotherapy Networker*. New York: Routledge.
16. Leoni, F. (2021, novembre). Psicoterapia online. Efficienza e risorse del servizio. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.
17. Leoni, F., Ciufò, P. (2021). Psicologia online. Costruzione del setting e pratica clinica. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.
18. Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, pp. 296-321.
19. Norton, P.J., Price, E.P. (2007). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, pp. 521-531.
20. Burns, D.D., Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford Press.
21. Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: W.W. Norton & Company.
22. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie Integrate* (nuova ed.). Milano: Masson.
23. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A. (2021). *Manuale. Psicoterapie Pluralistiche Integrate*. Roma: Armando.
24. Norton, P.J., Philipp, L.M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), pp. 214-

226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>[https](https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214).
25. Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18 (5): pp. 459-482. doi:10.1002/cne.920180503.
26. Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
27. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston (MA): Butterworths.
28. APA (American Psychiatric Association) (2014). *DSM-5 – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi di personalità* (5^a ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. or. 2013).
29. Ellis, A., (2013). *Che ansia! Come controllarla prima che lei controlli te*. Trento: Erickson.
30. Rogers, C. (1977). *La terapia centrata sul cliente*. Roma: Astrolabio (ed. or. 1951).
31. Ellis, A., (1996). *Sex Without guilt* (new ed.). Pennsylvania State University: Wilshire Book Company
32. Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.
33. Burns, D.D. (1980). *Sentirsi bene*. Milano: Mondadori.
34. Yellowlees, P., Nakagawa, K., Pakyurek, M. et al. (2020, July). Rapid conversion of an outpatient Psychiatric Clinic to a 100% Virtual Telepsychiatric Clinic in response to COVID-19. *Technology in Mental Health* (DOI:10.1176/appi.ps.202000230).
35. Zhao, X., Bhattacharjee, S. (2020). The impact of telemental health use on healthcare costs among commercially insured adults with mental health conditions. *Current Medical Research and Opinion*, 36 (9): pp. 1541-1548.
36. Suler, J. (2017). Psychoanalytic Cyberpsychology. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 14, pp. 97-102.
37. Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology and Behavior*, 7, pp. 321-6.
38. Christ, C., Schouten, M.J., Blankers, M. et al. (2020). Internet and Computer-based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (9), e17831, (DOI: 10.2196/17831).
39. Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCarin, Geoghen Inc.
40. Beck, A.T., Emery, G. (1988). *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*. Roma: Astrolabio.
41. Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and Therapy*, 24, pp. 461-470.
42. Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, J.D. Maser (Eds.). *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
43. Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Gelder, M.G., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P. et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand, H.U., Wittchen (Eds.). *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer-Verlag.
44. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
45. Rees, C.S., MacLaine, E. (2015). A Systematic Review of Videoconference Delivered Psychological Treatment for Anxiety Disorders. *Australian Psychologist*, 50, 4, pp. 259-264.
46. Williams, M., Penman, D. (2014). *Metodo Mindfulness. 56 giorni alla felicità. Il programma di meditazione che ha liberato dall'ansia e dallo stress milioni di persone*. Milano: Mondadori.
47. Ivanowsky, B., Malhi, G.S. (2007). The Psychological and Neurophysiological Concomitants of Mindfulness Forms of Meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, pp. 76-91.
48. Shapiro, S.L., Oman, D., Thoresen, C.E., Plante T.G., Flinders T. (2008). Cultivating Mindfulness. Effects on Well-Being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), pp. 840-62.
49. Shapiro, S.L., Schwatz, G.E., Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, pp. 581-99.
50. Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Kreitemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, pp. 27-45.

51. Hick, S.F., Segal, Z.V., Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
52. Iannazzo, A. (a cura di) (2021, novembre). Consulenza e formazione online. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 11. Roma: Aspic.
53. Shapiro, F. (2019). EMDR. *Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Cortina.
54. Zaccagnino, M., Callera, C. (a cura di) (2022). *Terapia EMDR. Attaccamento, concettualizzazione del caso e lavoro con le parti del Sé*. Trento: Erickson.
55. Croitoru, T. (2020). *Emdr Revolution. Cambiare la propria vita un ricordo alla volta*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
56. Manfrida, G., Albertini, V., Eisenberg, E. (2020). *La clinica e il web: Risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online*. Milano: Angeli.
57. Bauman, Z. (2000). *Modernità liquida*. Bari: Laterza.
58. Mizrahi, C. (2017). The analyst's closeness in long-distance psychoanalysis. In J. Sharf (Ed.), *Psychoanalysis online* 3, pp. 65-83. London: Karnac.
59. Blumer, M., Hertleink, M., Vanderbosch, M. (2015). Towards the development of educational core competencies for couple and family therapy technology practices. *Contemporary Family Therapy*, 37, pp. 113-21.
60. Wagner, B., Horn, A., Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152, pp. 113-121.
61. Wagner, C.S., Park, H.W., Leydesdorff, L. (2015). *The Continuing Growth of Global Cooperation Networks in Research: A Conundrum for National Governments*. Leuven, Belgium: Wolfgang Glanzel, Katholieke Universiteit.
62. Cho, S., Schalet, B., Cook, K. F., Cella, D. (2014). Establishing a Common Metric for Depressive Symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression. *Psychological Assessment*, 26, 2, pp. 513-27.
63. Yuen, E.K., Gros, D.F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P.W., Foa, E.B., Acierno R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 6, pp. 500-12.
64. Bandelow, B., Michaelis, S., Wedekind, D. (2017, Jun). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2): 93-107 (DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow).
65. Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S., Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212, pp. 333-338.

SITOGRAFIA

<https://emdr.it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)

<https://emdr-platform.it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)

<https://www.psicologiapathos.it/lo-stress-conosciamolo-meglio/> (ultimo accesso, 21-09-2022)

<https://www.remotemdr.com/it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Un'applicazione dell'approccio pluralistico integrato nei Disturbi Alimentari: il trattamento di gruppo breve, intensivo, blended

Antonio Iannazzo¹, Enrichetta Spalletta¹

¹ A.S.P.I.C



Citation

Iannazzo A., Spalletta E. (2022).
Un'applicazione dell'approccio
pluralistico integrato nei Disturbi
Alimentari: il trattamento di gruppo
breve, intensivo, blended
Phenomena Journal, 4, 166-190.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.169>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Iannazzo
antonio.iannazzo1@gmail.com

Ricevuto: 17 ottobre 2022

Accettato: 5 dicembre 2022

Pubblicato: 5 dicembre 2022

ABSTRACT

The present work proposes an example of integrated pluralistic treatment with people suffering from Eating Disorders, declined as follows: short, intensive, multidisciplinary, group, blended, step by step. It starts from the consideration of the transdiagnostic characteristics of the Eating Disorders, identifying general and specific factors, on which the intervention focuses to proceed with its implementation, to get to build a group outpatient treatment plan in 38 weeks (40 including two follow-ups). The work implies: the selection of patients who can use the group setting with the characteristics proposed by the treatment; the focus of cycles of experiential workshops on *cre-active* psycho-education, on the recovery of a healthy relationship with food, weight, the body, on the regulation of interpersonal relationships and the identification of one's own body identity. Intensive work is done face-to-face and online. The goal is to offer users an effective service, with low costs and a frequency compatible with the performance of normal daily activities. The treatment can also be integrated into individual and/or long-term individual psychotherapy.

KEYWORDS

Eating Disorders, Integrative Treatment, Blended Treatment, Multidisciplinary Treatment, Individual and Group Treatment.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro presentato propone un esempio di trattamento pluralistico integrato con persone che soffrono di Disturbi Alimentari, declinato come segue: breve, intensivo, multidisciplinare, di gruppo, blended. Parte dalla considerazione delle caratteristiche transdiagnostiche dei Disturbi dell'Alimentazione, individuando fattori generali e specifici, su cui l'intervento si focalizza per procedere alla sua realizzazione, per arrivare a costruire un piano di trattamento ambulatoriale di gruppo in 38 settimane (40 comprendendo due follow up). Il lavoro implica: la selezione dei pazienti che possono usufruire del setting gruppal con le caratteristiche proposte dal trattamento; la focalizzazione di cicli di laboratori esperienziali sulla psico-educazione *cre-attiva*, sul recupero di un sano rapporto con il cibo, il peso, il corpo, sulla regolazione delle relazioni interpersonali e l'individuazione della propria identità corporea. Il lavoro intensivo viene svolto in presenza e *online*. L'obiettivo è quello di poter offrire all'utenza un servizio efficace, con costi contenuti e una frequenza compatibile con lo svolgimento delle normali attività quotidiane. Il trattamento è, inoltre, integrabile in percorsi individuali e/o a lungo termine.

PAROLE CHIAVE

Disturbi Alimentari, Trattamento Integrato, Intervento Blended, Intervento Multidisciplinare, Trattamento individuale e di gruppo.



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

Introduzione

Le manifestazioni problematiche e le patologie conclamate, connesse alla sfera dell'alimentazione, hanno subito una imponente diffusione in questi anni di pandemia. I dati più recenti, infatti, relativi a un'indagine conclusasi a febbraio 2021, basata sull'incrocio di diversi flussi informativi analizzati dal Consorzio interuniversitario CINECA, confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Il carico assistenziale globale dei nuovi casi e casi in trattamento è stato rilevato nel 2020 nel numero di 2.398.749 pazienti, un dato sottostimato poiché esiste in questa patologia una grande quota di pazienti che non arriva alle cure. I dati dell'indagine rivelano anche un ulteriore abbassamento dell'età di esordio: il 30% della popolazione ammalata è sotto i 14 anni e una maggiore diffusione nella popolazione maschile (nella fascia tra i 12 e 17 anni comprende il 10%) [1].

Secondo la definizione del DSM-5 [2] i disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti inerenti all'alimentazione, che portano ad un alterato consumo o assorbimento di cibo, tali da compromettere significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale.

Il loro situarsi nell'intersezione tra corpo, mente e cultura, ne definisce e ne determina la variazione nel corso dei tempi. Oggi, l'attribuzione di valore alla magrezza come garanzia di felicità e successo sta facendo spazio alla programmazione sistematica e al controllo di azioni che mantengano un corpo forte e indipendente, estremizzato nella vigoressia, o un corpo sano che si nutre solo di alimenti assolutamente "sani". La fobia di un cibo-Mondo/Altro (altro da sé, fuori da sé) pericoloso e tossico si trasforma in ricerca ossessiva di cibi considerati sani, come nell'ortoressia (attenzione ossessiva all'alimentazione sana).

"La loro (dei Disturbi Alimentari) declinazione orto-vigoressica ci parla di una nuova femminilità ispirata da nuovi valori identitari: (...) sono comparse giovani Amazzoni impavide e determinate, apparentemente invincibili, e tuttavia debilitate da una ferita identitaria profonda che ne inibisce le potenzialità, ispirandone i comportamenti autolesivi" [3] (p.9).

Le condotte alimentari mutano nel corso della vita, facilmente vediamo ragazze in origine restrittive, passare a comportamenti bulimici con o senza azioni compensatorie. Il transito è più frequente dall'iper-controllo all'impulsività, anche se non mancano transizioni in senso contrario.

Sono disturbi seri e complessi, perché coinvolgono i diversi piani dell'esistenza e riguardano profondamente tutto il funzionamento della persona. Vissuti ed esperienze relativi al corpo, alla mente, alle emozioni, alla vita relazionale e affettiva, risultano oggetto di dispercezione, si esprimono con pensieri ossessivi e agiti compulsivi che attivano e rinforzano circuiti interattivi invalidanti.

1. Le visioni ateoretiche delle classificazioni diagnostiche, l'evoluzione dimensionale del DSM-5 e l'esperienza clinica

I disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti (azioni), pensieri (convin-

zioni disfunzionali, errori cognitivi; deficit metacognitivi), emozioni (disregolazione, alessitimia...) specifici, espressi come:

- ☐ eccessiva preoccupazione per il proprio peso e per la propria forma fisica;
- ☐ alterazioni del consumo di cibo (calo/eccesso/alternanza restrizione-eccesso);
- ☐ diete ripetute e/o abbuffate;
- ☐ comportamenti di compenso (vomito, abuso di diuretici, lassativi o pillole per dimagrire).

Le classificazioni diagnostiche basate su premesse ateoretiche, permettono a studiosi di diversi orientamenti e approcci, di dialogare, cercando un linguaggio comune (Senza dimenticare i manuali diagnostici psicodinamici, PDM, la cui impostazione teorica è, invece, dichiarata).

Il DSM-5 ha introdotto nelle varie categorie diagnostiche l'indice di gradualità con cui un sintomo o un disturbo compaiono, oltre ad aver stabilito parametri dimensionali nella valutazione del funzionamento della personalità [4].

Il grado di severità lieve, moderato, grave, o lo stato del disturbo nel processo di remissione, riguarda anche i Disturbi Alimentari (Tab.1).

Tabella 1- Criteri diagnostici dei Disturbi Alimentari

Anoressia Nervosa

Colpisce circa tre donne su mille, il rapporto tra donne e uomini colpiti è di 9 a 1.

Esordisce tra i 12 e i 25 anni e si esprime nella cultura occidentale e in quelle occidentalizzate.

È distribuita omogeneamente nelle classi sociali.

Si rileva più frequentemente nel mondo della moda e della danza e degli sport in cui la forma corporea e il peso rivestono una condizione per l'attività (danza classica, nuoto sincronizzato, ginnastica artistica...).

Criteri Diagnostici (DSM-5):

A Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso.

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo

Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare se:

-in remissione parziale (Criterio A soddisfatto; criteri B e C non ancora soddisfatti)

-in remissione completa: nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del

grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderato: Indice di massa corporea $16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: Indice di massa corporea $15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia Nervosa

Colpisce una donna su cento, si verifica un aumento esponenziale della frequenza del disturbo nel corso degli anni.

Il rapporto in cui colpisce le donne rispetto agli uomini è di 9 a 1.

L'età di esordio si colloca tra i 12 e i 25 anni

È più rara dell'anoressia nelle culture non occidentali/occidentalizzate, è distribuita omogeneamente nelle varie classi sociali.

Il peso è normale, o c'è un lieve sottopeso, o un lieve sovrappeso, è raro un grande sovrappeso (con un BMI oltre 18,5 non è AN).

Criteri Diagnostici (DSM-5):

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che

la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Specificare se:

-in remissione parziale

-in remissione completa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può

essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Binge Eating Disorder (BED)

Colpisce il 2-5% della collettività e il 5-8% degli obesi il rapporto donne/uomini è di 3 a 2.

Più elevato è l'eccesso ponderale, maggiore è la prevalenza di BED (BMI 25-28: BED 10% - BMI oltre 40: BED 40%).

È correlato all'insorgenza precoce di obesità, alle ripetute diete ed è presente un'elevata familiarità per l'obesità.

Le principali comorbidità psichiatriche sono: la depressione maggiore, i disturbi d'ansia, gli attacchi di panico, l'abuso di sostanze, i disturbi di personalità borderline ed evitante).

Criteri Diagnostici (DSM-5):

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella

che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale

2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno

3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati

4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando

5. Sentirsi disgustato di sé stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa.

Specificare se:

-in remissione parziale

-in remissione completa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo

conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana

Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana

Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana

Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Sindromi parziali o subcliniche /subliminali, molto frequenti nella pratica clinica.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica della nutrizione o dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione o dell'alimentazione.

Per esempio:

Anoressia Nervosa Atipica: sono soddisfatti tutti i criteri tranne la perdita di peso, che può essere all'interno o supera il range del normopeso.

Bulimia Nervosa (a bassa frequenza e/odi durata limitata): soddisfatti i criteri BN, tranne che le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.

Binge Eating Disorder (a bassa frequenza e/odi durata limitata): soddisfatti i criteri BED, tranne che le si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.

Disturbo da condotta di eliminazione: ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo, in assenza di abbuffate.

Sindrome da alimentazione notturna: ricorrenti episodi di alimentazione notturna, dopo risvegli o dopo il pasto serale. L'alimentazione notturna causa significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione non sono meglio spiegati dal BED o a altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

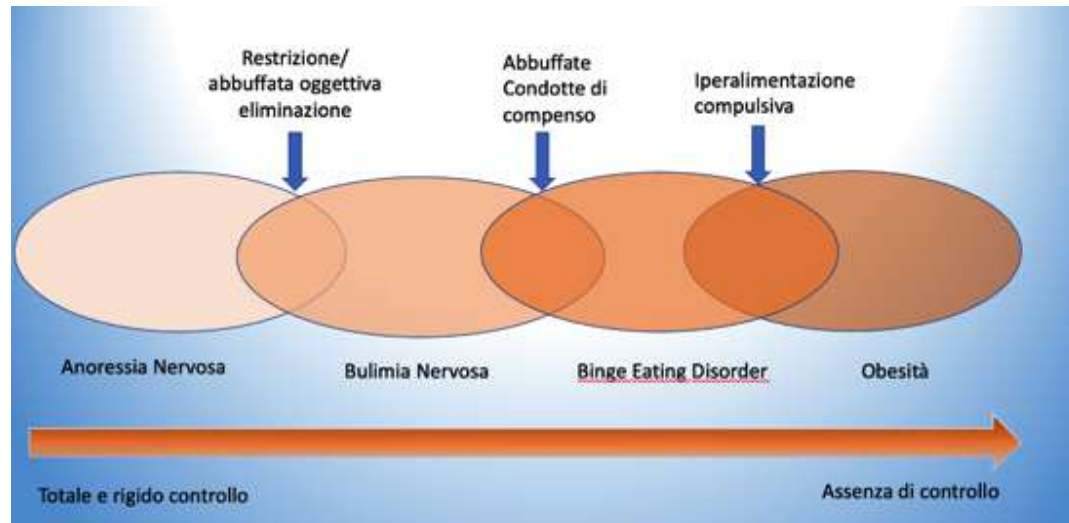
Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica della nutrizione o dell'alimentazione. Questa categoria è utilizzata quando il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per un determinato disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni per cui non sono dati insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

A queste classificazioni si uniranno, a breve, vigoressia e ortoressia, i nuovi volti dell'anoressia.

Assistiamo a una proliferazione e frammentazione di categorie diagnostiche, in cui compaiono descrizioni sempre più accurate delle diverse sindromi, che consentono di confrontare dati e studi, ma si scontrano con la scarsa fruibilità clinica delle classificazioni diagnostiche.

A fini illustrativi possiamo immaginare che le diverse manifestazioni dei Disturbi Alimentari abbiano delle zone di contiguità e sovrapposizione l'una con l'altra, lungo l'asse del controllo, inteso come un parametro significativo nell'espressione delle condotte alimentari (Fig. 1). Nello schema compare anche l'obesità, non perché sia di per sé un disturbo dell'alimentazione, ma per la frequenza con cui si manifesta in casi di alimentazione incontrollata.

Fig. 1 - Aspetti di continuità tra Disturbi Alimentari



La classificazione diagnostica del DSM-5 va comparata con la realtà clinica, dalla quale emerge che:

- le categorie diagnostiche “disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione” risultano le più comuni manifestazioni cliniche
- esiste una migrazione notevole tra categorie diagnostiche
- le categorie diagnostiche presentano scarse indicazioni prognostiche e tera-

peutiche

Per questi motivi, sin dai primi anni 2000, i ricercatori del gruppo di Fairburn e Bohn [5] del centro CREDO di Oxford propongono un modello transdiagnostico, in cui i disturbi dell'alimentazione compaiono senza suddivisioni.

In effetti quello che colpisce è che le diverse categorie diagnostiche condividono la maggior parte delle loro caratteristiche cliniche:

- l'eccessiva valutazione di sé in relazione al peso e alle forme corporee (psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione) e/o controllo eccessivo dell'alimentazione e una relativa marginalizzazione delle altre aree della vita;
- abitudini alimentari disturbate (discontrollo/ipercorretto del cibo, del peso, delle forme corporee);
- conseguenze sul piano della salute fisica e/o psicosociale delle abitudini disturbate relative al cibo, al peso, alle forme corporee;
- frequenti comorbidità psichiche: quadri depressivi, ansiosi, disturbi di personalità.

E ancora:

“Le due principali patologie (anoressia e bulimia) rappresentano oggi gli estremi di un continuum fenomenologico, lungo il quale trovano posto tutta una serie di configurazioni intermedie, ibride, passibili di un'esistenza autonoma rispetto ai disordini “ufficiali”, e non necessariamente di essi predittive. Le diverse manifestazioni (...) sono divise da una soglia puramente quantitativa lungo una scala di severità clinica” [6] (p.14).

Quasi tutte le persone con disturbi alimentari e del peso hanno in comune alcune caratteristiche: una percezione di sé e del corpo negativa e in molti casi distorta, un basso concetto di sé, una scarsa autostima e un senso d'identità indefinito. Il corpo risulta un terreno “favorevole” su cui depositare e far crescere autosvalutazioni che hanno radici ben più profonde che nell'immagine apparente.

I pazienti, pur se intrattengono spesso amicizie e rapporti sociali, hanno in genere difficoltà a stabilire relazioni intime e tendono a dipendere dall'ambiente esterno per avere conferme e sicurezze. Questo tratto di dipendenza può manifestarsi anche attraverso comportamenti esplicitamente opposti, come quelli contro-dipendenti e/o oppositivi.

A livello psicologico presentano:

- difficoltà nella sfera dei sentimenti (inibiti/drammatizzati)
- confusione enterocettiva
- percezione alterata dello stimolo della fame e del senso di sazietà (con correlati neurofisiologici),
- difficoltà nella distinzione tra stimoli interni ed esterni, sia nel corretto riconoscimento delle proprie emozioni e sensazioni, sia nel sistema di attribuzione di significato agli eventi.

Soffrono fondamentalmente di alessitimia: hanno difficoltà a riconoscere i propri stati interni (fame, sazietà, senso di vuoto), ad esplorare il proprio mondo interiore,

presentano scarse competenze nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni. Tale carenza priva queste persone di una importante fonte di informazione sul proprio stato di benessere e sui propri desideri e bisogni, ostacolando la creazione di confini stabili con gli altri e incrementando la dipendenza dall'ambiente esterno per aver conferme e sicurezze [7].

Le condotte alimentari disfunzionali si esprimono con:

- Dipendenza (*locus of control* esterno, introiezione acritica)
- Ritiro sociale (fino alla fobia sociale)
- Depressione (che precede/accompagna il DA e ne viene aggravata)
- Disinvestimento della sfera relazionale e sessuale (iperinvestimento della razionalità) con la paura di acquisire la propria maturità sessuale, la propria identità individuata.

Le condotte alimentari disfunzionali si perpetuano attraverso:

- Errori di pensiero (Irrazionali, disfunzionali...)
- Errori cognitivi (assolutismi, pensiero dicotomico, doppio standard, selettività, ecc.)
- Deficit metacognitivi
- Disregolazione relazionale, emotiva, comportamentale, mentale (Fig. 2).

Fig. 2 - Aspetti della disregolazione nei Disturbi Alimentari



Da un punto di vista gestaltico le persone che soffrono di Disturbi Alimentari, manifestano un debole senso di sé, confini disturbati (irrigiditi/confusi/confluenti); una funzione Es perturbata (carenza percettiva dei bisogni e delle emozioni, carente autoregolazione organismica); la funzione IO non sviluppata (scarsa definizione dei bisogni e non identificazione con essi) e un deficit di assimilazione in divenire delle esperienze (funzione Personalità). Viene inoltre adottato un uso massiccio delle interruzioni del contatto.

La guarigione passa attraverso l'accettazione del sintomo, considerato come un tentativo di adattamento, la responsabilità personale del sintomo ("è una faccenda che mi riguarda" e io posso fare qualcosa), il recupero della consapevolezza sensibile, nell'integrazione sempre più continua tra modi top-down e bottom-up [8].

2. Caratteristiche di integrazione che contraddistinguono il trattamento breve proposto:

Assunti alla base del trattamento proposto:

1. Sulla base degli aspetti che accomunano i disturbi il trattamento si focalizza sui fattori di mantenimento dei disturbi stessi
2. Come la malattia coinvolge il corpo, il comportamento, la mente, gli affetti, le relazioni, così il trattamento affronta i vari aspetti: dalle complicanze fisiche, alle alterazioni del comportamento alimentare, all'insoddisfazione fisica, alle ossessioni, alle co-morbilità psichiatriche, ai problemi emozionali, alle difficoltà relazionali (Fig. 3).
3. La metodologia è basata sull'attraversamento esperienziale, sull'imparare a stare nel fluire dei vissuti, mettendo in atto quanto si vuole apprendere e assimilare.
4. I laboratori psicoeducativi esperienziali integrati, parte dell'autosostegno psicoeducativo, propongono contenuti di conoscenza e informazione e attivazioni pratiche che facilitano il passaggio delle informazioni, anche quando proposti nella modalità a distanza.

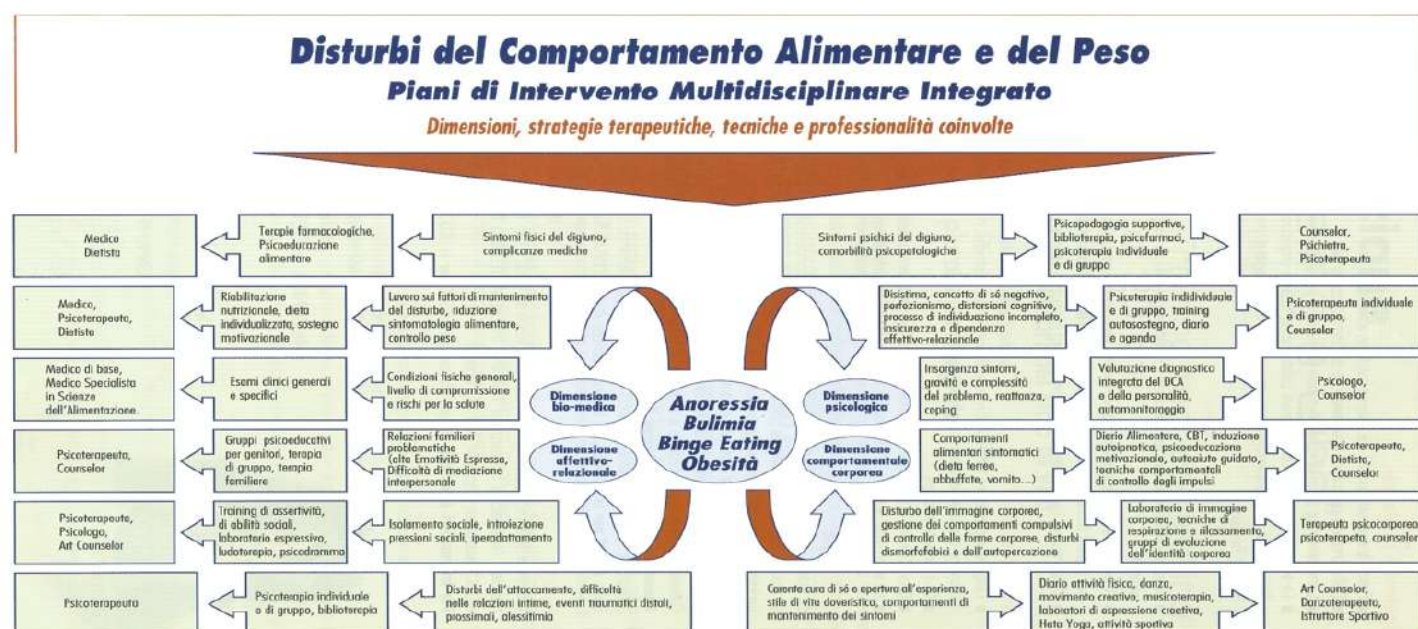


Fig. 3 - Piani di intervento multidisciplinare integrato nei Disturbi Alimentari

Numerosi studi e ricerche attestano l'efficacia della psicoterapia breve [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Nello specifico il trattamento breve intensivo proposto a livello ambulatoriale (Figg. 3-4; Tab. 2):

- ha un andamento articolato in fasi ed è multidimensionale;
- viene condotto da figure professionali provenienti dall'ambito psicologico-psichiatrico e da quello medico-nutrizionale;
- è accompagnato all'autosostegno psicoeducativo e sostenuto nel tempo dall'auto-aiuto [15, 16, 17, 18, 19, 20];
- utilizza la metodologia esperienziale e l'apprendimento attivo per facilitare il cambiamento e il consolidamento dei nuovi comportamenti;
- è focalizzato sull'integrazione del piano emotivo nei processi mentali e nelle scelte comportamentali [15, 21, 22, 23];
- applica tecniche pluralistiche per elaborare sul piano personale le tematiche dell'identità corporea [24, 25, 26, 27] dell'autoregolazione, dell'autovalutazione e dell'autostima e, sul piano affettivo-relazionale, mira alla regolazione della giusta distanza ecologica interpersonale;
- è un intervento Blended, avvalendosi anche dell'ausilio dell'online [28, 29];
- prevede un impegno che, anche nelle fasi iniziali prevede una frequenza che non va oltre le due volte settimanali;
- si traduce in un costante lavoro di équipe dei professionisti impegnati, i quali condividono visione e modalità operative. Il lavoro può essere condotto in una stessa sede o in modalità "diffusa". Il confronto e la supervisione degli operatori sono settimanali.

2.1 Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti nel piano di trattamento

Criteri di inclusione

Sulla base di indicazioni della letteratura [12, 13, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36] le persone che possono, con vantaggio prevedibile, essere inserite nel programma breve intensivo di gruppo devono:

- avere una *buona consapevolezza del problema cruciale* (le persone con problemi gravi e numerosi potrebbero non risultare adatte alla terapia breve; inoltre la capacità di un cliente di identificare e articolare un problema centrale è spesso segno di una certa forza dell'Io).
- un livello alto di *motivazione al cambiamento*
- *Buona Capacità di mentalizzazione*. Ci si riferisce al grado di consapevolezza che il paziente ha dei propri pensieri, convinzioni, desideri e bisogni; alla capacità di guardarsi dentro e identificare anche in sé l'origine dei propri problemi, non attribuendo le proprie difficoltà al mondo esterno, colpevolizzando gli altri e l'ambiente; alla capacità di sintetizzare e integrare i vari frammenti di informazioni, di riflettere sulle loro connessioni per sviluppare una spiegazione significativa sui sintomi e difficoltà interpersonali [32].
- *Coraggio di affrontare realtà dolorose*. Ci si riferisce alla capacità di contattare

e parlare di situazioni, pensieri, emozioni che provocano tristezza, disagio, rabbia, vergogna e sensi di colpa. La presenza immediata di tale requisito appare assolutamente essenziale per questo tipo di approccio, altrimenti la terapia, concentrata in tempi molto brevi, non risulta assolutamente possibile (dati i tempi, infatti, si deve lavorare sul problema e non ci si può permettere di impiegare troppo tempo ad aiutare il paziente a riconoscere l'esistenza del problema e ad affrontare le emozioni connesse).

- *Discrete Capacità relazionali*. Ci si riferisce alla costanza oggettuale del paziente, alla capacità di percepire gli altri come oggetti interi, senza mettere in atto processi di scissione *troppo accentuati* (idealizzazione/svalutazione), di tollerare l'assenza degli altri al fine di poter creare una relazione terapeutica che consenta di definire una piattaforma comunicativa comune e condivisa.

- *Buon livello di funzionamento intellettuale*. Questo tipo di approccio è possibile con persone dotate di un buon livello di intelligenza astratta che favorisce la capacità di pensare per metafore e analogie che consentano connessioni tra i vari livelli di astrazione [32].

- *Presenza di una minima rete sociale di supporto*. Questo aspetto consente di promuovere e "agganciare" immediatamente il cambiamento del paziente ad altri più o meno significativi che possano supportarlo (in forma diretta o indiretta) nel processo di apprendimento socio/affettivo che si verifica nelle diverse declinazioni delle esperienze gruppali proposte.

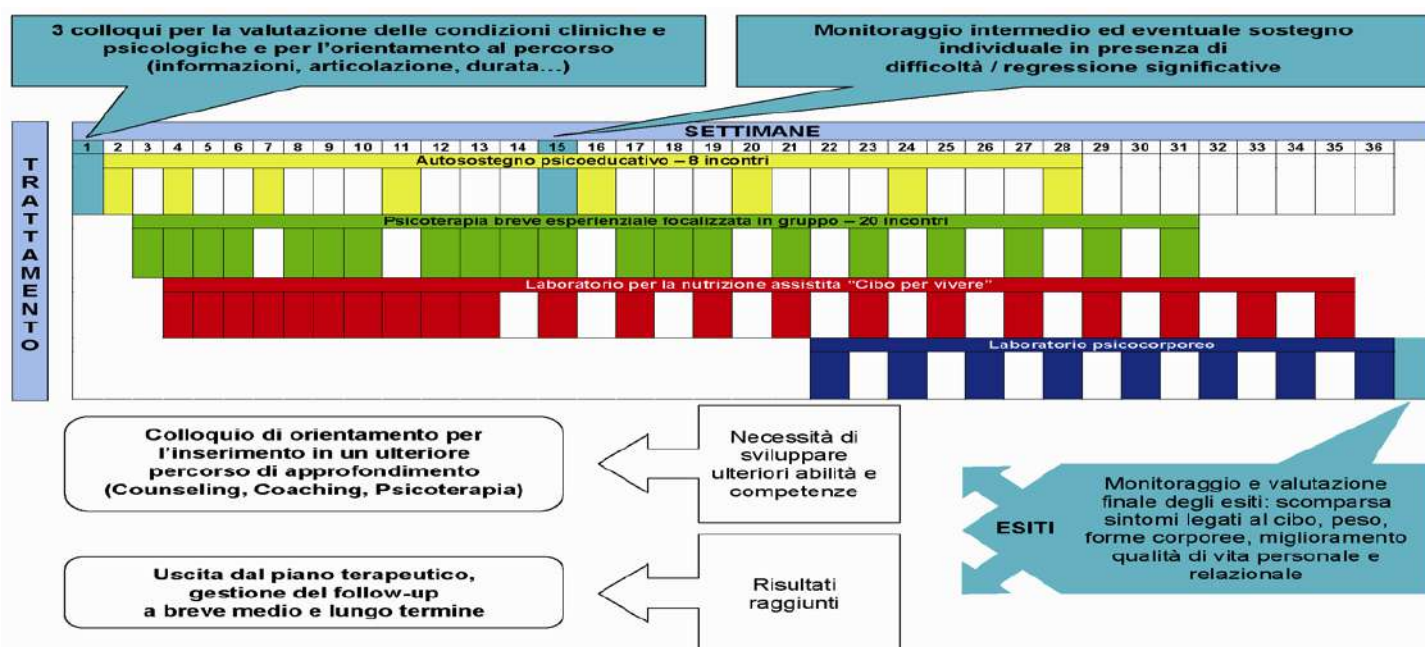
Criteri di esclusione

- Pazienti con scarsa o nulla motivazione al cambiamento, reattanti, con forte resistenza all'alleanza;
- Pazienti con elevata con labilità emozionale e scarso controllo dell'impulsività;
- Pazienti ad elevato rischio di suicidio o che vivono attualmente una situazione particolarmente stressante;
- Pazienti con marcati tratti antisociali o psicopatici;
- Pazienti con personalità molto difese;
- Pazienti che presentano un quadro psicopatologico di psicosi in acuzie;
- Pazienti con comportamenti multimpulsivi gravi (alcolismo, tossicodipendenze, autolesionismo)

2.2 Strumenti di valutazione utilizzati

Per la valutazione del disturbo alimentare, oltre alla scheda di raccolta anamnestica, viene somministrata la versione aggiornata dell'EDI – Eating Disorder Inventory 3 [37] (cut off: punteggio percentile maggiore di 85); il Body Uneasiness Test – BUT [38] (cut off: punteggio medio uguale o superiore a 3 del Global Severity Index), la valutazione della motivazione con l'analisi motivazionale proposta da Treasure e Smith [39], e la Stage of Change Scale - SCS [40], in cui la persona deve trovarsi nello stadio di consapevolezza, con un punteggio di almeno nove sulla scala, per essere inclusa. Per la valutazione di personalità viene somministrato l'MMPI [41] (cut

off: punteggi T superiori a 65). Il DPA [42] permette di evidenziare quanto la persona è in grado di instaurare relazioni, ha accesso ai suoi vissuti interiori, e ha una buona autostima; nell'insieme il profilo deve risultare armonico nelle dimensioni dell'Area del Sé e in quelle dell'Area Interpersonale, per poter includere la persona nel percorso intensivo. L'assessment diagnostico rappresenta anche il momento di coinvolgimento iniziale dei pazienti nel trattamento. Se non possono essere inseriti nel trattamento breve si procede al percorso più indicato (trattamento farmacologico, psicoterapia individuale), favorendo comunque l'inserimento nel percorso psicoeducativo prima e successivamente nelle altre iniziative di gruppo previste. Il trattamento breve si inserisce così, come facilitatore del cambiamento, anche nei percorsi a lungo termine. Nello schema 1 viene riassunto il piano di trattamento così come viene proposto alle pazienti che rispondono alle specifiche caratteristiche di compatibilità indicate in seguito e può essere eventualmente utilizzato anche come trattamento integrativo del percorso individuale.



Schema 1 - Piano di trattamento integrato di gruppo per interventi brevi nei Disturbi Alimentari

3. Il setting di gruppo

Recuperare nel gruppo il *CON-TATTO* con il diverso da sé nei soggetti affetti da Disturbi Alimentari, rappresenta un processo estremamente prezioso e realizzabile con chiarezza. Infatti, per questi pazienti il problema dell'identità scarsamente definita e, di conseguenza, dei confini ora vaghi e gassosi ora rigidissimi e impermeabili, è centrale.

In una prospettiva gestaltica, si verifica un continuo passaggio tra uno stato di costante confluenza (stato di non contatto, in cui vi è fusione con l'altro e l'ambiente, per assenza di confine-contatto, in cui il sé non è identificabile) a uno stato di cronica

retroflessione (con distacco totale dall'esterno, percepito come troppo invasivo e pervasivo a causa della confluenza, e conseguente invasione del proprio mondo interno). Ciò determina uno stato perenne di scarso contatto sano con l'ambiente, per cui, la persona con Disturbo Alimentare ha una scarsissima conoscenza dei propri bisogni e di come soddisfarli. È proprio nel gruppo, in un contatto consapevole con l'alterità, che può trovare un equilibrio rispetto alle polarità, costantemente in conflitto, del fuori/dentro, vicino/lontano [43].

Il riconoscimento e la consapevolezza della diversità, consente e facilita una maggiore accettazione del proprio essere nonché la sperimentazione della propria unicità e valore, aspetti fondamentali in pazienti come le bulimiche che tendono a definire (faticosamente!) la propria identità solo e soltanto in termini di eccezionalità. Tra gli obiettivi essenziali che ci si propone di raggiungere nel trattamento dei DA vi è proprio: "...un'accettabile dimensione di individuazione: non nell'eccezionalità, ma nell'unicità, che è per tutti l'unica ancora di salvezza. È nello specchio della propria unicità che ciascuno si deve riconoscere" [44].

Un altro notevole vantaggio che pazienti con Disturbi Alimentari possono trarre dalla partecipazione a un gruppo, è l'acquisizione di skill relazionali: l'elevato numero di interazioni che si verificano in gruppo consente di apprendere e monitorare più competenze relazionali da trasferire nel proprio contesto sociale. Inoltre, il confronto e la condivisione con altre/i che sperimentano problematiche legate alle stesse tematiche, può aiutare a superare il senso di anormalità, isolamento, vergogna e unicità, che spesso caratterizza chi soffre di Disturbo Alimentare [19].

Da ultimo, si può rilevare che, un'esperienza di gruppo (non necessariamente di tipo psicoterapico ma diversa da quella familiare) ha una serie di caratteristiche che la rendono un'occasione pressoché unica di crescita e maturazione. Si tratta, infatti di un'esperienza *"mediamente strutturata, scelta volontariamente dalla persona, in cui ci si trova insieme per lavorare su obiettivi comuni e condivisi in cui si è, quindi, tenuti (non trattenuti!) a cooperare, collaborare e negoziare. Si affronta anche la rinuncia, spesso dolorosa, a voler fare "come si vuole", accettando, talora, non sempre, ma altrettanto dolorosamente, di "mettere i principi al di sopra delle personalità"* [45], Rappresenta la possibilità per trascendere sé stessi, incontrare l'Alterità, ridefinirsi e diventare veramente sé stessi in relazione ad essa [12]. Crediamo, pertanto, che una tale occasione di maturazione personale, come quella che si realizza in gruppo, possa rivelarsi estremamente utile in una persona affetta da Disturbi dell'Alimentazione e, quindi, bloccata nel processo di individuazione.

Nella Tabella 3 viene riportato un quadro riassuntivo delle fasi e degli obiettivi dell'intervento terapeutico di gruppo inserito nel trattamento integrato qui proposto. Nelle successive Tabelle 4 e 5 si trovano descritti fasi e obiettivi del processo breve intensivo di gruppo, i temi fondamentali, la psicopatologia centrale dei Disturbi Alimentari (valutazione di sé vincolata a peso e forme corporee), la facilitazione degli aspetti relazionali nel processo di gruppo.

TAB. 2 - AREE, STRUMENTI E OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO BREVE INTENSIVO DI GRUPPO PER DA (ad.to da: [46]).

TRATTAMENTO	Strumenti (strategie e tecniche)	AREA PSICOPATOLOGICA	MACRO-OBIETTIVI
PSICOTERAPIA INTEGRATA IN GRUPPO	Individuazione-risoluzione problemi relazionali attuali; apprendimento nuove abilità gestionali, relazionali e comunicative; monitoraggio e ridefinizione delle aspettative, convinzioni, e competenze rispetto alla rappresentazione di sé/dell'altro/ e di sé e dell'altro in relazione.	> area relazioni > area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza > area cognitiva > area sintomatologia alimentare > area cognitiva	Capacità di creare relazioni intime e nutrienti Incremento dell'autostima e modificazione dello schema disfunzionale della valutazione di sé
AUTOSOSTEGNO PSICOEDUCATIVO	Offerta di nuove e realistiche informazioni rispetto alla psicopatologia centrale dei DA, con conseguente possibilità di usare i nuovi apprendimenti per produrre cambiamenti rispetto alla gestione dei temi nevralgici; (incontri in presenza e online) informazioni rispetto alle dinamiche psicologiche centrali, con presentazione di strumenti e tattiche che consentono di gestirle in modo funzionale al benessere della persona; proposta di un intero programma relativo a nuove abilità di coping rispetto alla gestione dei problemi cruciali e indicazioni su come seguirlo autonomamente; uso della scrittura autobiografica.	> area rappresentazione di sé e auto-consapevolezza	Normalizzazione della condotta alimentare con eliminazione dei comportamenti restrittivi/impulsivi Incremento dell'autostima e modificazione dello schema disfunzionale della valutazione di sé
LABORATORIO PSICOCORPOREO	Tecniche di rilassamento e meditazione Potenziamento della consapevolezza, si agevola la tolleranza delle emozioni negative e la sospensione del giudizio sul proprio corpo Narrazione della storia personale del rapporto con il corpo e l'Immagine Corporea Acquisizione di competenze di mindfulness Lavoro allo specchio Movimento creativo e narrazione di sé Esperienze di danzaterapia, danza del ventre e danze primitive per un CONTATTO profondo e diretto con la corporeità e con le sensazioni, i bisogni, i desideri, le potenzialità insite in essa	> area Identità Corporea	Raggiungimento dell' "Autonomia esperienziale" nel processo di soggettivazione
LABORATORIO "CIBO PER VIVERE"	Attivazioni sensoriali e nutrizione reciproca tra pari Consapevolezza multisensoriale Esercizi di alimentazione consapevole Restituzione al cibo dei suoi valori nutritivi	> area sintomatologia rapporto con il cibo	Normalizzazione delle condotte alimentari con eliminazione dei comportamenti restrittivi/impulsivi; interruzione del circuito "emozioni e cibo"

TAB. 3 - FASI E OBIETTIVI DEL PROCESSO DI GRUPPO (ad.to da [46])

FASI e OBIETTIVI del PROCESSO DI GRUPPO (trattamento breve)	FASI DI SVILUPPO DEL GRUPPO	LAVORO DEI PAZIENTI	LAVORO DEL TERAPEUTA
Fase iniziale: identificare le aree problematiche	Engagement (sedute 1-2)	I componenti del gruppo sono alla ricerca di una struttura, alle prese con l'ansia di inserirsi in un gruppo e condividere i loro problemi	Il terapeuta introduce le norme che facilitano la comunicazione e crea una struttura che consenta l'auto-presentazione. Propone attivazioni esperienziali che favoriscono il clima di coesione e appartenenza che favorisce l'emergere del senso del Noi.
	Differenziazione (sedute 3-5)	I componenti sono impegnati nel confronto e nella gestione dei sentimenti negativi relativi alle differenze interpersonali che emergono.	Il terapeuta facilita la comprensione delle reazioni alle differenze interpersonali nella vita sociale fuori dal gruppo. È importante far emergere eventuali tensioni, per procedere al lavoro successivo.
Fase intermedia: lavoro sugli obiettivi	Azione (6-15)	I componenti continuano a lavorare sulle differenze interpersonali e si concentrano sugli obiettivi comuni	Il terapeuta facilita le relazioni tra i componenti mentre condividono il loro lavoro e incoraggia l'applicazione delle nuove skill apprese fuori e dentro il gruppo. Mantiene l'attenzione sugli obiettivi da discutere.
Fase finale (16-20): consolidamento dei risultati	Conclusione, mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute (16-20)	I componenti si concentrano sulle emozioni suscitate dalla fine imminente del trattamento e sulla conseguente perdita dei legami con le persone del gruppo. Si lavora sul superamento della perdita, sulle strategie di sostegno in caso di situazioni a rischio e/o di regressioni	Il terapeuta aiuta i componenti a consolidare il lavoro fatto e a pianificare il futuro. Facilita l'elaborazione del lutto. Si evidenzia come ora ognuno abbia la responsabilità di proseguire il proprio cammino, anche sulla base del lavoro restante.

TAB. 4 - AUTOSTIMA E VALUTAZIONE DI SÉ

AREA PSICOPATOLOGICA	MACRO OBIETTIVO	SOTTO-OBIETTIVI
area problematiche: rappresentazione di sé e autoconsapevolezza;	INCREMENTO DELL'AUTOSTIMA E MODIFICAZIONE DELLA VALUTAZIONE DI SÉ	1. favorire la costruzione di una rappresentazione di sé realistica, non astratta e generica, "autocommiserativa", focalizzandosi su risorse e limiti, di cui spesso le pazienti, non hanno una reale consapevolezza; 2. incrementare il senso di auto-efficacia, rielaborando gli schemi relativi al fallimento e orientando l'azione su nuovi campi e con parametri più flessibili; 3. passaggio dalla rigidità assoluta alla flessibilità nella percezione di sé, degli altri, delle prestazioni e potenziamento della capacità di vedere e costruire opzioni alternative, tra cui è possibile scegliere; 4. in particolare, le alternative si focalizzeranno sul creare le condizioni perché il soggetto possa ampliare la sua "pensabilità in una nuova condizione desiderata" (i desideri dovrebbero essere emersi dal lavoro sull'obiettivo precedente). Ci riferiamo, quindi, alla capacità di percepirci e rappresentarsi dinamicamente, in modi diversi, con diverse risorse e diversi limiti, "possibili" rispetto all'unica immagine rigida e irraggiungibile di perfezione a cui chi soffre di DA si condanna/sente di essere condannato; 5. ampliamento delle aree su cui si articola l'auto-valutazione (es., relazioni amicali e sentimentali, capacità, professione, famiglia, hobby) non più limitata solo al controllo del peso e dell'alimentazione; 6. diminuzione del pensiero dicotomico ("tutto o nulla", "mai o sempre", "bianco-nero", "questo o niente"); ciò implica uno smussamento della tendenza all'estremizzazione, con la possibilità di creare e operare scelte lungo un continuum esteso e non solo su polarità estreme. Questo diminuisce la possibilità di rendersi vulnerabile alla sensazione di fallimento; 7. ristrutturazione del locus of control, da esterno a interno; 8. correzione e ristrutturazione della lettura (<i>etichettamento</i>) degli eventi avversi addebitati a peso e forme corporee e percezione corretta delle proprie responsabilità nel determinare gli eventi o della reale, effettiva portata degli eventi (in cui può non esserci una responsabilità personale); 9. favorire una sufficiente accettazione del corpo, del peso e delle forme, focalizzando pregi e difetti guardando ad esso nel suo insieme; 10. diminuzione del perfezionismo clinico (ove presente), con interruzione del circolo vizioso "<i>percezione cronica di non essere stata all'altezza degli standard/vissuto fallimentare/aumentata sensazione di impotenza/ abbassamento della stima</i>". Potenziare la capacità di fissare in modo chiaro obiettivi e mete in termini concreti e descrittivi, adeguati alle proprie possibilità e alle risorse ambientali a disposizione. Le mete sono calibrate rispetto alle possibilità dell'individuo e al tempo stesso ciascuna meta implica una sfida piacevole e non ossessiva e persecutoria rispetto al raggiungimento/superamento di alcuni limiti. Valutazione accurata delle aree in cui si è più capaci di "fare bene" e, al tempo stesso, diminuzione dell'evitamento e ampliamento delle attività, incluse quelle in cui si teme di non poter "eccellere". 11. miglioramento delle strategie del <i>problem solving</i> per orientarsi in modo adeguato verso mete e standard possibili e ragionevoli, che non implicino troppe conseguenze avverse; 12. diminuzione del gap tra Sé reale e il Sé ideale; 13. diminuzione/eliminazione delle condotte alimentari restrittive/disregolate, per incrementare la consapevolezza di sé e delle proprie emozioni; 14. su queste basi, avvio e sviluppo di una nuova progettualità esistenziale
area problematiche relazionali;		
area problematiche cognitive;		
area problematiche immagine corporea		

TAB. 5 - ACQUISIZIONE DI COMPETENZE RELAZIONALI NEL GRUPPO

AREA PSICOPATOLOGICA	MACRO OBIETTIVO	SOTTO-OBIETTIVI
Area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza; area problematiche relazionali; area cognitiva; area identità corporea; area sintomatologia alimentare	ACQUISIZIONE DELLA CAPACITÀ DI CREARE RELAZIONI INTIME E NUTRIENTI	- potenziare l'autosostegno, la responsabilità personale e l'autonomia, diminuendo la dipendenza dalla valutazione e dal supporto altrui; - definire confini del sé più stabili e sicuri; - potenziamento delle skill relazionali: sapere cosa sia importante nelle relazioni e come e su cosa ci si relazioni, cosa c'è "al di là del corpo magro" e della prestantza fisica; - tra le skill relazionali, prestare particolare attenzione al potenziamento dell'assertività; - contattare meglio il mondo interno per conoscere i bisogni e i desideri che si "portano" nella relazione; - potenziare la capacità di esprimere nelle relazioni le proprie emozioni, bisogni e opinioni, senza pensare che l'accettazione passi attraverso la totale aderenza alle aspettative altrui: diventare ciò che si è e non ciò che si percepisce vogliono gli altri; - rapportarsi all'altro non più come "oggetto parziale", al servizio della paura e del riconoscimento: riconoscere l'altro nella sua interezza e dignità e creare relazioni "IO-TU" da posizioni adulte; - smussare il pensiero dicotomico applicato alle relazioni. In questo modo si diventa più tolleranti verso l'alterità, e si evita di far diventare le persone alternativamente "sante" o "demoni"; - diminuzione dell'isolamento dovuto alla sensazione di non sentirsi fisicamente a proprio agio (percependosi troppo grasse), specie in quelle situazioni in cui il corpo viene esposto di più o maggiormente al centro dell'attenzione; - applicazioni dei nuovi apprendimenti alle relazioni esistenti e ampliamento del network relazionale (es., tramite lo sviluppo di hobby socializzanti); - monitoraggio e conoscenza accurata dei sistemi di sostegno a cui si appartiene, con conseguente possibilità di accedere alle risorse in modo interattivo, attivando uno scambio produttivo e nutriente con il proprio ambiente.

4. L'autosostegno psicoeducativo

In questa fase dell'intervento il gruppo viene "utilizzato" come luogo di informazioni condivise (dati sui Disturbi alimentari: eziologia, fattori coinvolti, ruolo della dieta, conseguenze delle diete e dei digiuni e sulle strategie più efficaci per farvi fronte; input per lo sviluppo di nuove convinzioni, comportamenti e abitudini favorevoli alla salute e al nutrimento del sé), lettura attiva di testi di autoaiuto e visione di filmati educativi utilizzati anche come stimolo di nuovi apprendimenti.

Qui si inseriscono esperienze di Microlearning [47], in cui ai pazienti vengono inviati link, filmati, articoli, utili alla comprensione e al superamento del disturbo.

Nei laboratori psicoeducativi esperienziali si inseriscono anche genitori (soprattutto se di adolescenti), e vengono estesi anche a persone strettamente legate alla rete di appartenenza dei pazienti, coinvolte, a livello relazionale, nella cura. Coinvolgere più persone del contesto di appartenenza consente di facilitare informazioni univoche coerenti e di sostenere la collaborazione coordinata verso uno scopo condiviso.

Chi porta il disturbo ne diventa sin dall'inizio un esperto responsabile e un collabo-

ratore attivo nel processo terapeutico. L'autosostegno psicoeducativo è inserito nelle attività dei laboratori esperienziali psicoeducativi, e intende modificare, tramite l'acquisizione e il padroneggiamento di informazioni attraverso la metodologia dell'apprendimento attivo, le convinzioni rispetto alla preoccupazione per il peso e la forma fisica. Intende inoltre ridurre la sintomatologia relativa a restrizioni e comportamenti di compenso e consentire nuove e più efficaci strategie rispetto allo stile alimentare e alla scelta di attività di nutrimento del sé [48].

Questo approccio risulta importante nelle prime fasi della terapia di riferimento, perché consente di strutturare una relazione terapeutica collaborativa, potenziando l'empowerment. Alla luce degli studi fatti sull'applicazione della sola psicoeducazione e della sua integrazione con altri trattamenti, risulta che essa dia ottimi risultati come trattamento integrativo di altre terapie, mentre usata da sola risulta efficace solo per pazienti affetti da forme più lievi di disturbo [19, 35, 49, 50, 51, 52].

All'interno di questo modulo di autosostegno psicoeducativo si colloca il lavoro di auto-aiuto guidato: sono proposti strumenti per procedere all'uso della scrittura sia come narrazione autobiografica correttiva, sia come momento di deflusso di pensieri che ingorgano la mente e trovano un posto su una superficie (foglio o schermo), generando un senso di liberazione [53, 54, 55, 56].

Il programma ha un accento inizialmente cognitivo-comportamentale e prevede un percorso sequenziale di passi finalizzati a eliminare o diminuire i principali fattori di perpetuazione dei DA [34, 57].

Tale manualizzazione ha vari punti di forza: aumenta il senso di empowerment di ogni paziente, che sente di avere il controllo sul trattamento; non richiede l'intervento continuo di un terapeuta (con notevole diminuzione dei costi); può essere usata in fase di prima presa in carico (*primary care*).

Non si tratta di un programma adatto a tutta la popolazione pazienti affetta da DA. I criteri di esclusione sono piuttosto rigidi. L'auto-aiuto non va utilizzato come unico rimedio con chi è sottopeso, in gravidanza, chi soffre di depressione severa o se vi è un disturbo degli impulsi molto accentuato, con uso di sostanze stupefacenti, promiscuità, autolesionismo ripetuto. È inoltre necessaria un'elevata motivazione.

L'auto-aiuto è finalizzato ad agevolare:

1. l'uso della scrittura per l'autosostegno
2. la gestione equilibrata del tempo
3. l'individuazione di attività di nutrimento del sé
4. la compilazione del diario alimentare ed emotivo;
5. alimentazione pianificata/alimentazione consapevole/mindful eating
6. guida nell'identificazione delle situazioni ad alto rischio e nella scelta di attività alternative;
7. applicazione del problem solving creativo;
8. accettazione del peso naturale/confutazione dei pensieri disfunzionali;
9. monitoraggio consapevole dei fattori personali di mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute.
10. Il riconoscimento dei momenti in cui c'è bisogno di chiedere aiuto.

4.1 L'approccio Blended

È in questa fase del trattamento che l'utilizzo di un approccio Blended mostra la sua efficacia.

Il termine Blended ha iniziato ad essere utilizzato più frequentemente a inizio secolo ed era riferito alla ricerca di fragranze migliori (ad es., per i liquori, per il caffè, per il tabacco), miscelando qualità differenti per ottenere il meglio da ognuna, come a dire che le caratteristiche dei vari prodotti si potenziano a vicenda [58].

In questa modalità, a differenza di quanto avviene nell'e-learning o nell'e-therapy, lo psicoterapeuta-formatore non sostituisce completamente il trattamento tradizionale ma usa la tecnologia per arricchire l'esperienza terapeutica ed ampliare la conoscenza degli argomenti/aree/dinamiche, utili al paziente, con una attenzione particolare alla comunicazione digitale ed alla nuova relazione terapeutica che si instaura tra i due quale fattore rilevante dell'evoluzione del paziente.

Nell'intervento Blended, i pazienti condividono le informazioni e lavorano direttamente con gli altri in un ambiente collaborativo e social, generando un'esperienza formativa più arricchita. La collaborazione tra i pazienti è più efficace quando le attività di gruppo si basano su risorse o lezioni online.

Le attività blended che includono componenti formali – autoformazione online seguiti da attività interattive e dal social learning – generano esperienze formative più ricche ed efficaci [29, 59].

La tipica situazione di lavoro Blended prevede persone che interagiscono in diverse modalità e tempi [58].

Indubbiamente l'alternarsi di strumenti diversi consente di aumentare il livello di attenzione dei partecipanti ai laboratori così come l'abitudine ad utilizzare pc e tablet per le attività quotidiane consente di condividere un approccio analogo anche per le attività formative ampliando i margini di libertà personale in termini di tempo e di location in cui fruire dei contenuti formativi.

Si tratta di uno spostamento ancor più marcato verso un apprendimento attivo e collaborativo da parte delle pazienti che afferiscono ai laboratori.

Dare la possibilità di affiancare informazioni testuali, visive e uditive consente un apprendimento più completo e dinamico, maggiormente in grado di soddisfare stili diversi di apprendimento [58, 60].

Dunque, a chi partecipa ai laboratori viene chiesto di essere attivamente coinvolto nella costruzione di conoscenza e non solo fruitore ultimo.

Il senso dell'approccio Blended è rimescolare l'apprendimento sia in senso orizzontale che verticale.

Non si tratta solamente dell'utilizzo di modalità differenti (presenza, distanza sincrona e asincrona, device e app differenti...); si tratta anche di modificare verticalmente l'apprendimento, da un modello up-down in cui il formatore agevola la conoscenza verso chi la 'subisce' un po' passivamente, a un modello in cui la conoscenza si costruisce 'dal basso' verso l'alto e dall'alto verso il basso [61, 58].

La cognizione distribuita estende la nozione tradizionale di cognizione, utilizzando

una base ontologica ampia, ovvero considerando il funzionamento cognitivo umano come parte di un meccanismo che va al di là della singola mente umana. Individuo e contesto vengono considerati come inseparabili, interdipendenti, funzionanti solo se l'uno è nell'altro. Questo significa che il contesto è parte integrante dell'attività mentale perché in parte generato dalla mente stessa e, di converso, la mente funziona solo nel contesto, quando è attivata e stimolata da strumenti e altri individui con cui entra in contatto [58] (p.11).

Quindi i laboratori si articolano in sessioni in presenza e lavoro a distanza. Si tratta di *e-tivity* [62], in cui la conoscenza non viene trasmessa ma costruita. Chi partecipa ai laboratori ricerca informazioni, le rielabora, le interpreta, ricombina le informazioni accumulate tra loro per costruire nuova conoscenza. Il laboratorio diventa così il momento di confronto in presenza rispetto a come stia procedendo il lavoro di ciascuno e il momento in cui integrare le conoscenze.

Un modo utile di procedere è attraverso i gruppi Jigsaw (in inglese, il Puzzle), gruppi che, come in un Puzzle, possono ricombinarsi e incastrarsi [63].

Si possono dividere i partecipanti al laboratorio in sottogruppi, e in una prima fase si procede al brainstorming rispetto alle varie aree, argomenti, sintomi, conseguenze, sofferenze connesse ai Disturbi Alimentari. La seconda fase potrebbe riguardare l'individuazione dei nuclei più importanti delle aree emerse. A questo punto c'è una prima divisione in sottogruppi (piccoli) a seconda dell'interesse personale.

Le ricerche e le discussioni in ogni sottogruppo proseguono poi al di fuori del laboratorio ed ognuno è libero di trovare le risorse come meglio crede, tutto questo coordinandosi in incontri online.

L'ulteriore step consiste nel rimescolare i gruppi di modo che le conoscenze diventino più trasversali possibili, in ogni nuovo sottogruppo dovrebbero confluire i partecipanti a diversi sottogruppi.

Durante i laboratori in presenza, un rappresentante del sottogruppo o tutto il sottogruppo prepara un po' di materiale (es., una piccola dispensa, delle slide, filmati autoprodotti o reperiti in rete...) ed espone i risultati del lavoro del sottogruppo.

L'approccio Blended contempla anche la possibilità che il conduttore dell'intervento/trattamento, possa condividere con i pazienti delle risorse che trova in rete e che ogni paziente può visionare quando ha tempo e disponibilità (Microlearning).

Per questo tipo di attività sarebbe buono utilizzare diversi software, app, programmi collaborativi (Trello, Skype, Doodle, Dropbox...) per alcuni dei quali occorre un po' di dimestichezza e alcuni potrebbero essere a pagamento.

Quello che viene messo a disposizione, per agevolare tutti, è uno spazio Google Drive, facilmente accessibile, utilizzabile senza particolari competenze. Se si dispone di una mail proprietaria (gmail) e di un comune browser, il funzionamento è abbastanza intuitivo. Ogni gruppo ha la sua 'cartella', a partire dalla cartella Generale in cui confluisce il materiale comune se ne possono creare delle altre secondo le esigenze specifiche.

A quanti sono coinvolti nel programma viene poi suggerito, naturalmente, di utiliz-

zare tutte le risorse gratuite disponibili in rete (portali, YouTube, Facebook, Skype, WhatsApp, Zoom, Meet ...) per continuare il lavoro.

5. Il lavoro allo specchio nel laboratorio psicocorporeo

La centralità dei problemi legati all'Immagine Corporea nei Disturbi Alimentari, ha spinto alla creazione di strategie innovative e potenzialmente più efficaci nel riuscire a ridurre oltre all'angoscia per il peso anche la preoccupazione per l'immagine corporea, nonché la definizione della propria Identità Corporea. Quello qui proposto, nel laboratorio, è un ciclo di otto incontri esperienziali in cui si propone anche un training per l'applicazione del flusso di consapevolezza mindfulness [64], utilizzata per l'esposizione allo specchio e la sperimentazione del proprio corpo in movimento attraverso i ritmi primari nella danzaterapia.

La chiave dovrebbe essere quella di modificare i modelli schematici disfunzionali con modelli più adattivi e l'esposizione allo specchio rappresenta un potente mezzo per modificare atteggiamenti mentali disfunzionali riguardanti il peso e le forme del corpo. A tale riguardo Wilson [65] ha descritto un metodo di esposizione allo specchio preceduta da un addestramento a descrivere il proprio corpo senza giudicarlo. L'adozione dello stile mindfulness permette un efficace processamento delle emozioni negative e una loro duratura riduzione, per modificare i significati della Immagine Corporea e per costruire nuovi schemi di significato più funzionali.

In sintonia con quanto espresso finora Wilson [65] ha elaborato una tecnica di esposizione allo specchio che utilizza la MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy, ipotizzando che la preoccupazione disfunzionale per il peso e le forme corporee si ponga in quel livello di significato a cui la sola ristrutturazione cognitiva potrebbe non arrivare per una riduzione duratura delle preoccupazioni corporee disfunzionali. La tecnica da lui elaborata prevede che si stia in piedi di fronte a uno specchio a figura intera e che si descriva in modo sistematico il proprio corpo senza essere “giudicante”. La procedura prevede sette sedute e si parte dal/dalla cliente vestito/a, ma con abiti che con il proseguire della seduta siano sempre meno coprenti e sempre più attillati fino ad arrivare al costume da bagno. La velocità con cui il tutto avviene dipende dal/dalla paziente, che nelle ultime 3-4 sedute è anche incoraggiato/a a consumare “cibi proibiti” prima di esporsi e a guardare anche foto e immagini che sponsorizzano persone magre.

Durante l'esposizione il terapeuta aiuta ad adottare il medesimo atteggiamento di Mindfulness precedentemente descritto, proprio per favorire un'attenzione osservativa neutra al proprio corpo e alla mente, che permetta di raggiungere una piena, naturale e soprattutto neutra consapevolezza delle sensazioni corporee, dei pensieri e delle emozioni che la persona esperisce nel momento presente, senza distrarsi in valutazioni e ragionamenti su quanto le sta accadendo [66]. Per favorire un atteggiamento descrittivo, non giudicante e autocritico, la persona viene continuamente aiutata a dare ad alta voce una descrizione “oggettiva” del proprio corpo in modo olistico, considerando quindi i dettagli di ogni sua parte e senza focalizzarsi su alcuni

punti in particolare.

L'essenza è quindi quella di "osservare e descrivere, ascoltare ed accettare" tutto quello che si esperisce nel momento presente, senza impegnarsi in rimuginazioni su quello che dovrebbe o non dovrebbe essere, sul passato e sul futuro, lasciando "entrare ed uscire" da sé ogni pensiero, sensazione ed emozioni, senza provare a modificare quello che sta accadendo [65].

Tale atteggiamento favorisce una reazione più funzionale a quegli stimoli, i punti caldi del proprio corpo, che elicitano gli schemi e le preoccupazioni disfunzionali, senza incorrere ulteriormente in spirali di pensieri e sensazioni fisiche che perpetuano le preoccupazioni e quindi le emozioni disfunzionali. Grazie a questo atteggiamento la persona sente arrivare, crescere e poi decrescere le emozioni negative, con il vantaggio che, proseguendo le esposizioni, le "ondate" saranno sempre meno disturbanti e gli stimoli perderanno sempre più il loro potere patogeno [67].

Il laboratorio psico-corporeo include attività narrative sulla costruzione della propria identità corporea, creazioni artistiche a supporto della consapevolezza, espressioni grafo-pittoriche, esperienze di movimento creativo, sperimentazione della respirazione profonda diaframmatica.

6. Conclusioni

Il progetto di cura ambulatoriale Blended di gruppo per pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, si pone come un servizio che incontra diverse esigenze di pazienti con condotte restrittive o con condotte bulimiche o multi-impulsive. Il lavoro si dimostra efficace in tempi brevi, utilizza il supporto del servizio *online*, sia nel contesto psicoeducativo, sia nell'offrire ascolto e orientamento, attraverso assistenza a distanza (CONPOL- <http://www.consigliopsicologicoonline.it/>).

L'integrazione proposta, con parti in presenza, parti online, sincrone e asincrone, il Microlearning consente un utilizzo flessibile del servizio in un'ottica che tenga conto della complessità della vita quotidiana delle pazienti.

Trattandosi di un servizio ambulatoriale privato, ha anche la finalità di offrire costi contenuti all'utenza, obiettivo raggiunto sia grazie alla breve durata, alla disponibilità di professionisti qualificati che partecipano al programma con costi sociali, sia per l'integrazione di momenti online. La frequenza, seppur intensiva, prevede l'impegno di non più di due giorni a settimana durante il trattamento. Questo programma si coniuga bene con gli impegni della vita quotidiana di chi frequenta la scuola o lavora. Propone, inoltre, un contesto interpersonale inclusivo, in cui persone con diversa forma fisica, e diverso atteggiamento esplicito rispetto a peso, cibo e forme corporee, scoprono di avere stessi nuclei problematici, e imparano a conoscersi nella loro unicità e nella loro profonda uguaglianza.

La stessa équipe multidisciplinare include professionisti dell'area medica, psicologico clinica, nutrizionale, delle relazioni di aiuto e dell'area espressivo creativa.

La prospettiva è quella di far procedere il piano di trattamento proposto, da una fase pilota a un'implementazione a pieno ritmo.

BIBLIOGRAFIA

1. ISS (2022). *Giornata mondiale del fiocchetto lilla. Disturbi Alimentari, i dati aggiornati e la mappa dei servizi accreditati in Italia*. [Online]. Available: <https://amblav.it/disturbi-alimentari-i-dati-aggiornati-dell'iss-e-la-mappa-dei-servizi-accreditati-in-italia/>. [Consultato il 01 agosto 2022].
2. American Psychiatric Association (2014). *DSM 5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi di personalità (5th. ed.)*. Milano: Cortina (ed. or. 2013).
3. Riva, E. (2022). *Fragili amazzoni. I nuovi disturbi alimentari delle adolescenti*. Milano: Angeli.
4. Santonastaso, P., Nassuato, M. (2016). Cambiamenti dei criteri diagnostici del DSM-5. In A.M. Ferro, G. Giusto (a cura di), *Cibo e corpo negati*, pp. 40-49. Milano, Mondadori.
5. Fairburn, C.G., Bohn, K. (2005, June). Eating Disorders NOS (EDNOS): an example of the troublesome 'not otherwise specified (NOS) category in DSM IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (6), 691-701.
6. Dalla Ragione, L., Marucci, S. (2007). *L'anima ha bisogno di un luogo - Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*. Milano: Tecniche Nuove.
7. Costa, E., Loredi, C. (2007). *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia*. Milano: Angeli.
8. Rossi, S. (2020). *Psicoterapie della gestalt*. Milano: Angeli.
9. Fonagy, P., Roth, A. (1996). *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
10. Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
11. Beker, A. (2003). Outpatient management of eating disorders in adults. *Current Womens Health Report*, 3(3), 221-9.
12. Riess, H., Dockray-Miller M. (2002). *Integrative group treatment for bulimia nervosa*. New York: Columbia University Press.
13. Agras, W.S. (1993). Short-term treatments for Binge-Eating. In G. Fairburn, G.T. Wilson (a cura di). *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*. New York – London: The Guilford Press, pp. 270-286.
14. Mitchell, J.E., Hatsukami, D. (1985). Intensive outpatient group therapy for bulimia. In D.M. Garner, P.E. Garfinkel (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, pp. 213 - 240. New York - London: The Guilford Press.
15. Safer, D.L., Adler S., Masson, P.C. (2019). *L'alimentazione emotiva. La soluzione DBT per rompere il cerchio delle abbuffate*. Milano: Cortina.
16. Santoni Rugiu, A., Calò, P., De Giacomo, P. (2003). *Anoressia e bulimia: la svolta*. Angeli: Milano.
17. Dalle Grave, R. (2003). *Prima di cominciare. Informazioni sul trattamento ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive press.
18. Dalle Grave, R. (2000). *Perdere peso senza perdere la testa*. Verona: Positive Press.
19. Dalle Grave, R. (1998). *Alle mie pazienti dico che... Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari*. Verona: PositivePress.
20. Fairburn, C. (1997). *Come vincere le abbuffate*. Verona: Positive Press.
21. Dalla Ragione, L., Pampanelli, S. (a cura di) (2016). *Prigionieri del cibo. Riconoscere e curare il disturbo da alimentazione incontrollata*. Roma: Il pensiero Scientifico.
22. Safer, D., Telch, C., Chen, E. (2011). *Binge Eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*. Milano: Cortina.
23. Vinai, P., Todisco, P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo*. Milano: Cortina.
24. Giusti, E., Menici, F. (2016). *Trattamento dell'Immagine Corporea*. Roma: Sovera.
25. Ferro, A.M., (a cura di) (2016). *Cibo e Corpo negati*, Milano: Mondadori.
26. Dalla Ragione, L., Mencarelli, S. (2012). *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Milano: Angeli.
27. Cash, T.F., Enry, P.E. (1995). Women's body images: The results of national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.

28. Bisagni, E., Facci, M. (2020). *Pro-ana. Tra supporto online e psicopatologia: nuove sfide terapeutiche*. Trento: Reverdito.
29. Iannazzo, A., Leoni, F., Ciuffo P. (2021). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
30. Giusti, E. (2001), Presentazione. In J. Preston, *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocomportamentale*. Roma: Sovera.
31. Preston, J. (2001). *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocomportamentale*. Roma: Sovera.
32. Gabbard, G.O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition (2nd edition). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 323-326
33. Tuschen, B., Bent, H. (1995). Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. In K.D. Brownell, G.C. Fairburn (a cura di), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
34. Fairburn, C. (2017). Short-term Psychological treatments for Bulimia Nervosa. In D. Kelly, B. Brownell, T. Walsh (a cura di). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York - London: The Guilford Press.
35. Fernandez, F., Sanchez, I. (1998). Psychoeducative ambulatory group in bulimia nervosa. Evaluation of a short-term approach. *Actas Luso Espanol De Neurologias, Psichiatria e Ciencias Affines*, 26(1) 23-28.
36. Riess, H. (2002). Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *International Journal of group Psychotherapy*, 52(1), 1-26.
37. Garner, D. (2008). *Eating Disorders Inventory EDI 3*. Firenze: Giunti OS.
38. Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., Battacchi, M. (1999). Body Uneasiness Test – BUT. Una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. *Psichiatria, Infanzia, Adolescenza*, 66(417).
39. Treasure, J., Schmidt, U. (2001). Ready, Willing and Able to Change: Motivational Aspects of the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 4-18.
40. Tingey, R., Burlingame, G., Lambert, M.J., Barlow, S.H. (1989). *Assessing clinical significance: extensions and applications*. Wintergreen (VA): SPR.
41. Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., Kaemmer, B. (2011). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI2*. Firenze: Giunti OS (ad.to it. Sirigatti, S., Pancheri, P.).
42. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., Giusti, E. (2018). *DPA - Dimensional Personality Assessment. An Integrated Approach According DSM-5*. Firenze: Giunti Psychometrics.
43. Ventre, L. (2021). *Anoressia Nervosa: un possibile percorso di guarigione: Analisi Transazionale e Gestalt Terapia*. Roma: Armando.
44. Scrosati-Crespi, L. (1994). L'esperienza dell'A.B.A.: I gruppi psicoterapici. *Patologie da alimentazione e nutrizione*, pp. 197-203. Roma.
45. Narcotici Anonimi (1997). *Testo Base. Narcotics Anonymous World Service INC*. Chatsworth, California.
46. Spalletta, E., Florimonte, M.L. (2008). Il trattamento di gruppo della bulimia: un'applicazione breve dell'approccio pluralistico integrato. *Integrazione nelle Psicoterapie e nel Counseling*, 23/24, 28-42. Roma: Edizioni Scientifiche ASPIC.
47. Kapp, K.M., Defelice, R.A. (2019). *Microlearning: Short and Sweet*. Association for Talent and Development (ATD): Alexandria, VA
48. Olmsted, M.P., Kaplan A.S. (1995). Psychoeducation in treatment of eating disorders. In K.D. Brownell, G. Fairburn (a cura di), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, pp. 289 - 293. New York - London: The Guilford Press.
49. Davis, P., Olmsted, M.P., Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing significance of change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(6), 882-5.
50. Davis, R., Olmsted, M., (1991). Group Psychoeducation for bulimia nervosa: with and without

- additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 25-34.
51. Thiels, C., Schmindt, U., Garthe, R. (2003). Four-years follow-up of guided self-change for bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 8(3), 212-7.
52. Olmsted, M.P., Davis, R., Eagle, M., Graner, D.M. (1991). Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
53. Pierotti, F., Marucci, S. (2016). La scrittura autobiografica come terapia. In S. Marucci, L. Dalla Ragione (a cura di), *L'anima ha bisogno di un luogo*. Milano: Tecniche Nuove.
54. Demetrio, D. (2008). *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*. Milano: Cortina.
55. Balconi, E., Carolei, C. (2011). *L'autobiografia: scrivere di sé per stare bene*. Milano: Xenia.
56. Marucci, S. (2013). *Haiku nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Cesena: Sì.
57. Fairburn, C. (2018). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Trento: Erickson.
58. Ligorio, M. B., Cacciamani, S., Cesareni, D. (2021). *Didattica Blended. Teorie, metodi ed esperienze*. Milano: Mondadori.
59. Iannazzo, A. (a cura di) (2021, novembre). *Consulenza e formazione online, Integrazione nelle Psicoterapie*, 11. Roma: Aspic.
60. Ocepek, U., Bosnik, Z., Serbec, I.N., Rugelij, J. (2013). Exploring relation between style models and preferred multimedia types. *Computers & Education*, 69, 343-355.
61. Ligorio, M.B., Cacciamani, S., Cesareni, D. (2006). *Blended learning - Dalla scuola dell'obbligo alla formazione adulta*. Roma: Carocci.
62. Salmon, G. (2002). *E-tivities: a key to active online learning*. London: Routledge.
63. Aronson, E. (1978). *The jigsaw classroom*. Beverly Hills (CA): Sage Publishing.
64. Wilson, T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders. In S. Hayes, V. Follette, M. Linehan (a cura di), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*, pp.243-260. New York: Guilford press.
65. Wilson, G., (1999). Cognitive Therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 579-595.
66. Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford. [Ediz. It. a cura di F. Giommi, (2006). *Mindfulness: Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Torino: Bollati Boringhieri].
67. Morgan, S. (2005). Depression. Turning toward Life. In C. Germer, R. Siegel, P. Fulton (a cura di). *Mindfulness and psychotherapy*, 130-151. New York: Guilford press.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Sguardi di sventura Il trauma nelle ‘parole sussurrate’, la sindrome nel mito classico

Francesco Mercadante¹

¹ Professore Aggregato di Analisi del Linguaggio, SIPGI (Trapani), Contributor di Econopoly-II Sole 24 Ore, Membro del Comitato Scientifico della Fondazione per la Sostenibilità Digitale



Citation

Mercadante F. (2022).
Sguardi di sventura Il trauma nelle ‘parole sussurrate’, la sindrome nel mito classico
Phenomena Journal, 4, 191-206.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.180>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Francesco Mercadante
f.mercadante@francescomercadante.it

Ricevuto: 2 novembre 2022

Accettato: 6 dicembre 2022

Pubblicato: 6 dicembre 2022

ABSTRACT

The ‘story’ is the main medium of the relationship, as well as being the first element of any pursuit of well-being, if we consider that the living individual, ‘narrating himself’, manifests himself to the other. However, it is mostly based on *recursive mechanisms*: *A says B; C says A says B; D says C says A says B* and so on. These linguistic schemes, of repetition and combination, facilitate the processes of understanding, limiting their content to approximation, but make the relationship uncertain and, in the long run, the speaker. In fact, they translate into the forms of *conversational implicatures* in which and for which A asks “Have you read the newspaper?” and B replies “I have a stomach ache”, altering the psycholinguistic flow. The purpose of the investigation, therefore, is to propose a real theoretical model of intervention in the relationship through the systemization of the metalanguage of humanistic psychology, of the analysis of the myth, very dear to psychologists of the depth, and of the word of origins, the greek one, in the present case. From that follows the opportunity to rediscover and rework the authentic meaning of *trauma* not only as an effect, a concept typical of modern and contemporary lexicography and diagnostics, but also and above all as the cause of an existential process.

KEYWORDS

Trauma, wound, syndrome, repetition, word, myth.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il ‘racconto’ è il principale *medium* della relazione, oltre a essere primo elemento d’una qualsivoglia ricerca del benessere, se consideriamo che l’individuo vivente, ‘raccontandosi’, si manifesta all’altro. Esso, tuttavia, è basato, per lo più, su *meccanismi ricorsivi*: *A dice B; C dice che A dice B; D dice che C dice che A dice B* e così via. Tali schemi linguistici, di ripetizione e combinazione, agevolano i processi di comprensione, limitandone il contenuto all’approssimazione, ma rendono incerta la relazione e, alla lunga, incerto il parlante. Essi, infatti, si traducono nelle forme dell’implicatura conversazionale in cui e per cui A chiede “Hai letto il giornale” e B risponde “Ho mal di pancia”, alterando il flusso psicolinguistico. Scopo dell’indagine, dunque, è quello di proporre un vero e proprio modello teorico d’intervento nella relazione attraverso la messa a sistema del metalinguaggio della psicologia umanistica, dell’analisi del mito, assai cara agli psicologi del profondo, e della parola delle origini, quella greca, nel caso in specie. Ne consegue l’opportunità di riscoprire e rielaborare il significato autentico di *trauma* non già e non solo come effetto, concetto proprio della lessicografia e della diagnostica moderne e contemporanee, bensì anche e soprattutto quale causa di un processo esistenziale.

PAROLE CHIAVE

Trauma, ferita, sindrome, ripetizione, parola, mito.



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

1. Introduzione

Il nucleo di significazione di una parola, ovverosia quel processo di trasformazione degli elementi del discorso grazie al quale un parlante – o uno scrivente – può rivolgersi a un destinatario, reale o ideale, immaginando di generare un qualche legame, occasionale o stabile, è spesso rappresentato dall'azione primitiva dei popoli, dal loro modo d'interpretare gli eventi o, diversamente, dalla loro capacità di costruire determinate relazioni. La parola, in sé, costituisce uno storico insieme di senso, è un patrimonio che ereditiamo inconsapevolmente molto da lontano. È opportuno, a tal proposito, far notare che, il più delle volte, rassicurati, come siamo, dalla convenzione e dalle abitudini, ne utilizziamo unicamente una parte superficiale, esterna, per così dire. Sono pochi, talora rarissimi, i casi in cui facciamo degli sforzi metalinguistici [1], che consistono nell'utilizzare la lingua proprio per capire la lingua: “un che di tautologico” potrebbe obiettare qualcuno. Certo, la quotidianità non è fatta perché ciascuno s'impegni a spiegare ciò che si dice: noi parliamo e scriviamo; null'altro; come se la comprensione fosse un'entità autonoma, *super partes*, e della cui validità siamo sempre persuasi. Possiamo aggiungere, addirittura, che il linguaggio quotidiano-famigliare è del tutto inidoneo a che qualcuno sovrapponga a esso la pratica dell'esame metalinguistico.

Nonostante la superficialità con cui, talora, siamo costretti a trattare la questione, superficialità cui si giunge per un inevitabile meccanismo di induzione, essendo essa un modo filogenetico del nostro comunicare, sono numerose le indicazioni scientifiche che ci vengono date in materia di *metalinguaggio*. Una delle più importanti e sulla quale richiamiamo l'attenzione è sicuramente quella di Watzlawick *et al.* [2], documentata in *Pragmatica della comunicazione umana*, in cui gli studiosi dimostrano che, talora, per uscire dal circolo vizioso di alcuni disagi è necessario l'intervento dello specialista, il quale, naturalmente, induce i protagonisti a riflettere proprio sulle parole usate o, diversamente, riformula e rielabora la loro narrazione.

“Se si nota che il comportamento a sollecita il comportamento b, c, d oppure e nell'altro, mentre è evidente che esclude i comportamenti x, y e z, allora si può postulare un teorema della metacomunicazione.” [2]

Acquisito il contributo di Watzlawick *et al.*, proviamo a riflettere sulla funzione delle *implicature conversazionali* [3], che, nella nostra analisi preliminare, diventano una sorta di spartiacque. Non entreremo nel merito esplicativo dell'intera lezione griecana; ci limiteremo a proporre un solo esempio. Anzitutto, è il caso di dire che le *implicature conversazionali* sono delle proposizioni con cui siamo soliti creare delle relazioni indirette tra le parti del discorso. Qualcosa di simile può dirsi per le *implicature convezionali*, che qui, tuttavia, non tratteremo. Queste ultime sono: “ma”, “quindi”, “insomma”, “infatti”, “persino”, “non ancora” *et similia*.

TIZIO: *Usciamo?*

CAIO: *Ho mal di pancia!*

Di fatto, CAIO non si rifiuta di uscire, ma lascia che TIZIO intenda il rifiuto, avvalendosi proprio della convenzione linguistica, la cui efficacia, quantunque implicita, consente a entrambi di mantenersi sul piano della comprensione. È bene osservare che tale meccanismo è una garanzia relazionale, ma costituisce, comunque, una forma di approssimazione conoscitiva ed emotiva, qualcosa che riproduciamo fino a un certo punto, finché il codice di aggregazione ce lo consente. In questa scrittura preparatoria o introduttiva, non abbiamo dimenticato, infatti, che il nostro tema è *trauma*. Di conseguenza, prima di procedere oltre e interpellare i cosiddetti 'antichi', dobbiamo capire come possa ricostruirsi la pragmatica dell'insieme linguistico {*Usciamo, Ho mal di pancia*}. Ci rendiamo conto subito che il nostro *focus* è dato da "Ho mal di pancia".

1. CAIO non ha mal di pancia, non vuole uscire con TIZIO (rifiuto indiretto, implicato)
2. CAIO ha mal di pancia (rifiuto indiretto, implicato).

Non si fa fatica a notare che, sia in caso di dichiarazione mendace, per così dire, sia nel caso contrario, ciò che manca al dialogo è la verità linguistico-fattuale.

3. CAIO ha mal di pancia, ma vorrebbe uscire con TIZIO (rifiuto indiretto, implicato)
4. CAIO non ha mal di pancia, vorrebbe uscire con TIZIO, ma nasconde la motivazione reale (rifiuto indiretto, implicato).

Anche 3 e 4 ci conducono allo stesso riesame di 1 e 2. Quali che siano le motivazioni o le precondizioni, lo scambio tra TIZIO E CAIO manca semplicemente di un "no", un avverbio che non comporterebbe particolari competenze, ma che spesso non riusciamo a pronunciare, tanto da dare vita a queste scene paradossali. Apparentemente, non sono paradossali: è evidente. Il è fatto che bisogna chiedersi sempre cosa si possa nascondere dietro di esse. "No", tra le altre cose, può avere un valore olofrastico, può sostituire cioè un'intera proposizione; la qual cosa ridurrebbe di molto il nostro impegno; eppure, spesso, preferiamo perderci in ampie perifrasi che delimitare chiaramente e immediatamente l'argomento. Siamo talmente viziati da queste 'manie' linguistiche [4] da avere spesso bisogno del *metalinguaggio* per emanciparcene.

2. Materiali e Metodi

Il presupposto di metodo dal quale s'è avviata l'indagine consiste nell'analisi delle strutture profonde del linguaggio, in funzione della quale ci siamo proposta la creazione d'un nuovo insieme psicolinguistico e psicosemantico composto:

1. dai postulati circa i teoremi del metalinguaggio sviluppati da Watzlawick *et al.*,
2. dalla la narrazione del mito, attraverso l'ermeneutica di Freud, Rank, Jung, Neumann *et al.*,
3. dallo studio dell'etimo in rapporto al principio generativo trasformatore e combinatorio della lezione di Chomsky.

Sulla base delle fonti appena indicate, abbiamo preso in esame tre possibili sindromi: la *Sindrome di Io dal Prometeo incatenato* di Euripide, la *Sindrome di Andromaca dall'Iliade* di Omero (pseudo-), e la *Sindrome di Joseph K* da *Il processo di Kafka*. In seguito all'analisi summenzionata, ne abbiamo estratto gli schemi linguistici ricorrenti così da ridisegnare l'area psicosemantica della parola *trauma*.

3. Risultati

- ❑ Lo studio delle strutture profonde del linguaggio genera una componente previsionale in materia di comportamento linguistico del parlante.
- ❑ L'analisi dell'etimo e dell'evoluzione della parola ci permette di scoprire moduli e schemi di alterazione dei significati.
- ❑ La scoperta di schemi e meccanismi ricorsivo-inferenziali consolida l'ipotesi previsionale delimitando, per l'appunto, l'area di deduzione e alterazione.

3.1. Ferita

Ci serviamo del patrimonio conoscitivo classico anche e soprattutto per questo: affinché la parola sia ricondotta alla propria manifestazione originaria, in cui e per cui il *dire* sia, in qualche modo, un presupposto dell'*essere* e dell'*agire*. Il sostantivo *trauma* appartiene nettamente al greco: τραῦμα (*tràuma*); significa *ferita*, ma, se riferito alle navi, *danno*, *avaria*, mentre, se riferito all'esercito, *disfatta*, *sconfitta* [5]. Di fatto, la semantica di ciascuna delle referenze non si discosta molto da quella delle altre. Precondizione d'una ferita è qualcosa che possa esserne causa, dev'esserne, per l'appunto, un *danno*. Già da qui siamo in grado di rilevare la trasformazione metonimica avvenuta nella nostra lingua: per noi, oggi, il *trauma* è prevalentemente la causa d'una *ferita*, interiore od organica che sia. In principio, invece, *trauma* era già l'effetto, come si può vedere [6, 7]. L'analisi della sua radice, a ogni modo, non è affatto complessa: **tro-*, che è la forma generalizzata di **teru-* / **treu-* [8], si rende sempre con *ferire*. Interessante, in merito, l'aggiunta di Chantraine [9], secondo le cui indagini la radice in questione, adottata con riguardo all'amore di una persona, si muta in *colpire*, *far soffrire*. Sembra che l'etimo (ἔτυμος, *ètymos*, *vero*), a poco a poco, ci restituisca le precondizioni di verità fattuale che spesso sono assenti nel dialogo ordinario.

“Ἐνθαῦτα μάχη ξύλοισι καρτερῇ γίνεται, κεφαλὰς τε συναράσσονται καί, ὥς ἐγὼ δοκέω, πολλοὶ καὶ ἀποθνήσκουσι ἐκ τῶν **τρωμάτων**: Enthàuta màche

xýloisi karterè ghìnetai, kephalàs te synaràssontai kai, hos egò dokèò, pollòi kai apothnèskousi ek ton **tromàton** (*Allora s'accende una violenta battaglia a colpi di bastone, si fracassano le teste e, a quanto io credo, molti muoiono anche in seguito alle ferite*)" [10]

Quasi tutti i lessicografi, nel descrivere la voce *trauma*, parlano effettivamente di una dialettica tra una causa e un effetto: un polo di questa dialettica è rappresentato dall'*agente esterno* o causa, laddove l'altro polo è una ripresa del lemma delle origini, cioè la *lesione* o *ferita* [11]. Se consultiamo il DSM V, invece, non troviamo una definizione tecnica di *trauma*, fuorché associamo la parola *trauma* con un disturbo, il più pertinente e noto dei quali è sicuramente il *disturbo da stress post-traumatico* (F 43.10). I redattori del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* si concentrano molto di più, com'è naturale, sull'eziologia e sulla sintomatologia. In quanto all'eziologia, è sufficiente riportare solo un piccolo frammento di ciò che scrivono: "Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale (...)". Trascuriamo la sintomatologia perché questo nostro lavoro ha come finalità l'esame dell'aspetto semantico e filologico, non già quello psichiatrico. L'estratto del DSM dev'essere quindi inteso come vero e proprio arricchimento in termini di occorrenze.

Il punto d'osservazione che adesso dobbiamo conquistare è quello della persona comune. In poche parole: che cosa accade alla persona *traumatizzata* a causa di un incidente automobilistico, d'una violenza subita *et cetera*? Nel caso in specie, non rispondiamo da esperti; assumiamo, tuttavia, la prospettiva di chi, soffrendo, denuncia una certa condizione, cosicché possiamo tentare di far luce sul legame tra il *dire* e l'*essere*, cui abbiamo fatto cenno in precedenza [12]. Questo *essere* deve, dunque, apparire del tutto svincolato, almeno per il momento, dai protocolli scientifici, fermo restando che dalla consultazione del DSM V otteniamo, comunque, delle conferme.

Chiunque soffra a causa d'un trauma:

- a. rivive spesso l'evento traumatico (*sindrome di Io*);
- b. teme che possa accadere qualcosa di terribile (*sindrome di Andromaca*);
- c. fa fatica a riconoscere la propria condizione (*sindrome di Josef K*).

Semplificando questi stati *traumatici*, possiamo constatare alcune caratteristiche: in a, il soggetto è assillato dalla *ripetizione*, figura dell'esistenza che, nella mitologia greca, diventa Ἀνάγκη (*anàнке*), nota come dea del destino, ma che sul vocabolario è presente pure come *necessità*, *costrizione*, *violenza*, *pena*, *miseria et similia*; in b, ha, semplicemente (per così dire), *paura* (non è poco), conscio del fatto che qualcosa, da un momento all'altro, potrebbe stravolgere la sua esistenza; da ultimo, in c, domina l'incapacità di dare un nome alle cose, una sorta di smarrimento a causa del quale persone e cose diventano ignote. Elias Canetti, in apertura di *Massa e potere*, scrive: "Nulla l'uomo teme di più che essere toccato dall'ignoto". [13]

In pratica, stiamo tentando di circoscrivere la semantica di trauma con un metodo un po' diverso da quello che di solito si sceglie in simili circostanze di studio. Di là dalle occorrenze, che di certo non intendiamo trascurare, vogliamo anzitutto capire in che modo i parlanti raccontino l'esperienza traumatica, giacché la lingua esiste nell'uso, prim'ancora che nella norma o nelle categorie espositive. In questo senso – e solo in questo – la letteratura, quella della tradizione classica più di qualsiasi altra, ci è oltremodo utile. Alla fine dei punti a, b e c, infatti, abbiamo riportato delle presunte sindromi, da noi ipotizzate e coniate con discreta libertà d'azione, al fine di inquadrare il presupposto archetipico delle parole che usiamo per parlare d'un trauma [14]. Quando si parla di συνδρομή (*syndromè, sindrome*), d'altronde, ci si riferisce a un'affluenza di elementi che caratterizzano il disagio o la malattia: il sostantivo nasce dall'unione di σύν (*syn, con*) e δρόμος (*dròmos, corsa*).

3.2 Sindrome di Io

“(…) Οὐκ οἶδ' ὅπως ὑμῖν ἀπιστήσαι με χρή, σαφεῖ δὲ μύθῳ πᾶν ὅπερ προσχρήζετε πεύσεσθε· καίτοι καὶ λέγουσ' αἰσχύνομαι θεόσσυτον χειμῶνα καὶ διαφθορὰν μορφῆς, ὅθεν μοι σχετλία προσέπτατο. αἰεὶ γὰρ ὅψεις ἔννυχοι πωλεύμεναι ἐς παρθενῶνας τοὺς ἐμοὺς παρηγόρουν λείοισι μύθοις 'Ω μέγ' εὐδαιμον κόρη, τί παρθενεύῃ δαρὸν, ἐξὸν σοι γάμου τυχεῖν μεγίστου; Ζεὺς γὰρ ἡμέρου βέλει πρὸς σοῦ τέθαλπται καὶ συναίρεσθαι Κύπριν θέλει· σὺ δ', ὦ παῖ, μὴ πολακτίσης λέχος τὸ Ζηνός, ἀλλ' ἐξέλθε πρὸς Λέρνης βαθὺν λειμῶνα, ποίμνας βουστάσεις τε πρὸς πατρός, ὡς ἂν τὸ Δῖον ὄμμα λωφήσῃ πόθου.' τοιοῖσδε πάσας εὐφρόνας ὀνειράσι ξυνειχόμεν δύστηνος, ἔστε δὴ πατρὶ ἔτλην γεγωνεῖν νυκτίφοιτ' ὀνειράτα: Ouk oïd' hōpos hymìn apistesàì me chre, saphèi de mýtho pan hōper proschrēzete pèusesthe; kàitoi kai lègous' aischýnomai theòssyton cheimōna kai diaphthoràn morphès, hōthen moi schetlia prosēptato. Aièi gar òpseis ènnychoi polèumenai es parthenōnas tous emous paregòroun lèioisi mýthois “O mèg' èudaimon kòre, ti parthenèue daròn, exòn soi gàμου tychèin meghistou? Zèus gar himèrou bèlei pros sou tèthalptai kai synàiresthai Kýprin thèlei; sy d', o pai, me ‘polaktìses lèchos to Zenòs, all' exèlthe pros Lèrnes bathýn leimōna, pòimnas boustàseis te pros patròs, hos an to Dìon òmma lophèse pòthou”. Toiòisde pàsas euphrōnas onèirasi xyneichòmen dýstenos, èste de patrì ètlen ghegonèin nyktìphoit' onèirata (Non vedo come potrei deludervi. Saprete da un discorso chiaro tutto ciò che volete. Eppure mi vergogno a rivelare da dove si sia abbattuta addosso a me sventurata, la tempesta inviata dagli dei per stravolgere il mio aspetto. Sempre, nel cuore della notte, visioni si aggiravano nelle mie stanze di vergine e mi esortavano con morbide parole: “O fanciulla davvero fortunata, perché conservi così a lungo la tua verginità, quando ti è possibile stringere le nozze più grandiose? Zeus fu acceso di te dalla freccia del desiderio, e con te vuole cogliere Afrodite. E tu, figlia mia, non disdegnare il talamo di Zeus, esci ai prati concavi di Lerna, ai pascoli e alle stalle di tuo padre, affinché l'occhio di Zeus plachi il suo desiderio”. O me infelice, tutta la notte mi cir-

condavano queste visioni, finché non trovai la forza di rivelare al mio genitore i sogni che frequentavano le mie notti...” [15]

La vicenda di Io, figlia di Inaco e sacerdotessa di Era argiva, ampiamente drammatizzata nel Prometeo, è paradigmatica; Io è a tal punto da precedere e sovrastare il primato d'una definizione, quella del DSM, in cui si indica la violenza sessuale quale causa del disturbo. Io è oggetto della passione morbosa e maniacale di Zeus, cui è impossibile opporre un rifiuto: ἐξ ἀνάγκης (*ex anàntkes*, *per forza*), la fanciulla deve cedere alle profferte del più spietato e mefistofelico tra i corteggiatori, è incalzata a sottomettersi, pur non volendo rinunciare al proprio stato virginale. Dovunque tenti di fuggire, ella è sempre perseguitata. Il suo supplizio è incessante, cosicché, di notte, è sopraffatta da terribili visioni oniriche che rivela al padre non senza vergogna. Questi, nella speranza di ottenere la salvezza per la figlia, si rivolge all'oracolo, ma ne ricava, ancora una volta, una sentenza d'ineluttabilità: la ragazza dev'essere consegnata come vittima sacrificale, tranne che si accetti di andare incontro all'ira di Zeus. Qui, ha inizio pure un irreversibile processo di alienazione e metamorfosi per Io, che viene trasformata in una giovenca, forse per intervento della stessa Era, gelosa, come sempre, del divino e incontrollabile compagno. Io è destinata a subire violenza, ad essere tormentata, privata della propria femminilità o, in altre circostanze, a rivivere ininterrottamente il δράμα (*dràma*, *fatto*, *azione*) [16].

3.3 Sindrome di Andromaca

“Ἀνδρομάχη δέ οἱ ἄγχι παρίστατο δάκρυ χέουσα, / ἔν τ' ἄρα οἱ φῦ χειρὶ ἔπος τ' ἔφατ' ἔκ τ' ὀνόμαζε· / δαιμόνιε φθίσει σε τὸ σὸν μένος, οὐδ' ἐλεαίρεις / παῖδά τε νηπίαχον καὶ ἔμ' ἄμμορον, ἢ τάχα χήρη / σεῦ ἔσομαι· τάχα γάρ σε κατακτανέουσιν Ἀχαιοὶ / πάντες ἐφορμηθέντες· ἐμοὶ δέ κε κέρδιον εἶη / σεῦ ἀφαρμαρτούση χθόνα δύμεναι· οὐ γὰρ ἔτ' ἄλλη / ἔσται θαλπωρὴ ἐπεὶ ἂν σύ γε πότμον ἐπίσπης / ἄλλ' ἄγε' (...) Ἑκτορ ἀτὰρ σύ μοι ἔσσι πατὴρ καὶ πότνια μήτηρ / ἡδὲ κασίγνητος, σὺ δέ μοι θαλερὸς παρακοίτης· ἄλλ' ἄγε νῦν ἐλέαιρε καὶ αὐτοῦ μίμν' ἐπὶ πύργῳ, / μὴ παῖδ' ὀρφανικὸν θήῃς χήρην τε γυναῖκα: Andromàche de hoi ànchi paristato dàkry chèousa, / en t' àra hoi fy cheirì èpos t' èphat' ek t' onòmaze; / daimònìe phthìsei se to son mènòs, oud' eleàireis / paidà te nepiàchon kai em' àmmoron, he tàcha chère / seu èsomai; tàcha gar se kataktanèousin Achaiòì / pàntes ephormethèntes; emòì de ke kèrdion èie / seu aphamartòuse chthòna dýmenai; ou gar et' àlle / èstai thalporè epèì an sy ghe pòtmon epìspes / all' àche' (...) Hèk-tor atàr sy mòì essi patèr kai pòtnia mèter / edè kasìgnetos, sy de moi thaleròs parakòites; / all' àghe nyn elèaire kai autoù mìm'n epì pýrgo, / me pàid' orphanikòn thèes chèren te gynàika (Andromaca a lui venne vicino, bagnando il viso di lacrime, / Io sfiorò con la mano, articolò la voce e disse: / “Sventurato, il tuo ardore sarà la tua rovina, e tu non hai pietà / di tuo figlio che ancora non parla e di me disgraziata, / che vedova presto sarò di te: t'uccideranno presto gli Achei / tutti insieme saltandoti addosso; sarebbe meglio per me / scendere sottoterra, se restassi senza di te; perché

non avrò / alcun altro conforto, quando tu abbia seguito il destino, / ma solo dolori”) [17]

La trama riguardante le ultime ore di vita di Ettore è nota ai più soprattutto grazie alla trasposizione cinematografica che, quantunque infedele al testo d'origine, riproduce in modo efficace la disperazione della moglie. Qui, naturalmente, ricorriamo al frammento letterario di pertinenza. Andromaca si misura con la prematura e imminente perdita dell'uomo che ama. Di questa sorte è più che consapevole, sebbene la consapevolezza, nel suo caso, sia un sovrappiù d'impotenza. De Chirico, con sapienziale abilità, li raffigura l'uno di fronte all'altra, ma privi di braccia, schiacciati da un desiderio inesaudibile e lacerante. Achille deve vendicare la morte dell'amato cugino Patroclo; in ciò stesso, rappresenta una forza superiore, incontrastabile e inominabile, ciò di cui si può solo aver paura, ma che l'eroe troiano, per contro, ha il dovere di fronteggiare. Ettore stesso non manca di consapevolezza, anche se l'*ἦθος* (*èthos*, *consuetudine*, *uso*, *costume*) omerico-iliadico gl'impedisce di fuggire. Qui, il disagio prende forma da un fenomeno quasi opposto a quello di Io, la quale, come abbiamo visto, tenta la fuga. In entrambi i casi, però, con o senza un tentativo di fuga, il *trauma* resta imperscrutabile, alienante; è generato da un agente esterno, come scrivono i lessicografi.

3.4 Sindrome di Joseph K.

“Josef K. (...) senza che avesse fatto nulla di male, una mattina viene arrestato.” [18] Si cercano invano nelle pagine kafkiane de *Il processo* le ragioni di qualcosa di determinato: il fatto, la cosa e le conseguenze del formarsi degli stati di cose (in realtà, più le conseguenze che il resto) bastano da sé a istruire una lacerante requisitoria esistenziale che non approda mai ad alcunché di specifico [19]. Sulle prime, Josef K. è costretto ad assistere ad uno sconclusionato andirivieni di sconosciuti che fanno solo di dover compiere un arresto e null'altro. Le dinamiche dell'evento, di qualcosa che accade, ci giungono già sovrapposte all'identità del protagonista. I volti dell'Io narrante non hanno nome né significato o scopo, ma restano essenziali al fatto [20]. Essi si pongono dionisiacamente e s'identificano con lo scarto che sussiste tra il bisogno di affermarsi, che il protagonista potrebbe sentire come dirompente, e la sua incapacità di raccontarsi, di accettare le metamorfosi della realtà, di dare un nome alle cose. Josef K. viene isolato ed è rappresentato dal fatto stesso. Il gioco di differimento e sospensione tra i volti continua ininterrottamente: alle guardie giunte sul posto ad arrestarlo, senza tuttavia esibire alcun mandato di cattura, si sostituiscono gli impiegati di banca pronti ad accompagnarlo al posto di lavoro, mentre Josef K. persiste nell'isolamento e nell'inconsapevolezza, forse indolente nel doversi commisurare al principio di realtà. C'è da fare una riflessione decisiva in quanto alla fenomenologia dell'arresto. Se, per certi versi, non si legge mai in queste pagine un che di descrittivo, d'altro canto, è vero che il δράμα (*dràma*, *fatto*, *azione*) si svolge e si compie sempre ed esclusivamente in vere e proprie dimensioni domestiche, manifestando così lo spossante e lacerante legame con una sorta di trauma originario, ma non alterando mai lo scorrere ordinario della consuetudine socio-simbolica. Anche i susseguenti

incontri con l'autorità deputata a giudicarlo avvengono in anguste casupole. Ciò sta ad indicare che l'arresto di Josef K. è il crollo dell'Io, dell'Io tormentato d'un protagonista che non si riconosce, fuorché in questo inaspettato *non essere-più-libero con l'habitus linguistico dell'essere-così-e-non-altrimenti* [21].

Si legga a proposito un frammento della conversazione tra Josef K. e la signora Grubach!

“Lei di certo è in arresto, ma non come si arresta un ladro. Se si è arrestati come un ladro, allora è grave, ma questo arresto... Mi pare una cosa dotta, mi scusi se dico qualcosa di stupido, che certo non capisco ma che per altro non si deve capire.”

“Quello che ha detto non è affatto stupido (...) Sono stato colto di sorpresa, ecco tutto. Se subito dopo essermi svegliato, senza farmi confondere dall'assenza di Anna, mi fossi alzato e (...) fossi venuto da lei (...) in breve se avessi agito ragionevolmente, allora non sarebbe accaduto niente (...)”. [18]

Il protagonista tenta di trattare l'evento straordinario come un errore di valutazione e non mai come evento causale importante o che si configuri come tale da mettere in discussione l'equilibrio consolidato nel tempo. Il registro linguistico-stilistico adoperato, non a caso, è fitto di figure retoriche e del significato: dall'allegoria alla litote per sconfinare nelle perifrasi, di cui il testo abbonda a segnare dei confini semantici entro cui si tenta di esperire il *trauma* stesso come un fatto tra i fatti. L'arresto è una *cosa dotta* e Josef K., pur non considerandolo *cosa dotta* (lo afferma chiaramente nel testo), racconta a sé stesso che avrebbe potuto agire diversamente: nasconde la verità e, nel contempo, dice la verità. L'Io catturato de *Il processo* è anche l'identità narrante della *Lettera al padre*, dove Franz Kafka, ben lungi dal concepire la colpa come statuto ontologico dell'esser-ci alla maniera heideggeriana, per cui il fatto stesso d'essere *gettato-progettante* impone all'individuo vivente d'accettare anche il *non-potere-progettare* [22] e, di conseguenza, la colpa esistenziale, dichiara fin dall'incipit d'avere paura del padre.

“Carissimo padre,
di recente mi hai domandato perché mai sostengo di avere paura di te. Come al solito, non ho saputo risponderti niente, in parte proprio per la paura che ho di te, in parte perché questa paura si fonda su una quantità tale di dettagli che parlando non saprei coordinarli neppure passabilmente.” [23]

Franz, confrontandosi col padre, che offre al figlio un modello d'uomo invulnerabile, inattaccabile, capace di garantire alla famiglia ogni forma di benessere, si sente smiunito e avvilito. A quanto pare, il piccolo Franz è l'esatto contrario del modello di uomo 'valido': a poco a poco, perde il possesso di sé. Di conseguenza, nell'accingersi ad assolvere l'ufficio di scrittore, Franz non trova più sé stesso, i propri volti nella

metamorfosi della quotidianità. Franz viene incoraggiato, per converso, a fare il saluto militare: “ma io non ero un futuro soldato” scrive Kafka nella *Lettera* [23]; viene incoraggiato a fare delle cose che soddisfacciano l'orgoglio del padre, cose tese a educare una figura di maschio dominante cui Franz però non aspira.

“Ricordo ad esempio come, frequentemente, ci spogliavamo in cabina. Già ero schiacciato dalla tua nuda fisicità. Io magro, debole, sottile, tu forte, alto, massiccio”[23]

4. *Sommessamente*

La letteratura delle *sindromi*, cioè del *concorrere* di *elementi traumatici*, non è, come si potrebbe pensare sbrigativamente, il regno delle fantasticherie o dell'estro scritturale per il quale il pensiero logico si consolida di analogia in analogia; è, anzitutto e per lo più, il luogo della scoperta, entro i cui confini la semantica potrebbe diventare disfunzionale o, addirittura, del tutto inadeguata [24]. La parola dell'esistenza kafkiana, cioè di colui che non è più in grado di nominare persone e cose, è una parola che possiamo, a malapena, pronunciare *sommessamente*, una sorta di mistero della lingua, il più temibile e pericoloso dei misteri, la cui più alta espressione si ha nella paura della morte, la paura di non potere più esserci, di non avere più una parola per significare adeguatamente e in modo rassicurante persone e cose. Il *trauma*, in questo senso, è nella parola stessa, quand'anche non sia detta.

Cesare Pavese ha dedicato buona parte della propria esistenza alla ricerca di questa parola, riportando ossessivamente in un diario ogni disperante tentativo di rendere sopportabile l'idea della morte, come in una sorta di tormentosissima autoterapia. L'attività diaristica de *Il mestiere di vivere* comincia nel 1935 e si conclude nel 1950, anno in cui l'autore si tolse la vita. Probabilmente, è molto più noto al grande pubblico per il componimento *Verrà la morte e avrà i tuoi occhi* (1951, pubblicato postumo), per il quale occorre fare qualche rilievo d'analisi testuale. Prima di tutto, però, è bene dire che appare ridicola la pretesa di certi critici che vorrebbero trovare nella separazione da Costance Dowling la causa del suicidio. Pur non avendo titolo scientifico per esaminare una scelta siffatta, non possiamo trascurare la mole di testimonianze letterarie con le quali Pavese ha declinato il proprio malessere, ora dominandolo ora lasciandosi dominare da esso. Se, infatti, osserviamo alcuni fenomeni linguistici [25] del testo poetico in questione, trattandoli proprio come *fenomeni*, vale a dire come manifestazioni d'una lingua esistenziale, e non solo come dati ermeneutici, ci rendiamo conto d'un messaggio interamente costruito sull'*ontologia della fine*, che, naturalmente, non può essere maturata solo in seguito a un episodio. Riportiamo il testo, così da poter mettere in evidenza gli elementi cui abbiamo fatto riferimento.

“Verrà la morte e avrà i tuoi occhi / questa morte che ci accompagna / dal mattino alla sera, insonne, / sorda, come un vecchio rimorso / o un vizio assurdo. I tuoi occhi / saranno una vana parola, / un grido taciuto, un silenzio. / Così li vedi ogni mattina

/ quando su te sola ti pieghi / nello specchio. O cara speranza, / quel giorno sapremo anche noi / che sei la vita e sei il nulla. / Per tutti la morte ha uno sguardo. / Verrà la morte e avrà i tuoi occhi. / Sarà come smettere un vizio, / come vedere nello specchio / riemergere un viso morto, / come ascoltare un labbro chiuso. / Scenderemo nel gorgo muti.”[26]

Le figure retoriche che si rivelano utili al nostro lavoro e, soprattutto, ci permettono di confermare la tesi dell'ontologia della fine sono tre:

- ❑ *personificazione*: “verrà”, “avrà i tuoi occhi”; il rapporto con la *morte* è diretto, quotidiano, non basato semplicemente su dei timori o delle ipotesi dottrinali;
- ❑ *antitesi*: “sei la vita e sei il nulla”; questo, molto probabilmente, è il più significativo degli elementi, giacché l'*ontologia* da noi indicata qui è nettamente marcata;
- ❑ *chiasmo*: “vana parola”, “grido taciuto”; qui, ci appropriamo definitivamente della ricerca pavesiana in merito alla parola che potesse rappresentare, in qualche modo, la morte; potremmo definirlo verso patente-documentale.

Fermo restando che un adeguato lavoro d'analisi testuale ci condurrebbe all'individuazione d'una struttura molto più complessa di quella apparsa in queste poche righe, siamo persuasi che, adesso, sia venuto alla luce, almeno in parte, il concetto di *parola-trauma*, qualcosa di equidistante sia dall'eziologia sia dalla sintomatologia. Il *trauma*, dunque, è anzitutto nelle parole; nelle parole, esso è *ferita* raccontata, è una storia. Poco meno di quindici anni prima, esattamente il 10 aprile del 1936, Pavese scriveva sul diario:

“Quando un uomo è nel mio stato non gli resta che fare l'esame di coscienza. Non ho motivo di rifiutare la mia idea fissa che quanto accade a un uomo è condizionato da tutto il suo passato; insomma, è meritato. Evidentemente, le ho fatte grosse per trovarmi a questo punto.”[27]

E il 30 ottobre del 1940:

“Qualche volta viene il sospetto che la morte - l'inferno - consisterà ancora del fluire di un dolore senza sussulti, senza voce, senza istanti, tutto tempo e tutto eternità, incessante come il fluire del sangue in un corpo che non morirà più.”[8]

In questa condizione, la parola non può essere altrimenti che *sussurrata*, come abbiamo scritto in precedenza, una sorta di *grido taciuto*, sempre sul punto d'essere *vana*, un *silenzio*; si manifesta tra la *vita* e il *nulla*. Cosa raccontiamo – a noi stessi o agli altri – quando l'angoscia prende il sopravvento e sentiamo venire meno lo slancio vitale? Di fatto, raccontiamo un mistero, qualcosa di oscuro; e lo facciamo *sommamente* perché si tratta di qualcosa che non conosciamo e ci fa paura.

La risposta arcaica a questa paura è affidata al *mito*, patrimonio narrativo, simbolico-religioso ed esistenziale, a lungo e a fortiori, considerato fonte inesauribile dagli studiosi di psicologia del profondo. Il μῦθος (*mýthos*), prim'ancora d'essere materiale archetipico, è essenzialmente *parola*, *discorso*, *racconto*, è esso stesso il *lògos* con cui l'uomo interpreta gli eventi. In ciò stesso e in virtù della radice indoeuropea da cui s'è formato, *parola sussurrata*: *mu- significa *mormorare*, *muggire* [9]; in greco,

come fa notare Chantraine [28], ha assunto il valore di “onomatopea che si rende con la bocca chiusa e tono lamentoso”. Μυστέριον (*mystèrion*, *mistero*), derivato anch'esso da **mu-*, a questo punto, è comprensibilmente quel segreto che solo a pochi può essere riferito; in altri termini, può essere *sussurrato* e ciò può accadere solo nell'ambito d'uno specifico rito.

L'intuizione degli psicologi del profondo, pertanto, cioè di coloro che, per primi, decisero di studiare la psiche attraverso la fenomenologia del mito, s'è rivelata più che valida, oltre che proficua. Non tutti, naturalmente, si sono mostrati consapevoli del fatto che la funzionalità semantica di alcune parole costituisce il fondamento dell'efficacia di alcune teorie, ma ciò non ne ha inficiato gli esiti. Anzi, tale dinamica rafforza la tesi saussuriana secondo la quale ereditiamo vere e proprie 'immagini acustiche' [29] grazie alle quali coesistiamo nel sistema della lingua.

L'unico limite che, molto di frequente, si riscontri nella letteratura di settore (non in quella prodotta dai grandi autori, Freud, Jung, Rank, Neumann *et al.*) consiste nell'eccessiva riduzione dell'area d'indagine: in poche parole, si prende in esame il misfatto, l'episodio traumatico, il cimento dell'eroe-protagonista [30], ma si trascura la vicenda umana. Perseo decapita Medusa, la Gorgone il cui sguardo è in grado di pietrificare chiunque osi fissarla, ma il *trauma* è rappresentato più dalla storia, dalla narrazione dell'intera trama, in cui la madre dell'eroe, Danae, è la prima vera vittima di abusi e tracotanza. Tutto ebbe inizio quando Acrisio, non avendo figli maschi, si rivolse all'oracolo e si sentì dire “tuo nipote ti ucciderà”. Di conseguenza, egli, non avendo il coraggio di uccidere la propria figlia, Danae, la rinchiuse in una torre. Qui, si potrebbe già rilevare il primo evento traumatico. Zeus, comunque, non ebbe difficoltà a dare sfogo alle proprie passioni e discese su Danae come pioggia d'oro rendendola madre di Perseo. Non sappiamo se Danae gradisse o meno. Potremmo quindi essere in presenza del secondo evento traumatico. Quando Acrisio se ne fu reso conto, mise la figlia e il nipote su un'imbarcazione e li abbandonò alle correnti marine. Come non pensare al terzo evento traumatico? L'imbarcazione fu trasportata dalle onde fino all'isola di Serifo, dove i naufraghi vennero tratti in salvo da Ditti e affidati al re Polidette. Questi, col tempo, non nascose le proprie mire su Danae, giungendo a pretenderla in sposa, cosicché Perseo, ormai cresciuto, fu costretto a difendere la madre. Si ha così la chiara attestazione del quarto evento traumatico. Polidette tentò pure d'ingannare Perseo, dicendogli d'essere interessato a sposare Ippodamia e chiedendogli la testa di Medusa come dono di nozze. Di conseguenza, non possiamo fare a meno di aggiungere un altro evento traumatico all'elenco stilato finora. L'epilogo eroico è universalmente noto: Perseo ottiene l'aiuto di Atena, è munito di scudo, sandali alati, sacca magica e falchetto e decapita la Gorgone, senza guardarla negli occhi. Ma si comprende che sarebbe riduttivo tentare di far valere il mito solo per l'atto di decapitazione, che non renderebbe affatto il senso del *trauma* e del *mistero della parola*.

“Πετόμενος εἰς τὸν Ὠκεανὸν ἦκε καὶ κατέλαβε τὰς Γοργόνας κοιμωμένας. ἦσαν δὲ αὗται Σθενὼ Εὐρυάλη Μέδουσα. μόνῃ δὲ ἦν θνητὴ Μέδουσα· διὰ τοῦτο ἐπὶ τὴν ταύτης κεφαλὴν Περσεὺς ἐπέμφθη. εἶχον δὲ αἱ Γοργόνες κε-

φαλάς μὲν περιεσπειραμένας φολίσι δρακόντων, ὀδόντας δὲ μεγάλους ὡς
 συῶν, καὶ χεῖρας χαλκᾶς, καὶ πτέρυγας χρυσᾶς, δι' ὧν ἐπέτοντο. τοὺς δὲ
 ἰδόντας λίθους ἐποίουν. ἐπιστὰς οὖν αὐταῖς ὁ Περσεὺς κοιμωμέναις, κατευ-
 θυνούσης τὴν χεῖρα Ἀθηνᾶς, ἀπεστραμμένος καὶ βλέπων εἰς ἀσπίδα χαλκὴν,
 δι' ἧς τὴν εἰκόνα τῆς Γοργόνης ἔβλεπεν, ἐκαρatóμησεν αὐτήν: Petòmenos eis
 ton Okeanòn hēke kai katēlabe tas Gorgōnas koimomēnas. Èsan de hàutai Sthenò
 Euryàle Mēdousa. Mōne de en thnetē Mēdousa; dià toùto epì ten tàutes kephalèn
 Persēus epēmphthe. Èichon de hai Gorgōnes kephalàs men periespeiramēnas phòlisi
 drakònton, odòntas de megàlous hos syòn, kai chēiras chalkàs, kai ptērygas chrysàs,
 di' hòn epētonto. Tous de idòntas lithous epòiou. Epistàs oun autàis ho Persēus koi-
 momēnais, kateuthynouses ten chēira Athenàs, apestrammēnos kai blēpon eis aspìda
 chalkèn di' ès ten eikòna tes Gorgōnos èblepen, ekaratòmesen autèn (Giunse volando
 sull'Oceano e trovò le Gorgoni che dormivano. Esse erano Steno, Euriale e Medusa.
 Solo Medusa era mortale: e perciò, per la sua testa Perseo fu mandato. Le Gorgoni
 avevano teste avvolte da scaglie di serpenti, zanne grosse come di cinghiali, mani di
 bronzo e ali d'oro, con cui volavano. Rendevano pietre coloro che le guardavano.
 Perseo avvicinandosi alle Gorgoni addormentate, mentre Atena gli guidava la mano,
 stando girato e guardando verso uno scudo di bronzo attraverso cui vedeva l'imma-
 gine di Medusa, gliela tagliò.)” [31]

Un altro mito adottato da molti studiosi come presupposto speculare del disagio post-traumatico è quello di Orfeo ed Euridice. In questo caso, lo svolgimento è meno articolato e i passaggi narrativi sono più chiari e marcati di quelli messi in evidenza precedentemente. In sintesi, una storia d'amore finita in tragedia. Un giorno, Euridice, trovandosi nei pressi di Tempe, nella vallata del Peneo, fu costretta a fuggire da Aristeo, che voleva usarle violenza. Durante la fuga, s'imbatté in un serpente velenoso che, con un morso, la condannò all'oltretomba. Il marito Orfeo, impavido e coraggioso, discese nel Tartaro, dove la donna veniva custodita da temibilissimi personaggi. Egli, tuttavia, disponeva della potenza vitale della lira e non pose alcun indugio a produrre una melodia che addolcisse le presenze inferie e determinasse il rilascio dell'agognata. Caronte, Cerbero, i giudici e perfino lo stesso Ade si lasciarono incantare: l'effondersi del suono cancellò, dunque, i confini tra i mondi. Il signore del regno invisibile, tuttavia, prima di restituire Euridice, dettò una condizione inderogabile: Orfeo, seguito da Euridice, non si sarebbe dovuto voltare, fintantoché non si fosse raggiunta la luce del sole. Orfeo, però, si voltò a controllare se la donna fosse alle sue spalle e la perdette per sempre.

“Καλλιόπης μὲν οὖν καὶ Οἰάγρου, κατ' ἐπὶ κλησιν δὲ Ἀπόλλωνος, Λίνος, ὃν Ἡρακλῆς ἀπέκτεινε, καὶ Ὀρφεὺς ὁ ἀσκήσας κιθαρωδίαν, ὃς ἄδων ἐκίνει λίθους τε καὶ δένδρα. ἀποθανούσης δὲ Εὐρυδίκης τῆς γυναικὸς αὐτοῦ, δηχθείσης ὑπὸ ὄφεως, κατήλθεν εἰς Ἄϊδου θέλων ἀνάγειν αὐτήν, καὶ Πλούτωνα ἔπεισεν ἀναπέμψαι. ὁ δὲ ὑπέσχετο τοῦτο ποιήσειν, ἂν μὴ πορευόμενος Ὀρφεὺς ἐπιστραφῇ πρὶν εἰς τὴν οἰκίαν αὐτοῦ παραγενέσθαι· ὁ δὲ ἀπιστῶν ἐπιστραφεὶς ἐθεάσατο τὴν γυναῖκα, ἣ δὲ πάλιν ὑπέστρεψεν: Kalliópes men oun kai Oiàgrou, kat' epìklesin de Apòllonos, Línos, hon Heraklès apèkteine, kai Orphēus

ho askèsas kitharodìan, hos àdon enìkei lithous te kai dèndra. Apothanoùses de Eurydikes tes gynaikòs autoù, dechthèises hypò òpheos, katèlthen eis Hàidou thèlon anàghein autèn, kai Ploùtona èpeisen anapèmpsai. Ho de hypèscheto toùto poièsein, an me poreuòmenos Orphèus epistraphè prin eis ten oikian hautoù paragenèsthai; ho de apistòn epistraphèis etheàsato ten gynàika, he de pàlin hypèstrepsen (Da Calliope ed Eagro (ma in realtà da Apollo), nacquero Lino che Eracle uccise, e Orfeo, colui che suonava la cetra e che cantando muoveva pietre e alberi. Essendo morta la sua sposa Euridice morsa da una serpe, egli scese nell'Ade desiderando riportarla sulla terra e persuase Plutone a rimandarla. Quello si impegnò a farlo a patto che Orfeo, durante il cammino, non si voltasse indietro prima di giungere alla sua casa; ma Orfeo non fidandosi si voltò a guardare la sposa, che discese di nuovo nell'Ade.)” [32]

Vien fatto di chiedersi: perché Perseo riesce a portare a termine l'impresa, ad affrontare e superare il *trauma*, mentre Orfeo crolla miseramente? Entrambi devono sopportare e acuire degli *sguardi di sventura*, l'uno verso Medusa, l'altro verso l'inconoscibile, entrambi sono muniti di strumenti di valore, l'uno lo scudo, l'altro la lira, entrambi hanno subito dei *traumi*: Perseo e Danae, addirittura, più d'uno; eppure Perseo ne esce vincitore, Orfeo sconfitto. Ciò accade perché Perseo non agisce da solo, chiede e ottiene aiuto: in suo soccorso, arriva Atena, la πότνια (*pòtnia*, *signora*) per eccellenza nata dalla testa di Zeus, la quale qui si riconfigura come metafora dell'*intelligenza della relazione*.

5. Conclusioni

La *parola-trauma*, quantunque *sussurrata*, perché si rigeneri come salvifica dev'essere condivisa: questa è la grande lezione che possiamo imparare dal modo in cui gli uomini raccontano il proprio disagio. D'altronde, se risaliamo ancora una volta al concetto di *mistero*, la cui radice verbale si esplica, com'è stato documentato, nel *sussurrare*, *mormorare*, sappiamo di dover *volgere lo sguardo* a una scena iniziatica in cui ottenere un superiore livello di conoscenza e aggregazione significa essere pronti a mettere in comunione e, nello stesso tempo, custodire un segreto, qualcosa di nascosto e che non a tutti si può rivelare. Il *focus* di questa nostra azione conclusiva, pertanto, si sposta sui meccanismi combinatorio-trasformativi [33, 34] coi quali i parlanti, in quanto attori dell'aggregazione, alterano i significati originari delle parole, distorcendoli e adattandoli al bisogno; la qual cosa avviene continuamente in un ambito inferenziale, d'incessante approssimazione [35]. Da un punto di vista linguistico, il rilievo non c'induce affatto a parlare di disfunzioni. Il linguista, infatti, al contrario, si limita a descrivere un fenomeno che la lingua di una certa comunità rappresenta in un determinato arco di tempo. Se, invece, consideriamo il presupposto psicolinguistico e comportamentale, più volte messo in evidenza, e riprendiamo la proposta di Watzlawick *et al.*, secondo quel comportamento a che solleciti il ripetutamente comportamento b, c, d, escludendo sempre il comportamento x, y, z, impone la formulazione di un postulato della metacomunicazione, allora ci

rendiamo conto che la proposta che abbiamo fatta può avere almeno un valore teorico, specie in attesa degli studi a venire e delle necessarie sperimentazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Jakobson, R., (1963). *Essais de linguistique générale*, trad. it. L. Heilmann e L. Grassi, 2002, *Saggi di linguistica generale*, 1966, Giangiacomo Feltrinelli editore, Milano
2. Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company. trad. it. di M. Ferretti, 1971, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma
3. Grice, H. P., & Moro, G. (1993). *Logica e conversazione: saggi su intenzione, significato e comunicazione*. il Mulino, Bologna
4. Pennisi, A., & Perconti, P. (2006). *Le scienze cognitive del linguaggio*. Il Mulino, Bologna
5. Rocci, L., 1998, *Vocabolario greco italiano*, Società editrice Dante Alighieri, Roma
6. Benveniste, E., 1969, *Le vocabulaire des institutions indo-europeennes*, trad. it. M. Liborio, 1976, *Il vocabolario delle istituzioni indoerupee*, Einaudi, Torino
7. Boisacq, E. (1916). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque. Histoire des mots*, Librairie C. Klincksieck, Paris
8. Pokorny, J. (2007). *Proto-Indo-European Etymological Dictionary*, ed. digitale a cura di Indo-European Language Revival Association, ed. Associazione Dnghu
9. Chantraine, P., Blanc, A., de Lamberterie, C., & Perpillou, J. L. (1968). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque: histoire des mots* (Vol. 4). Paris: Klincksieck
10. Erodoto, Storie, II, 63, 3, a cura di A. Izzo D' Accinni e D. Fausti, 2001, Fabbri, Milano
11. Battaglia, S., & Bàrberi Squarotti, G. (1961). Grande dizionario della lingua italiana. A cura della redazione lessicografica dell'UTET sotto la direzione di G. Barberi Squarotti
12. Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, trad. it di G. Longo e G. Trautteur, 2004, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi Edizioni, Milano
13. Canetti, E. (1960). *Masse und Macht*, trad. it di F. Jesi, 1981, *Massa e potere*, Adelphi, Milano
14. Neumann, E. (1949). *Ursprungsgeschichte Des Bewusstseins*, trad. it. di L. Agresti, 1978, *Storia delle origini della coscienza*, Astrolabio-Ubaldini editore, Roma
15. Euripide, *Prometeo incatenato*, 640-657, in *Eschilo Sofocle Euripide, Tutte le tragedie*, a cura di A. Tonelli, 2011-2013, Bompiani, Milano
16. Graves, R. (1955). *The Greek Myths*, trad. it. di E. Morpurgo, 1963, *I miti greci*, Longanesi & C., Milano
17. Omero, *Iliade*, 405-432, 1, a cura di G. Cerri e A. Gastoli, 2000, Fabbri, Milano
18. Kafka, F. (1925). *Der Prozess*, trad. it. di G. Landolfi Petrone e M. Martorelli, 1991, *Il processo, in Kafka Tutti i romanzi e i racconti*, Newton, Roma
19. Freud, S. (1915). *Die Verdrängung*, trad. it. di J. Sanders, C. Galasi e L. Breccia, 2004, *La rimozione*, in *Opere 1905-1921*, Newton & Compton Editori, Roma
20. Hofstadter, D. R., Dennett, D. C. (1981). trad. it. di G. Longo, 1985, *L'io della mente*, Adelphi edizioni, Milano
21. Raio, G., *Antinomia e allegoria, introduzione de Il processo*, op. cit.
22. Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*, trad. it. di P. Chiodi, *Essere e tempo*, 1976, Longanesi, Milano
23. Kafka, F. (1919). *Brief an den Vater*, trad. it. di F. Ricci, 2004, *Lettera al padre*, Newton, Roma
24. Jung, C. G. (1912). *Wandlungen und Symbole der Libido*, trad. it. di G. Mancuso, 1975, *La libido, simboli e trasformazioni*, Newton Compton editori, Roma
25. Tomaševskij, B. (1925). *Teorija literaturi*, trad. it. di M. Di Salvo, 1978, *Teoria della letteratura*, Feltrinelli, Milano
26. Pavese, C. (1961). *Poesie*, Einaudi, Torino

27. Pavese, C. (1935-1950). *Il mestiere di vivere*, a cura di M. Guglielminetti e L. Nay, 1997, Einaudi, Torino
28. De Saussure, F. (1922). *Cours de linguistique générale*, trad. it. di T. De Mauro, 1962, *Corso di linguistica generale*, Gius. Laterza & Figli, Roma-Bari
29. Rank, O. (1909). *Der Mythos von der Geburt des Helden. Versuch einer psychologischen Mythendeutung*, trad. it. di F. Marchioro, 1974, *Il mito della nascita dell'eroe*, Sugarco edizioni, Carnago
30. Pseudo-Apollodoro, *Biblioteca*, II, 39-42, trad. nostra, a cura di E. Bekker, 1854, Teubner, Lipsia
31. Apollodoro, *Biblioteca*, I, 14-15, trad. nostra, a cura di E. Bekker, 1854, Teubner, Lipsia
32. Chomsky, N. (1988). *Language and Problems of Knowledge. The Managua Lectures*, trad. it. di A. Moro, *Linguaggio e problemi della conoscenza*, 1991, Società editrice il Mulino, Bologna
33. Pinker, S. (1994). *The Language Instinct*, trad. it. di G. Origgi, 1997, *L'istinto del linguaggio*, Arnoldo Mondadori editore, Milano
34. Hjelmslev, L. T. (1943). *Omkring spragteoriens grundlaeggelse*, trad. it. di G. C. Lepschy, 1968, *I fondamenti della Teoria del linguaggio*, 1948, Einaudi, Torino
35. Hjelmslev, L. T. (1943). *Prolegomena to a Theory of Language*, University of Wisconsin Press, Madison, trad. it. *I fondamenti della Teoria del linguaggio*, 1948, Einaudi, Torino

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La funzione dell'intuizione nel contesto psicologico e psicoterapeutico

Olimpia Armenante¹, Maria Antonietta Quitadamo¹

¹ A.S.P.I.C.



Citation

Armenante O., Quitadamo M. A. (2022).
La funzione dell'intuizione nel contesto
psicologico e psicoterapeutico
Phenomena Journal, 4, 207-219.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.172>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Olimpia Armenante
o.armenante@gmail.com

Ricevuto: 22 ottobre 2022

Accettato: 6 dicembre 2022

Pubblicato: 6 dicembre 2022

ABSTRACT

The article deals with the construct of intuition, starting from an overview of studies and scientific research, in relation to the different importance with which various authors have been interested in the construct. Attention is focused on the difficulty, still present for scientific psychology and psychotherapy, to recognize a value to intuition, i.e. that of a different, more instinctual and emotional approach to knowledge. In the work presented, the emphasis is also placed on the need to approach intuition with a different gaze, going beyond the conception that there is an objective reality that can be independent of the observer, to give space to the subjective dimension, as can be seen by the contribution of various scholars and researchers. In this regard, the state of the art of studies on intuition will be highlighted, starting from what emerged from the phenomenological observation of the construct and from its application in psychological and psychotherapeutic clinical practice. During the mini review, the recognition, on the part of neurosciences, of intuition as a fundamental aspect in the healing process. Finally, we wanted to emphasize the importance, also in the training of psychotherapists, of acquiring an integrated pluralistic approach to develop an attitude that enhances the intuitive aspect in the therapeutic process.

KEYWORDS

Intuition, awareness, insight, creativity, focus, epochè, mindfulness.

ABSTRACT IN ITALIANO

Nell'articolo viene trattato il costrutto dell'intuizione, partendo da una panoramica di studi e di ricerche scientifiche, in relazione alla diversa importanza con cui si sono interessati al costrutto svariati autori. Viene focalizzata l'attenzione sulla difficoltà, ancora presente per la psicologia scientifica e la psicoterapia, a riconoscere all'intuizione un valore, ossia quello di un approccio diverso alla conoscenza, più istintuale ed emotivo. Nel lavoro presentato l'accento è posto, inoltre, sulla necessità di avvicinarsi all'intuizione con uno sguardo diverso, andando oltre la concezione che esista una realtà oggettiva che possa essere indipendente dall'osservatore, per dare spazio alla dimensione soggettiva, come si evince dall'apporto di diversi studiosi e ricercatori. A questo proposito sarà messo in evidenza lo stato dell'arte degli studi sull'intuizione, partendo da quanto emerso dall'osservazione fenomenologica del costrutto e dalla applicazione dello stesso nella pratica clinica psicologica e psicoterapeutica. Nel corso della mini review viene evidenziato anche il riconoscimento, da parte delle neuroscienze, dell'intuizione come un aspetto fondamentale nel processo di cura. Si è voluto, infine, enfatizzare l'importanza, anche nella formazione degli psicoterapeuti, dell'acquisizione di un approccio pluralistico integrato per sviluppare un atteggiamento che valorizzi l'aspetto intuitivo nel processo terapeutico.

PAROLE CHIAVE

Intuizione, consapevolezza, insight, creatività, focusing, epochè, mindfulness.



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

1. Introduzione

In letteratura troviamo articoli e pubblicazioni [1; 2; 3; 4] che trattano l'intuito come argomento di studio scientifico a partire dagli inizi del XX secolo, quando gli scienziati hanno iniziato a confrontarsi sui diversi modelli di pensiero scientifico [5]. Nonostante Konrad Lorenz, premio Nobel per la medicina nel 1973, abbia considerato l'intuizione come una delle più importanti facoltà cognitive, la stessa ha ricevuto scarsa considerazione nelle ricerche condotte da psicologi e da psicoterapeuti. La psicologia scientifica [6; 7] è stata ed è tutt'ora in difficoltà nel riconoscere l'intuizione come una modalità diversa di conoscenza, concepandola principalmente come la risultante di processi inconsapevoli *bottom-up* che si fondano sulla capacità della mente di elaborare le informazioni in modo non cosciente. Questi processi partono da input percettivo-sensoriali che raggiunta la soglia della consapevolezza, diventano espliciti, ma in modo non discorsivo, come immagini, sensazioni, emozioni, in modo tale che anche il corpo diventa uno strumento per sperimentare l'intuito.

Ancora oggi la letteratura, gli studi sperimentali e la conseguente ricerca sull'intuizione nel campo della psicologia e della psicoterapia, come ravvisabile anche in alcune review pubblicate [8; 9], rimangono periferici e trascurati, per la difficoltà a riconoscere all'intuizione lo status di costrutto concettuale utilizzabile in modo oggettivamente/scientificamente replicabile. Tale costrutto, infatti, è stato considerato non in grado di consentire osservazioni ed esami obiettivi della realtà, perché è stato spesso associato, nel pensiero comune, con il paranormale e reputato troppo pervaso di emotività. Avvicinandosi all'intuizione con uno sguardo diverso, non si può prescindere dall'osservare e accettare come in essa siano presenti aspetti emozionali con tutte le loro sfumature e gradazioni di variazione e intensità [10].

A nostra conoscenza la letteratura sembra aver mostrato scarso interesse nei confronti dell'intuizione per la difficoltà a riconoscerle la possibilità di costituire una modalità conoscitiva pregnante nell'ambito della psicologia. Per permettere all'intuizione di acquisire tale valore occorrerebbe andare oltre il pensiero che esista una realtà oggettiva, indipendente da chi osserva e dare spazio alla dimensione soggettiva. Vi sono, inoltre, prospettive diverse tra ricercatori e studiosi [5]: coloro che si pongono in una prospettiva oggettivista, scientifica, prevalente nella nostra cultura, tendono a una verità assoluta attraverso l'empirismo o il razionalismo, mentre sono inclini a rifiutare la componente soggettiva (percezioni, emozioni), considerandola un fenomeno magico, causa di errore [11]. Coloro che, invece, si pongono in una prospettiva soggettivista danno valore alle sensazioni soggettive, alle sfumature emotive, le considerano una ulteriore fonte di informazione e in tal senso l'intuizione può orientare l'essere umano nel suo percorso di vita.

L'intuizione, quale fenomeno costitutivo dell'essere umano, rappresenta nel contesto psicologico, clinico e terapeutico una modalità conoscitiva che risuona con la persona e la vita stessa. Può essere intesa come strumento clinico rivolto alla comprensione autentica dell'altro [11]. Hadamard [13] fa riferimento a molti casi in cui l'intuizione ha costituito e costituisce un elemento fondamentale del progresso scientifico. Di

contro troviamo il sostegno [2] all'esistenza di una conoscenza intuitiva immediata non discorsiva all'interno della matematica, della tradizione filosofica classica greca e della tradizione delle pratiche di meditazione. Nella matematica e in particolare nella logica matematica l'intuizione è il fondamento di entrambe ed è alla base del pensiero razionale rigoroso, è una sorta di percezione diretta delle verità universalmente riconosciute ed applicate nell'ambito della matematica. "L'intuizione o *insight* è la capacità di cogliere in un modo diretto e immediato la verità e la realtà di un oggetto matematico, e poi di introdurre/creare concetti, formule, congetture adatti a esprimerli e trovare dimostrazioni. La razionalità o pensiero razionale, discorsivo, è la capacità di verificare poi se questi concetti, dimostrazioni ecc. sono corretti. Nel corso degli studi universitari di matematica un allievo apprende come padroneggiare la propria razionalità. Ma è richiesto molto più talento e sforzo per crescere nella propria capacità di intuizione, che è necessaria per sviluppare la nostra disciplina" [2] (p. 47). È evidenziabile, quindi, un'importante tradizione che riconosce l'esistenza di una forma superiore di intuizione, ponendola proprio come fondamento del pensiero razionale. Nella tradizione filosofica classica greca, l'intuizione è vista come la forma più alta di conoscenza umana in generale, che rende l'uomo capace di comprendere l'essenza dei fenomeni delle "cose". Secondo Cartesio (1596-1650), infatti, l'intuizione è una funzione fondamentale dell'atto conoscitivo, l'espressione di uno spirito sano e attento e un processo più semplice della deduzione (che ha la funzione di rendere esplicita l'intuizione), e ci rende certi nello stesso tempo di pensare e di esistere. Per Kant (1724-1804) l'intuizione è un elemento proprio della conoscenza. L'intuizione concerne il modo in cui l'essere umano viene modificato dagli oggetti attraverso gli organi di senso, mentre il pensare l'oggetto dell'intuizione riguarda il mondo dell'intelletto. Nell'intuizione il soggetto conoscente è attivo nei riguardi dell'oggetto della conoscenza, già Aristotele [14] (p. 402), infatti, negli Analitici Secondi (IV secolo a.C.) affermava "I possessi sempre veraci sono la scienza e l'intuizione, e non sussiste altro genere di conoscenza superiore alla scienza, all'infuori dell'intuizione". Nella tradizione delle pratiche di meditazione di consapevolezza (*mindfulness*) la conoscenza intuitiva viene espressa attraverso l'"*insight meditation*", termine con cui vogliono significare un vedere in profondità "*in modo penetrante e non concettuale dentro la natura della mente e della realtà*" [15]. Secondo il pensiero buddista lo sviluppo della mente è collegato all'*insight*. Lo sviluppo dell'*insight* facilita la saggezza, che, come forma di conoscenza più alta, porta all'intuizione. [16]. Da quanto si evince in letteratura, lo studio dell'intuizione sta passando attraverso l'accettazione e l'esame degli aspetti emotivi ad essa associati e di tutte le loro sfumature, portando l'attenzione al "mondo interno" della conoscenza, che ha determinato anche la ricerca di termini alternativi come quello di *insight*, termine più vicino al concetto di intuito. L'esperienza dell'*insight*, legata alla creatività, si manifesta come vissuto di scoperta o illuminazione improvvisa, come fase culminante del processo di *problem solving* [17].

Alcuni autori e ricercatori cognitivisti, Arnd-Caddigan & Stickle [18], Shirley & Langan-Fox [19], definiscono l'intuizione come decisione o come conoscenza inequi-

vocabile in base ad informazioni insufficienti, in assenza della consapevolezza cosciente del pensiero razionale. L'*insight*, invece, viene da loro descritto come acquisizione di conoscenza e realizzazione improvvisa, che richiede un periodo di incubazione del problema prima che vi sia il riconoscimento di una soluzione [18; 19]. Un'importante differenza è stata riconosciuta nella natura dell'intuizione e dell'*insight* e fa riferimento al fatto che mentre l'intuizione è pervasa di emozione, accade in modo istantaneo e non è comunicabile a livello verbale, l'*insight* può essere comunicabile ed esplicitato verbalmente [20]. Secondo Zhang et al. [21] intuizione e *insight* condividono la stessa base a livello neurale che riguarda l'attivazione della corteccia temporale superiore destra, relativa all'elaborazione inconscia dell'informazione. Zhang et al. [21] evidenziano anche che nell'intuizione l'attivazione inconscia dell'informazione porta a un comportamento di *decision making*, (processo che porta a prendere una decisione rispetto a una particolare azione), favorendo l'attivazione della corteccia parietale inferiore bilaterale. Nell'*insight*, invece, l'attivazione inconscia dell'informazione orienta al recupero cosciente della soluzione, stimolando l'attività delle onde gamma. A livello cognitivo, la velocità e l'efficienza dell'elaborazione dell'informazione creano il vissuto di "sensazione di stomaco" (*gut feeling*) dell'intuizione [21] e, per quanto riguarda il recupero della soluzione, danno origine alla comprensione improvvisa e immediata della strategia utile ad arrivare alla soluzione di un problema, colloquialmente conosciuta come "lampo di genio". Quanto sopra detto verrà ulteriormente approfondito nel paragrafo Neuroscienze, Psicoterapia, Psicoterapeuta e Intuizione.

Per Bastick [10] ciò che differenzia questi due termini è il fatto che il termine intuito è più utilizzato e conosciuto rispetto all'*insight* e che quest'ultimo presenta maggiori requisiti di scientificità [22]. Charles [22] focalizza l'attenzione su come questi due concetti vengono utilizzati in psicoterapia, dove l'intuizione riguarda solitamente il processo che si stabilisce con il terapeuta, mentre l'*insight* fa riferimento a una maggiore consapevolezza che si realizza nel cliente e che gli permette di comprendere meglio il proprio disagio.

Diversi autori, Gendlin [23], Welling [12], Dodge Rea [24], pur aderendo a modelli teorici differenti, hanno evidenziato che i fenomeni intuitivi, presentandosi con diverse modalità e in diversi modi, possono essere classificati in base alla quantità di informazioni che essi contengono e, quindi, è più utile concentrarsi sul processo intuitivo, piuttosto che sul fenomeno singolo dell'intuizione. Per Gendlin [23], infatti, il processo intuitivo è il vero nucleo della psicoterapia e del percorso terapeutico. Welling [12] ha centrato l'attenzione sul processo intuitivo, descrivendolo come caratterizzato da una sequenza di 5 fasi all'interno delle quali aumenta la specificità e la forza discriminatoria dell'intuizione stessa. Le cinque fasi del modello di Welling [12] sono: 1. la fase della scoperta (di rilevamento) caratterizzata dalla sensazione che qualcosa sta accadendo o è presente; 2. la fase della consapevolezza dicotomica quando qualcuna delle qualità dell'intuizione emerge alla consapevolezza; 3. fase del collegamento con l'oggetto, per cui si è in grado di identificare gli elementi (os-

servazioni, idee, oggetti, eventi) che vengono sentiti o percepiti come rilevanti e attinenti con l'intuizione; 4. fase della soluzione metaforica durante la quale l'intuizione prende forma attraverso immagini, sentimenti o parole. La Gestalt¹, pur essendo percepibile, necessita che sia chiarito il significato esplicito in relazione alla situazione stimolo; 5. fase della comprensione verbale esplicita durante la quale l'intuizione diviene finalmente del tutto comprensibile, grazie all'identificazione degli elementi che la compongono (metafora, concetto proposto, ecc.).

Dodge Rea [24] ha descritto quattro fasi che descrivono il processo intuitivo e che sono: 1. fase del lasciarsi andare, durante la quale viene interrotto il dialogo interno di sentimenti e pensieri e si riesce a sperimentare un senso di unità e di apertura; 2. fase della connessione, in cui si sperimenta un senso di attrazione, di unione, quasi di fusione come se si entrasse nella parte più interna delle persone e delle situazioni; 3. fase dell'ascolto che diventa ascolto intuitivo e ricettivo, e consente di accogliere le informazioni piuttosto che ricercarle; 4. fase del momento intuitivo, in cui l'intuizione si manifesta attraverso immagini, sensazioni, sapori, suoni, parole, odori, che possono prendere forma singolarmente o in combinazione tra loro o in modalità sequenziale. Inoltre Dodge Rea [24] conclude, dopo aver analizzato quanto è stato scritto in relazione all'intuizione, che nonostante essa abbia una natura complessa, può essere oggetto di studio e proprio perché sofisticata e comunque rapida può essere superiore alla ragione in alcuni compiti cognitivi, può essere osservata con consapevolezza e attivata senza subire interferenze.

Di seguito il costrutto dell'intuizione verrà approfondito in relazione agli aspetti fenomenologici e alla pratica clinica, che sono gli ambiti che hanno suscitato il nostro interesse sia a livello di conoscenza teorica e sia di operatività professionale.

2. Dalla fenomenologia alla pratica clinica

All'interno del colloquio clinico, lo psicoterapeuta può trovarsi di fronte a un dilemma, come affermano Rossi Monti e Stanghellini [11], rispetto a quale atteggiamento assumere: un atteggiamento che dia spazio all'oggettività orientata alla ricerca della verità assoluta o un atteggiamento rivolto alla soggettività che prenda in considerazione il concetto di relativismo assoluto. L'oggettivismo prevede una conoscenza dell'altro in terza persona, e quindi una conoscenza rivolta alla spiegazione sulla base di concetti e teorie. Il soggettivismo, valorizzando le sensazioni dell'individuo, è diretto, attraverso un ascolto empatico, a una conoscenza delle esperienze in prima persona dei pazienti, di ciò che sono in grado di raccontare dei vissuti che affiorano alla loro coscienza. In tale ambito l'intuizione, utilizzando il linguaggio dell'immaginazione, può favorire la descrizione dell'esperienza personale. Di conseguenza nello spazio del colloquio clinico oggettività e soggettività sono entrambe presenti e possono interagire tra di loro. Lo psicoterapeuta nel suo lavoro dovrebbe muoversi tra l'atteggiamento oggettivante dell'*avere-qualcosa-di-fronte* e l'atteggiamento empatico dell'*essere-con-qualcuno* [11]. Durante un colloquio, in alcuni momenti, lo psicoterapeuta crea una relazione con il paziente come persona, in modo

1. Gestalt, parola di origine tedesca che sta ad indicare la totalità della forma di una struttura unitaria significativa, ossia di una configurazione globale da intendersi come percezione di una esperienza

indipendente dalle caratteristiche del suo disturbo, mentre in altri momenti si focalizza sugli aspetti patologici che il paziente presenta, e tenta di ricondurre tali aspetti ad un disturbo descritto dalla nosografia. Quello che è importante, è che il clinico non separi questi due aspetti e li consideri, invece, come due momenti complementari dello stesso processo. Ciò richiede che lo psicoterapeuta abbia una visione ampia della persona e veda non solo il disturbo ma l'essere umano che ha di fronte.

Per Charles [22] il rifiuto dell'intuizione può essere dovuto anche al fatto che, negli scritti della filosofia classica, il concetto di intuizione sembrava derivare da un processo conoscitivo che assumeva connotazioni mistiche e religiose e non procedeva su basi razionali. Ciò ha fatto sì che l'intuizione fosse considerata come un fenomeno soprannaturale e con tale accezione sembra si sia tramandata nel tempo come già accennato.

Charles [22] ritiene, inoltre, che la mancanza di letteratura nei riguardi dell'intuizione sia dovuta al prevalere nel pensiero psicologico, dagli anni '20, del behaviorismo, in base al quale la conoscenza procede per prove ed errori, a differenza di quanto sostenuto dall'approccio gestaltico che sosteneva come fondamento della percezione il concetto di forma nella sua interezza. Un ulteriore motivo di disinteresse nei confronti dell'intuizione può derivare dal prevalere del pensiero positivista, per il quale l'approccio scientifico rappresenta la massima possibilità di conoscenza.

Per Jung [22], attraverso l'intuizione, noi possiamo rivolgere la nostra attenzione a tutto ciò che è sconosciuto e nascosto ma se ciò emergesse alla coscienza verrebbe respinto e mantenuto segreto perché è fonte di paura, potrebbe spaventarci. L'essere umano, quindi, ha preferito proteggersi attraverso la scienza e la ragione [22], non ricordando che alcune scoperte scientifiche hanno avuto origine da processi intuitivi. Si preferisce, pertanto, conoscere attraverso un approccio esterno, utilizzando l'osservazione e la modalità empirica, invece, che attraverso un approccio che attinga al mondo interno delle idee, principi, riflessioni, vissuti, percezioni.

L'intuizione viene ancora rifiutata perché associata all'irrazionalità, all'illogicità e alla confusione e, tuttavia, non è possibile evitare di utilizzarla nei diversi settori della psicologia e della scienza come la psicodiagnosi, la psicoterapia, in ambito didattico, e formativo, nel risolvere problemi (*problem solving*) e nella creatività scientifica, che richiede una verifica logica dell'idea intuitiva stessa [25].

Per la prospettiva fenomenologica² [26], l'intuizione rappresenta l'origine della conoscenza. La fenomenologia si propone come scienza della soggettività attraverso il recupero dell'esperienza vissuta e l'importanza data all'intenzionalità. Viene così messo in evidenza come all'interno dell'esperienza siano inevitabilmente connessi soggettività e oggettività, per cui procedere ad una loro separazione è frutto di un'azione fatta a posteriore e illegittima.

La fenomenologia di Husserl ha indagato i fenomeni per il modo in cui ci appaiono, per il modo in cui "manifestatamente" sono [26], rinnegando qualsiasi teoria preconstituita, qualsiasi convinzione o visione scontata del mondo, attraverso l'uso dell'*epochè*, l'atto con cui si sospende il giudizio d'esistenza delle cose e di qualsiasi realtà che trascenda la vita della coscienza. Levinas [27], studioso di Husserl [26],

2. Metodo di indagine filosofica sviluppato da Edmund Husserl (1859-1938), in opposizione alla scienza tradizionale naturalistica, nei primi anni del XX secolo, che si basa sull'analisi dei fenomeni per come si presentano alla coscienza, intesa non come soggettività empirica, bensì come fondamento trascendentale di ogni esperienza possibile. Tale metodo è stato successivamente ampliato da successivi pensatori quali Heidegger, Scheler, Binswanger.

ritiene che attraverso l'intuizione, nei contenuti sensoriali della percezione, nello spazio dell'immaginazione (fantasie) e nel luogo della memoria (i ricordi), gli oggetti giungono a presenza in modo diretto, immediato e pieno. Husserl [26] parla di intuizione eidetica che significa intuizione di essenze, visione diretta dell'essere delle cose, dell'oggetto in sé e questo avviene tramite l'epochè, con la sospensione del giudizio nei confronti di una persona, di un oggetto o situazione [4]. Questa operazione permette al fenomeno di essere così come è, in tutta la sua evidenza e chiarezza. Per Husserl [26] l'intuizione è l'accesso alla verità, attraverso essa si può comprendere la trascendenza e l'essere. Il filosofo sostiene che il mondo della vita, delle conoscenze intuitive sono il punto di partenza e di arrivo per la conoscenza.

Eric Berne, padre dell'Analisi Transazionale, ha dedicato particolare attenzione al ruolo dell'intuizione nel processo conoscitivo. Tramite i suoi studi e le sue ricerche si può arrivare ad una definizione pragmatica di intuizione fondata sull'esperienza clinica: "l'intuizione è la conoscenza basata sull'esperienza acquisita attraverso il contatto sensoriale con il soggetto senza che chi intuisce riesca a spiegare esattamente a se stesso e agli altri come è pervenuto alle sue conclusioni. Oppure, in termini psicologici, può essere definita come la conoscenza basata sull'esperienza e acquisita mediante funzioni inconse o preconse preverbalizzate attraverso il contatto sensoriale con il soggetto" [28] (pagg. 18-19). Tale definizione è molto simile a quella junghiana, secondo cui l'intuizione è quella funzione psicologica che trasmette percezioni in modo inconscio. Ciò comporta che l'individuo possa conoscere qualcosa senza sapere come lo conosce, ma ancora può essere possibile che non sappia cosa conosce ma si comporta e reagisce in un modo specifico, come se le sue azioni o reazioni si fondassero su qualcosa che conosce [28]. Berne [28] distingue tra intuizione attraverso un'esperienza soggettiva e un'intuizione basata su un'esperienza oggettiva. La prima riguarda un'esperienza propriocettiva, nel senso che se si è in grado di imitare la tensione muscolare del proprio interlocutore, si è in grado di comprenderne lo stato d'animo e in questo caso potremmo parlare di un inizio di empatia. Il secondo tipo di intuizione riguarda chi ha un'ampia esperienza clinica su un determinato argomento. L'autore [28] ritiene che vi sia una disposizione intuitiva che favorisce il processo dell'intuizione e, le informazioni che vengono raccolte attraverso tale disposizione, sono funzionali al processo terapeutico, dalla diagnosi al trattamento. Tale disposizione è caratterizzata da uno stato di vigilanza e recettività che richiede una intensa concentrazione. Possono essere intuiti almeno due tipi di fattori: gli atteggiamenti nei confronti della realtà (atteggiamenti dell'Io) e le manifestazioni istintuali (atteggiamenti dell'Es). Si possono ricavare gli indizi dell'espressione dell'Io dall'osservazione degli occhi, quelli dell'espressione dell'Es dai muscoli della parte inferiore del viso, della bocca e del collo. Ciò mostra come sia stata data attenzione alle manifestazioni corporee che sono entrate, pertanto, a far parte del processo intuitivo. Il lavoro di approfondimento del concetto di intuizione ha permesso a Berne [28] di affermare che esso è connesso a come gli individui si formano i loro giudizi di realtà. Per giudizio intende un'immagine della realtà che influisce sul comportamento e sui sentimenti nei confronti della realtà stessa. Questa immagine viene creata

attraverso l'integrazione di sensazioni e percezioni con le tensioni interne che si basano sui bisogni presenti e le esperienze passate. I processi che portano alla formazione dei giudizi, secondo Berne [28], avvengono attraverso: 1. una percezione verbalizzata, logica e attivamente diretta; processo conscio; 2. processi e osservazioni non verbalizzate basate su conoscenze già acquisite e strutturate che si sono integrate con la personalità; processo preconscio. In ambito diagnostico, ad esempio, l'esperto può fare una diagnosi immediata e forse solo dopo può verbalizzare i processi mentali in base ai quali l'ha formulata. Lo studente fa la diagnosi attraverso un processo conscio di sintesi, mentre lo specialista la formula attraverso un processo intuitivo che in seguito può analizzare; 3. un processo che si attua tramite l'aiuto di indizi la cui formulazione non è ancora diventata e forse non diventerà mai conscia. Tali indizi derivano dai sensi, compreso l'olfatto. Questo tipo di processo intuitivo è il più interessante dal punto di vista dell'autore, in quanto il giudizio è costituito dalla sintesi di elementi sensoriali distinti (percezioni "subliminali") di cui sia la percezione sia la sintesi sono al di sotto del livello di coscienza. È perciò un processo preconscio; 4. secondo modalità che non possono essere spiegate; processo inconscio. Gli esseri umani, pertanto, si formano dei giudizi tramite processi preverbal (cognizione senza *insight*) che operano, inconsapevolmente, quasi automaticamente al di sotto del livello di coscienza. Nel processo diagnostico messo in atto in ambito clinico, la diagnosi preliminare e formulata da un clinico esperto, è il prodotto di processi preverbal. Più tardi avviene il processo di verbalizzazione e razionalizzazione: "le cose vengono disposte automaticamente appena al di sotto del livello di coscienza, i fattori percepiti in modo subconscio vengono separati, prendono posto automaticamente e sono integrati nell'impressione finale, che infine viene verbalizzata con qualche incertezza" [28] (pagg. 36-37). Per cui i processi verbali sono aggiuntivi, mentre i processi intuitivi sono integrativi.

Il clinico che usa deliberatamente, quando opportuno, le sue facoltà intuitive nel lavoro diagnostico e terapeutico, viene definito da Berne [28] "*individuo intuitivo*". Il clinico deve essere curioso e mentalmente vigile a manifestazioni latenti e manifeste dei suoi clienti. L'intuizione entra sempre più nel processo diagnostico a mano a mano che lo psicoterapeuta acquista competenza ed esperienza. In base alla teoria berniana le dinamiche interpersonali vanno analizzate facendo riferimento a due dimensioni interattive, una manifesta e una latente. Il livello manifesto, o sociale, riguarda l'argomento della comunicazione mentre il livello latente, o psicologico, riguarda lo stato, il vissuto di colui che ha inviato il messaggio. La comunicazione latente, non verbale, non intenzionale, è più importante della comunicazione manifesta. Se si chiede a qualcuno "come stai?", questi rivela la sua situazione non con il contenuto manifesto della sua risposta ma con i gesti, la scelta delle parole, il tono della voce. Diventa rilevante non ciò che viene detto, ma come viene detto. Il mezzo attraverso il quale il terapeuta può sviluppare un'intuizione è prestare attenzione ai livelli di comunicazione tra le persone. Focalizzando l'attenzione sulla parte pratica, nella relazione terapeutica il paziente può ricercare nello psicoterapeuta le sue comunicazioni latenti. Egli cerca ciò di cui sente il bisogno e ciò di cui ha timore. Le

comunicazioni vengono analizzate dallo psicoterapeuta per trovare l'argomento latente più importante per il paziente. Il colloquio iniziale viene finalizzato all'ascolto per verificare i timori o le aspettative del paziente nei suoi confronti e non per scoprire se riesce a ottenere dal paziente ciò che desidera. Lo psicoterapeuta dà forma a un'impressione diagnostica, basata non sulle proprie esigenze del momento, ma su ciò che predomina nelle comunicazioni latenti del paziente. Spesso il clinico nel fare diagnosi può non accorgersi dello schema di controtransfert, della possibile sfiducia o ansia presente nella relazione tra sé ed il paziente, di quanto sta avvenendo a livello di comunicazione latente.

Nell'ambito del colloquio clinico vi è una comunicazione latente delle reazioni subconscie del paziente, alla sua situazione, alla percezione subconscia di queste reazioni da parte dello psicoterapeuta. La capacità dello psicoterapeuta è quella di riconoscere le proprie risposte latenti al cliente e purificarle dei pensieri generati da controtransfert e ansia. Berne dice [28] (p. 68) "la risposta latente ad una comunicazione è la conoscenza intuitiva del ricevente".

La supervisione può svolgere rispetto a ciò un ruolo fondamentale nel permettere al supervisionato di sviluppare l'*insight*, di aumentarne la consapevolezza cognitiva ed emotiva di ciò che prima era inconscio [29]. In questo può essere utile tenere conto sia delle intuizioni del supervisionato che di quelle del supervisore. L'intuizione interagisce con il controtransfert e dunque l'analisi e l'uso del controtransfert possono migliorare l'intuizione e promuovere la riflessione sulle dinamiche del cliente e della relazione con lui.

3. Neuroscienze, psicoterapia, psicoterapeuta e intuizione

L'intuizione viene riconosciuta come un aspetto fondamentale nel processo di cura sia nell'ambito della psicoterapia che in quello delle neuroscienze [12]. Nella psicoterapia l'intuizione riguarda sia le modalità relazionali e di essere del terapeuta che quelle del cliente, e nelle neuroscienze si mettono in luce aspetti utili a descriverla nel suo processo di funzionamento.

Attraverso il processo intuitivo lo psicoterapeuta è impegnato in un flusso relazionale e dinamico fatto di cambiamenti e aggiustamenti in *progress*, piccole fluttuazioni nell'attenzione e nelle risposte, sulla base della propria consapevolezza che proviene dall'interno di sé, nel proprio corpo, e dall'esterno di sé (ambiente). In questo caso le ricerche neuroscientifiche [30] evidenziano che l'emisfero che consente la visione di insieme, necessaria per il tipo di attenzione relazionale-duale che usa il terapeuta, è l'emisfero destro, che consente una prospettiva olistica per guardare le cose in modo aperto, attivando percorsi induttivi su larga scala, attraverso i quali l'intuito unisce informazioni multisensoriali, dotandole di significato utile al percorso terapeutico. Nel processo psicoterapeutico, quindi, il terapeuta si muove tra il *mood* intuitivo dell'emisfero destro e quello risolutivo-decisionale del sinistro. I due emisferi, inoltre, secondo Guy Claxton [30] sono in relazione a tre diverse velocità nelle modalità di processamento delle informazioni del sistema mente-cervello-corpo. L'intelligenza del corpo, la più veloce, e il processo più lento che riguarda l'*insight*, sono un pro-

dotto dell'emisfero destro. Un processamento intermedio come velocità, riferito al pensiero conscio, ai progetti, alle decisioni e alle strategie riguarda l'emisfero sinistro. Durante il processo terapeutico, grazie all'intuizione, il corpo del terapeuta coglie e afferra informazioni come, ad esempio, movimenti molto sfuggenti che utilizza come strumenti intuitivi, che stimolano il suo cervello e ne guidano la mente nel processo stesso [30]. Quando il terapeuta riuscirà a percepire nel corpo sensazioni che, grazie all'empatia, lo porteranno a sperimentare il “come se³”, questo gli consentirà di immedesimarsi nel vissuto del suo cliente, e ciò determinerà la possibilità che l'intuizione assuma un carattere di verità (oggettiva). Come evidenzia Fornaro [31], ciò consentirà al terapeuta di cogliere in una visione di insieme, in maniera globale e olistica, una molteplicità di informazioni che caratterizzano la relazione. Individuando ciò che collega il tutto, il terapeuta riuscirà a vedere nessi e connessioni, che consentano di accompagnare il paziente ad individuare una soluzione più funzionale alla situazione problematica che lo ha portato in terapia. Il terapeuta intuitivo, secondo Fornaro [31], è il professionista che si fa prendere dalle sensazioni, emozioni ed esperienze del cliente per farsi trasportare nel vissuto dello stesso, momento per momento, grazie ai neuroni specchio⁴ [32]. Sarebbe proprio questa comunione di sensazioni la base, attraverso la quale, arrivare alla cura, fino a far emergere, quindi, un nuovo significato che il terapeuta contribuisce a definire attraverso le parole o la drammatizzazione operativa in seno alla seduta. Il funzionamento intuitivo è più forte quando il terapeuta, invece di passare attraverso un'analisi di ogni singola parte del comportamento del cliente, fa esperienza in modo fenomenologico ed olistico del cliente. Da quanto riportato, anche grazie alle ricerche neurofisiologiche (vedi i neuroni specchio sopra citati), le caratteristiche del terapeuta che facilitano il processo intuitivo sono: una mente libera in cui sia messa a tacere la propria attività mentale, i propri stati affettivi e la propria consapevolezza, mentre è importante far emergere la creatività e il rimanere aperti all'immaginazione; l'osservazione meticolosa, ossia un'osservazione intesa come una piena comprensione esperienziale del cliente e, infine, un'accurata conoscenza di se stessi e della propria professione. Per realizzare un cambio di prospettiva necessario a dare rilevanza e riconoscimento clinico e scientifico all'intuizione, è importante considerare, come evidenziato da Dodge Rea, [24] che il cliente è più di un semplice insieme di sintomi, il terapeuta è più di un semplice tecnico e che la terapia è più di un semplice trattamento. Gli autori che sostengono l'importanza dell'intuizione del terapeuta come aspetto facilitante il processo terapeutico sono Reik [33], Lomas [34] e Rogers [35]. Secondo Reik [33] l'intuizione è essenziale per essere un efficace analista e per scoprire o capire dei pazienti ciò che altrimenti non sarebbe possibile. Anche Lomas [34] vede l'intuizione come un aspetto che accresce in maniera rilevante le capacità del terapeuta. Rogers [35] afferma che qualsiasi sua azione terapeutica, messa in atto quando è più vicino alla sua parte intuitiva, alla parte più sconosciuta di Sé o, come egli dice, quando nella relazione è forse in uno stato di coscienza leggermente alterato, produce migliori risultati positivi per il cliente, portandolo alla “guarigione”. Il terapeuta e il processo terapeutico ottengono risultati più efficienti ed efficaci quando si fa uso sia del processo analitico

3. “Come se” tecnica terapeutica che attraverso l'empatia, consente al terapeuta di entrare in sintonia con il paziente, in modo da riuscire a comprenderne meglio sentimenti e pensieri, per poterlo accompagnare verso una maggiore consapevolezza dei propri vissuti.

4. I neuroni specchio sono stati scoperti nel 1992 grazie al contributo di Giacomo Rizzolatti [32]. Costituiscono la base neurofisiologica dell'empatia. I neuroni specchio si attivano quando viene effettuata un'azione, ed hanno anche un ruolo nelle interazioni sociali, in quanto consentono di capire gli scopi e le emozioni della persona che si ha di fronte durante un'interazione. I neuroni specchio consentono alla persona di sapere repentinamente come vive l'esperienza l'altro con il quale entra in relazione.

consiglio che di quello intuitivo.

4. Conclusioni

L'obiettivo di questa mini review è quello di evidenziare lo stato dell'arte delle ricerche sull'intuizione nel processo terapeutico. Dalle pubblicazioni prese in esame, si evince che l'intuizione è sempre più esplorata e accettata nell'ambito della medicina, nell'ambito infermieristico e nel mondo del business e degli affari. Gli articoli scelti per la presente mini review sono stati estrapolati dai motori di ricerca attraverso alcune parole chiave (intuizione, insight, consapevolezza, epoche, scientificità, empatia, emozioni, irrazionalità). Nel mondo della psicoterapia sono ancora poche le ricerche al riguardo. Si trovano pubblicazioni che fanno riferimento a termini che possono essere interpretati come esempi di intuizione quali: conoscenza tacita, *insight*, percezione subliminale, cognizione implicita, acquisizione inconscia di informazioni, apprendimento implicito, *focusing*, creatività. Spesso infatti le proprietà dell'intuizione sono attribuite alla creatività. Secondo Bastick [10] sono quattro le caratteristiche dell'intuito e della creatività: un continuo accesso all'esperienza soggettiva, un flusso continuo tra conscio e inconscio, schemi di azione ideomotoria (sotto forma di regolazione motoria, di iniziali movimenti e di atteggiamenti anticipatori) e una facilità nell'organizzazione del materiale simbolico. La creatività sembrerebbe l'espressione di un alternarsi di un processo primario di pensiero che consente di contattare l'intuizione e un processo secondario che verifica le stesse intuizioni. In conclusione, da quanto descritto emerge che l'intuizione potrebbe essere considerata una guida inconsapevole e inconscia che potrebbe aiutare le persone ad orientarsi, una sorta di "modo di essere", ossia il riuscire a percepire qualcosa che non si sa come definire.

Si è visto che le intuizioni si manifestano con modalità sensoriali differenti (visive, uditive, cinestesiche o olfattive) e possono essere suscitate in modi diversi che sembrerebbero corrispondere ai diversi modi di "essere" dei terapeuti. L'intuito, nel processo terapeutico, riguarda non solo quello riferito al terapeuta, come fino ad ora esplicitato, ma anche quello del cliente. Il terapeuta può essere un facilitatore, stimolando la dimensione intuitiva del cliente e, quindi, la consapevolezza delle sue dinamiche comunicative e relazionali.

Oltre alle ricerche e alle pubblicazioni relative all'intuizione, è necessario anche far sì che la formazione degli psicoterapeuti promuova un atteggiamento che consenta alle scuole di riferimento di allargare gli orientamenti teorici, di andare verso un eclettismo metodologico [36] per dare spazio ad un approccio pluralistico integrato, volto a stimolare lo sviluppo di un atteggiamento che valorizzi l'aspetto intuitivo nel processo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Scarinci, A., Lorenzini, R., Ferri, M., & Borghetti, S. (2020). *Pensiero consapevole e pensiero automatico – Intuizione e bias in psicoterapia. Il pensiero veloce ci fa percepire il mondo ordinato, coerente, con l'illusione di previsione e controllo, il pensiero lento attiva elementi di correzione*. State of mind, Il Giornale delle Scienze Psicologiche <https://www.stateofmind.it/2020/01/pensiero-consapevole-automatico/>
2. Giommi, F. (2014). *Consapevolezza, intuizione e costruttivismo*. Costruttivismi Rivista semestrale edita da Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista, 1, 42-57
3. Giommi, F., Barbieri, S. (2016). *Consapevolezza intuitiva: il cuore della trasformazione terapeutica. I diversi metodi e tecniche psicoterapeutiche come mezzi per portare la coscienza in una "posizione osservativa" liberatoria. Una prospettiva che unifica alla radice costruttivismo e pratiche di consapevolezza* Costruttivismi, Rivista semestrale edita da Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista, 3 pp.76-90
4. Stanghellini, G. (2021). *Compendio di fenomenologia clinica - Giovanni Stanghellini - Le conferenze#01*[Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=6hzgEWvIdyA&list=PLjEET_K6ox-sOHMFLQrS3KkesVT_igOMNm_&ab_channel=PsicologiaFenomenologica.
5. Giusti, E., Ginnetti, G. (2013). *Intuizioni in Psicoterapia*, Roma: Sovera Edizioni
6. Rieber, R.W. and Robinson, D.K (a cura di) (2001) *Wilhelm Wundt in history. The Making of a scientific Psychology*, New York: Kluwer-Plenum,
7. Atkinson, R. L., & Hilgard, E. R. (2017). *Introduzione alla psicologia*, Roma: Piccin-Nuova Libreria
8. Hodgkinson, G., Langan-Fox, J., & Sadler-Smith, E. (2008). *Intuition: A fundamental bridging construct in the behavioral sciences*. British Journal of Psychology, 99, 1–27.
9. Libermann, M. D. (2000). *Intuition: A social cognitive neuroscience approach*. Psychological Bulletin, 126, 109-137.
10. Bastik, T. (2003). *Intuition:evaluating the construct and its impact on creative thinking*, Stoneman &lang, JKingston, Jamaica: West indies.
11. Rossi Monti, M., & Stanghellini G. (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
12. Welling, H. (2005). *The intuitive process: the case of Psychotherapy*, Journal of Psychotherapy Integration, 15, 19-47
13. Hadamart, J. (2022). *La psicologia dell'invenzione in campo matematico*. Milano: Raffaello Cortina Editore
14. Aristotele (IV secolo a.C.). *Secondi Analitici*. In G. Colli (a cura di), Organon. Torino: Einaudi, 1955
15. Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 146.
16. Bodhi, B. (2005). *In the Buddha's words*. Somerville, MA: Wisdom
17. Cherubini, P. (2012). *Psicologia generale*. Milano: Raffaello Cortina Editore
18. Arnd-Caddigan, M., & Stickle M. (2017). *A Psychotherapist's Exploration of Clinical Intuition: A Review of The Literature and Discussion*. International Journal of Integrative Psychotherapy, 8, 79-102
19. Shirley, D. A., & Langan-Fox, J. (1996). *Intuition: a review of the literature*. Psychological Reports, 79, 563-584
20. McCrea, S. (2010). *Intuition, insight, and the right hemisphere: Emergence of higher sociocognitive functions*. Psychology Research and Behavior Management, 3, 1-39.
21. Zhang, Z., Lei, Y., & Li, H. (2016). *Approaching the Distinction between Intuition and Insight*. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 1195 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01195>
22. Charles, R.(2004). *Intuition in Psychotherapy and Counselling*. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.
23. Gendlin, E. T. (2001). *Focusing. Interrogare il corpo per cambiare la psiche*, Roma: Astrolabio.

24. Dodge Rea, B. (2001). Finding our balance: The investigation and clinical application of intuition. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(1), 97.
25. Armezzani, M. (1998). *L'enigma dell'ovvio. La fenomenologia di Husserl come fondamento di un'altra psicologia*. Padova: Unipress.
26. Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind*. Routledge. (tr. it.) *La mente fenomenologica. Filosofia della mente e scienze cognitive*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 35.
27. Levinas, E. (2002). *La teoria dell'intuizione nella fenomenologia di Husserl*. Milano: Jaca Book.
28. Berne, E. (1992). *Intuizione e stati dell'Io*. Roma: Astrolabio. 18-19, 36-37, 68.
29. Gee, H. (1998). *Developing insight through supervision: relating, then defining*. In P. Clarkson (Cur.) *Supervision. Psychoanalytic and Jungian Perspectives*, (9-13). London: Whurr Publishers Ltd.
30. Marks-Tarlow, T. (2012). *Clinical intuition in Psychotherapy: The neurobiology of embodied response*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
31. Fornaro, M. (2011). *L'intuizione nella clinica psicoterapeutica. Disamina della sua validità sotto il profilo epistemologico*. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, anno 2011, XLV, 23-48.
32. Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
33. Reik, T. (1998). *Listening with the third ear*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
34. Lomas, P. (2005). *Cultivating Intuition*. Philadelphia: Whurr Publishers.
35. Rogers, C. (2012). *Un modo di essere*. Firenze: Giunti.
36. Giusti, E., Rosa, V. (2002). *Psicoterapia della Gestalt*. Roma: ASPIC Edizioni Scientifiche.