



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 OLIVIERO 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.5 N. 1 / GEN • GIU 2023

INDICE	La psicoterapia di gruppo negli stati mentali a rischio: una ipotesi	Pag. 1-12
	Narciso alleato nella lettura costruttiva dei vissuti	Pag. 13-20
	Stare al mondo “tra” psicoterapia e neuroscienze	Pag. 21-33
	I fiori blu ed il Teatro Possibile: due esperienze teatrali che raccontano la costruzione di uno spazio sicuro	Pag. 34-39
	“Stare Insieme” PROGETTO GRUPPI ABILITÀ SOCIALI	Pag. 40-56
	Non c’è tempo. La psicopatologia del dispositivo del vissuto temporale	Pag. 57-75
	Il theogramma, un sostegno al colloquio clinico	Pag. 76-82
	Sport, identità e adolescenza: una breve rassegna	Pag. 83-87
	“La Sindrome del Gemello Scomparso”: la vita dopo il lutto perinatale	Pag. 88-96

EDITORIALE

Alla scoperta del potenziale: L'applicazione del modello delle reti e dei processi in psicoterapia

A cura di Valeria Cioffi

La strategia analitica della diagnosi sindromica ha sempre caratterizzato lo studio scientifico degli interventi psichiatrici e conseguentemente anche la valutazione degli interventi in psicoterapia, esitando nel tentativo fallito di sviluppare progressivamente un corpus insieme di categorie diagnostiche. Tuttavia, questo modello oggi appare più che mai obsoleto e bloccato su se stesso.

Sono diversi gli approcci che negli ultimi decenni hanno preso le distanze dalla classificazione sindromica e dai cosiddetti “protocolli-per le sindromi” [1], scegliendo di muoversi principalmente verso un approccio basato sui processi.

Negli ultimi anni, c'è stato un crescente interesse nell'applicare il modello delle reti e dei processi al caso della psicoterapia [2,3,4]. L'approccio del modello delle reti e dei processi fornisce uno strumento utile per comprendere le dinamiche dei processi psicoterapeutici e l'interazione tra diversi processi psicologici. Questi modelli si ispirano alla teoria del caos e della complessità, che sottolinea l'importanza della non linearità, dell'incertezza e della sensibilità alle condizioni iniziali.

Questo approccio innovativo e promettente si propone di comprendere e analizzare in modo più approfondito le dinamiche dei processi psicoterapeutici, offrendo una prospettiva nuova e stimolante per la comprensione e il trattamento dei disturbi psicologici. L'utilizzo del modello delle reti permette di esaminare le interconnessioni tra i diversi sintomi e i fattori sottostanti, fornendo un quadro più completo e dettagliato dell'esperienza individuale e dei processi di cambiamento. Allo stesso modo, l'integrazione del modello dei processi consente di considerare le interazioni tra le diverse variabili e le fasi evolutive del percorso terapeutico, aprendo la strada a nuove strategie di intervento più mirate ed efficaci. In questo editoriale, esploreremo il crescente interesse nell'applicare il modello delle reti e dei processi al contesto della psicoterapia, evidenziando le potenzialità e le sfide di questa prospettiva emergente e i possibili impatti sulla pratica clinica.

Il modello basato sui processi pone grande enfasi sull'utilizzo di misure che si adattano alle esigenze degli individui. Attualmente le domande a cui rispondere sono le seguenti: “Quali processi biopsicosociali dovrebbero essere affrontati con questo paziente, per raggiungere un determinato obiettivo in una determinata situazione e come possiamo intervenire su questi processi in modo adeguato ed efficace?” [5, p.47]; e ancora, “Quale trattamento, applicabile in quali circostanze, in che modo e da chi è efficace per questa persona con questo specifico problema?” [6].

In particolare, Hoffmann & Hayes [5] affermano che i processi di variazione terapeutica sono cambiamenti o meccanismi: basati su una teoria, dinamici, progressivi, contestualizzabili, modificabili e articolati su più livelli. Un processo di cambiamento deve essere preciso, nel senso che deve essere chiaro a cosa si riferisce e non può

basarsi su vaghe euristiche o metafore (alta precisione), e deve poter essere applicato a un'ampia gamma di fenomeni (ampiezza di applicazione).

Il metodo RDoC è stato sviluppato dal National Institute of Mental Health (NIMH) degli Stati Uniti e rappresenta un allontanamento epistemologico dai precedenti sistemi di classificazione dei disturbi mentali basati su diagnosi cliniche [7].

Il metodo RDoC si basa sul presupposto che i disturbi mentali non sono semplicemente la manifestazione di una disfunzione in una specifica area del cervello, ma sono il risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali. Pertanto, l'obiettivo del metodo RDoC è identificare i meccanismi sottostanti che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi mentali, piuttosto che concentrarsi solo sui sintomi del paziente. RDoC è un quadro di classificazione che mira a migliorare la comprensione dei meccanismi biologici e psicologici alla base dei disturbi mentali, attraverso l'identificazione di domini chiave di funzionamento. Questa struttura può quindi essere utilizzata per valutare l'efficacia delle terapie in modo più preciso e mirato. Per collegare i processi di cambiamento a livello idiografico, la diagnosi elaborata suggerisce di associare i problemi individuati nella persona attraverso l'approccio di reti complesse, come base per l'analisi funzionale dei problemi individuati dall'individuo. Pertanto, è possibile utilizzare il quadro di riferimento proposto dal RDoC, prendendo in considerazione tutti i domini e i fattori rilevanti riguardanti il passato e il presente e che possono avere a che fare con il problema segnalato (storia della prima infanzia, stili di attaccamento, traumi, problemi di salute o medici, sistemi di credenze, modelli comportamentali, ecc.) [8].

In conclusione, l'utilizzo dei criteri dei domini di ricerca (RDoC) come quadro di riferimento per comprendere i processi psicologici durante il processo terapeutico si rivela sempre più auspicabile. L'integrazione del modello delle reti con il modello dei processi offre uno strumento prezioso per analizzare le dinamiche dei processi psicoterapeutici e l'interazione tra differenti processi psicologici. È fondamentale comprendere l'importanza di adottare un quadro completo come quello proposto dal RDoC per guidare la nostra comprensione dei processi psicologici sottostanti che emergono durante la psicoterapia. Identificando i fattori chiave del cambiamento durante il processo terapeutico, siamo in grado di sviluppare interventi più efficaci e migliorare la nostra comprensione complessiva del processo psicoterapeutico. L'adozione di questa prospettiva integrata offre nuove prospettive e possibilità per la pratica clinica, oltre che per la ricerca, aprendo la strada a una migliore assistenza e a risultati terapeutici più positivi per i pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of psychiatry*, *167*(7), 748-751.
2. Sperandio, R., Mosca, L. L., Galchenko, A., Moretto, E., Di Sarno, A. D., Longobardi, T., ... & Maldonato, N. M. (2021). The Nodes of Treatment: A Pilot Study of the Patient-Therapist Relationship Through the Theory of Complex Systems. *Progresses in Artificial Intelligence and Neural Systems*, 585-593.
3. Cioffi, V., Mosca, L. L., Moretto, E., Ragozzino, O., Stanzione, R., Bottone, M., ... & Sperandio, R. (2022). Computational Methods in Psychotherapy: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), 12358.
4. Davis, S. W., Beynel, L., Neacsiu, A. D., Lubner, B. M., Bernhardt, E., Lisanby, S. H., & Strauman, T. J. (2023). Network-level dynamics underlying a combined rTMS and psychotherapy treatment for major depressive disorder: An exploratory network analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *23*(4), 100382.
5. Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). *Oltre il DSM: un'alternativa process-based alla diagnosi e al trattamento dei disturbi psicologici*. FrancoAngeli.
6. Paul, G. L. (1969). Chronic mental patient: Current status future directions. *Psychological Bulletin*, *71*(2), 81.
7. Sanislow, C. A., Morris, S. E., Cuthbert, B. N., & Pacheco, J. (2022). Development and environment in the National Institute of Mental Health (NIMH) Research Domain Criteria. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *131*(6), 653.
8. Hershenberg, R., & Goldfried, M. R. (2015). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy*, *46*(2), 156-165.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La psicoterapia di gruppo negli stati mentali a rischio: una ipotesi di trattamento

Silvia Cristofanelli¹

¹ Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 6



Citation

Cristofanelli S. (2023).
La psicoterapia di gruppo negli stati mentali a rischio: una ipotesi di trattamento
Phenomena Journal, 5, 1-12.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.182>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Silvia Cristofanelli
cristofanelli@yahoo.it

Ricevuto: 19 gennaio 2023

Accettato: 23 febbraio 2023

Publicato: 23 febbraio 2023

ABSTRACT

The author claims that early intervention on at-risk mental states, which occur at a young age with disorders affecting the overall functioning of the person, is of fundamental importance in order to prevent the clinical picture from worsening further. Intervening on the prodromic phase means intercepting those clinical pictures that fall within the definition of common emotional disorders (DEC), which are widespread in the Mental Health Centres at this post-pandemic time. Group psychotherapy as a mode of privileged intervention, focusses attention on the dimension of social identity and aims to restore the perception of belonging to a context with the resulting personal value.

KEYWORDS

Common emotional disorders; group cognitive-behavioural psychotherapy; intervention techniques.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'autore sostiene che intervenire precocemente sugli stati mentali a rischio, che si manifestano in età giovanile con disturbi che pregiudicano il funzionamento globale della persona, sia di fondamentale importanza al fine di evitare che il quadro clinico si aggravi ulteriormente. Intervenire sulla fase prodromica significa intercettare quei quadri clinici che rientrano nella definizione di disturbi emotivi comuni (DEC), molto diffusi nei Centri di Salute Mentale in questo momento post-pandemico. La psicoterapia di gruppo come modalità di intervento privilegiata, focalizza l'attenzione sulla dimensione dell'*identità sociale* ed ha come obiettivo ripristinare la percezione di appartenenza ad un contesto con il valore personale che ne consegue.

PAROLE CHIAVE

Disturbi emotivi comuni; psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo; tecniche d'intervento.



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

1. Introduzione

Secondo Yung e McGorry [1] è ritenuto oramai opportuno intervenire sugli esordi della sintomatologia degli “stati mentali a rischio”, ARMS (at Risk Mental State), che si manifestano in:

- cambiamenti comportamentali
- cambiamenti emozionali
- cambiamenti cognitivi

Nelle linee guida introdotte dal PANMS (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, 24 Gennaio 2013), vengono definiti i criteri operativi che ogni dipartimento di salute mentale deve considerare. Si sottolinea la necessità di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che consideri la necessità di istituire un modello specifico e differenziato sulla base dei bisogni di salute delle persone, trasversale e indipendentemente dal luogo di residenza, denominato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Barlow e colleghi [2] sostengono che se i PDTA hanno prevalentemente impegnato in passato nei centri di salute mentale i disturbi gravi e cronici, tanto più ora in questo complesso momento di emergenza sanitaria post-pandemica, che ha visto un aumento del 50% di una serie di disturbi che non possono essere definiti in senso categoriale, i cosiddetti disturbi emotivi comuni (DEC), è necessario pensare a percorsi di cura coerenti e finalizzati a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche, come appunto i PDTA.

Nel lavoro qui presentato, in una ottica di prevenzione del disagio psichiatrico grave e di intervento precoce, abbiamo avvertito la necessità di dare una risposta coerente e finalizzata a tutte quelle problematiche ascrivibili ai DEC che presentano un quadro eterogeneo, come stati depressivi, disturbi d’ansia e fobie sociali, disturbi somatoformi e condizioni di disagio esistenziale, problematiche che possono essere prodromiche di un disagio psichiatrico grave, se non precocemente trattate. Il modello dei sintomi di base a cui ci si riferisce, è quello di Shultze-Lutter e Klosterkötter [3] che punta l’attenzione sui deficit lievi (*substrate close*) del funzionamento mentale, in particolare nella fase prodromica che precede lo sviluppo di un quadro psicopatologico più conclamato, in cui il funzionamento sociale e attitudinale appare già compromesso e pregiudicato. Secondo gli autori, è quindi necessario individuare la fase prodromica in uno stadio precoce, per prevenire non solo la psicosi od altri disturbi psicopatologici seri, ma anche il difetto funzionale correlato. Il modello psicoterapeutico di riferimento è quello della psicoterapia cognitiva post-razionalista, che pone le sue basi a partire dal padre fondatore Vittorio Guidano. Nell’orientamento post-razionalista è posta grande enfasi sul funzionamento autoreferenziale del sé e sulla sua fondamentale unitarietà. Guidano [4] sottolinea la processualità e la dimensionalità nell’esprimersi delle diverse Organizzazioni di Significato Personale (OSP), che si dispiegano lungo un continuum, dalla normalità all’area nevrotica, fino a quella psicotica. L’intero ciclo di vita si muove attraverso il dispiegarsi di una propria trama narrativa interna, in cui lo stile di attaccamento e il proprio stile affettivo, sono la

cornice entro cui si struttura l'esperienza. Nell'ottica della processualità il modello teorico del post-razionalismo, fa riferimento al Modello Dinamico Maturativo (DMM) sull'attaccamento di Patricia Crittenden [5].

Il Modello Dinamico Maturativo, è più incline a disporre i modelli di attaccamento atipici lungo un continuum di integrazione del sé. Secondo la Crittenden gli aspetti fondamentali del funzionamento mentale, si muovono attraverso una continua riorganizzazione dell'esperienza e avvengono mediante la ricerca delle regolarità e delle discrepanze, tra ciò che era atteso e ciò che è avvenuto. Il dispiegarsi del proprio stile di attaccamento, determina il modo in cui strutturiamo le nostre relazioni affettive e si muove attraverso queste due costanti, che intervengono a determinare la "qualità" del proprio assetto esistenziale dell'intero ciclo di vita. La strategia terapeutica del modello post-razionalista, sempre secondo Guidano [6] si focalizza sulla progressiva consapevolezza della dialettica e dell'interfaccia tra l'esperienza immediata (Io), che sperimenta e agisce e l'immagine cosciente di sé (Me), che osserva e valuta. Lavorare in questa ottica, significa riconoscere come autoreferenziali i propri significati personali di costruzione dell'esperienza, che nel modello post-razionalista prendono il nome di Organizzazioni di Significato Personale (OSP). Significa legittimare le discrepanze ed i meccanismi di autoinganno che intervengono a mantenere il senso di sé in corso, talvolta in modo disfunzionale e maladattativo, così da favorire la costruzione di una trama narrativa del sé più articolata e complessa, che è il fine ultimo del percorso terapeutico. Tuttavia nel progettare una psicoterapia di gruppo, che è il modello di intervento che abbiamo privilegiato, è necessario tenere presenti alcune variabili che possono interferire con il percorso terapeutico, variabili che nella nostra esperienza abbiamo riscontrato essere sempre presenti. La difficoltà ad esporsi in gruppo connessa al timore del giudizio e di una possibile critica, la vergogna del sentirsi inadeguati e comunque non all'altezza, in particolare nella fase conoscitiva in cui il clima di appartenenza non si è ancora consolidato, sono elementi che possono interferire ed ostacolare la costruzione di un clima caldo ed empatico, che è la premessa per la costruzione di ogni gruppo. Inoltre, talvolta è necessario comprimere i tempi di esposizione di ognuno e focalizzare l'attenzione del gruppo sulla condivisione dei vissuti emotivi e cognitivi, stimolando l'esplorazione sulla risonanza emotiva e sul confronto con l'altro, che è il processo attraverso cui è possibile consolidare il senso di individuazione e di differenziazione del sé.

Ciò può arrecare malcontento e delusione in alcuni, in particolare tra coloro che necessitano e che richiedono una maggiore visibilità, tanto da innescare comportamenti oppositivi e di sfida, che se non adeguatamente fatti rientrare, possono determinare talvolta acting-out con abbandono repentino del percorso di cura. È necessario che la strategia terapeutica consideri queste variabili che inevitabilmente appartengono alla storia dei contesti umani e delle relazioni, cercando di favorire il più possibile un clima espositivo di totale accettazione dell'altro, libero dal giudizio ed empatico, tanto più nei confronti di chi invece desidera, nonostante tutto, distruggerlo. È utile in questi casi, affiancare un percorso di consultazione psicologica individuale, che rafforzi l'autostima ed integri gli aspetti disfunzionali e rigidi dei modelli operativi

interni, mitigando l'irrompere di aspetti disregolativi di emozioni disturbanti. Il modello di trattamento qui proposto, ha cercato di considerare tutto questo, favorendo l'integrazione dei vissuti emotivi disturbanti attraverso la legittimazione ed il riconoscimento del dolore condiviso in un contesto caldo ed accogliente, dove è possibile sentirsi comunque accolti.

2. Terapia di gruppo: razionale della scelta

Abbiamo ritenuto opportuno adottare la psicoterapia di gruppo per questa tipologia di problematiche psichiche, in quanto riteniamo necessario privilegiare una modalità di esplorazione dei vissuti esperienziali attraverso la graduale condivisione con gli altri partecipanti. Attraverso la *dialogicità* [7] intesa come una disposizione verso l'altro, fondata sulla reciprocità e sul riconoscimento dell'intersoggettività, è possibile riconoscere il proprio percorso individuale, che ha portato talvolta, all'attivazione e alla stabilizzazione di determinati assetti emozionali e cognitivi disfunzionali.

Inoltre, secondo il modello elaborato da Frith [8] l'intervento basato sul gruppo mira a migliorare i processi di cognizione sociale, in quanto le problematiche psicopatologiche connesse al ritiro sociale, convergerebbero in un deficit neuropsicologico a carico dei processi di mentalizzazione e di socializzazione, da cui deriva la difficoltà ad integrare in schemi conoscitivi più articolati e complessi, il significato ed il valore della relazione con l'altro. Infine scegliere un percorso terapeutico di gruppo, rende possibile costruire una cornice entro cui sperimentare la relazione con l'altro e rafforzare il senso della propria *identità sociale*, che come dice Tajfel [9] è quella parte del concetto di sé di un individuo che deriva dalla consapevolezza di appartenere ad un gruppo, unito al valore emotivo attribuito a tale appartenenza.

3. Obiettivi e finalità

Costruire una cornice entro cui sperimentare il senso di appartenenza ad un contesto sociale entro cui è possibile sentirsi accolti, che ha come obiettivo rafforzare il senso della propria identità sociale, deve considerare tuttavia alcuni passaggi fondamentali.

Tali passaggi possono essere sintetizzati attraverso i seguenti percorsi:

- costruzione e mantenimento dell'adesione al trattamento
- introdurre modelli di spiegazione sul disagio emotivo
- restituire un senso all'esperienza soggettiva ed intersoggettiva
- riconoscimento precoce dei segnali di disagio
- mantenimento e miglioramento del funzionamento sociale

Le finalità dell'intervento hanno come esiti i seguenti traguardi:

- miglioramento delle disfunzioni meta cognitive
- miglioramento degli schemi interpersonali rigidi e coartati

- ❑ miglioramento della tendenza all'inibizione e all'appiattimento emotivo
- ❑ miglioramento delle capacità di decentramento cognitivo

4. Metodologia

4.1 Caratteristiche del gruppo

I partecipanti al gruppo sono stati di età compresa tra i 18 anni e i 24 anni, per la prima volta afferenti ad una struttura psichiatrica, non abusatori di sostanze od alcool in maniera abituale e continuativa, con Q.I. maggiore di 70 e problematiche ascrivibili ai DEC. La frequenza al gruppo è stata di una seduta a settimana, della durata di 2 ore ciascuna, per un totale di 24 incontri; la conduzione del gruppo è stata affidata a due co-terapeuti.

Sono stati sottoposti al trattamento 8 pazienti di cui 3 maschi e 5 femmine.

È stata garantita ad ognuno dei partecipanti l'opportunità di affiancare alla terapia di gruppo una terapia individuale, sollecitando la partecipazione al gruppo con una modalità attiva ed interattiva, rispettando i tempi di ognuno per l'esposizione "in vivo".

4.2 Assessment

L'assessment ha avuto come finalità quella di condividere fin dalle prime fasi un "patto di cura" coerente e finalizzato, entro cui tutti sono coinvolti nel raggiungimento di un traguardo ed ognuno dei partecipanti in qualche modo ne è stato il protagonista.

La fase di valutazione ha previsto i seguenti passaggi:

- ❑ prima visita psichiatrica e psicologica
- ❑ screening psicodiagnostico

Nella valutazione psicodiagnostica abbiamo ritenuto opportuno considerare la valutazione del Funzionamento dei Livelli di Personalità, il livello di compromissione delle funzioni cognitive coinvolte e l'indice del Quoziente emozionale.

Di seguito sono riportati i test somministrati all'inizio del trattamento (t0) e a conclusione del trattamento (t1), al fine di monitorare l'andamento della sintomatologia e verificare l'effettivo miglioramento del quadro generale.

- ❑ **Spi-a** (*Schizophrenia Proneness Instrument- Adult*)
- ❑ **SCL-90-R** (*Symptom Checklist-90-R*)
- ❑ **EQ- i** (*Emotional Quotient Inventory*)
- ❑ **Scala del Funzionamento dei Livelli di Personalità- DSM-5**

La scelta di somministrare la Spi-a, è nata dall'esigenza di misurare la presenza e l'intensità dei cosiddetti "sintomi di base", che sottostanno molto spesso ai DEC. L'esigenza di valutare i sintomi di base, al fine di intervenire precocemente prima che la sintomatologia degeneri in un quadro più complesso, prende origine dall'idea di Huber e Gross [10] e successivamente da Schultze-Lutter e Addington [11] che ne hanno elaborato lo strumento. Abbiamo pensato che utilizzare la Symptom Chec-

klist-90-R potesse offrire dei vantaggi, in quanto oltre ad essere uno strumento ampiamente validato e di facile somministrazione in ambito clinico per la valutazione della gravità dei sintomi del disagio psichico, può fornire una misura di outcome in psicoterapia. La scelta dell'EQ-i si è basata sulla peculiarità diagnostica dello strumento, in quanto consente di valutare variabili fondamentali come la competenza emotiva sociale e personale dell'individuo e permette di individuare cinque scale principali, (intrapersonale, interpersonale, adattabilità, gestione dello stress e umore generale) e quindici sottoscale, che forniscono un punteggio totale del quoziente emotivo. Inoltre la valutazione del Funzionamento dei Livelli di Personalità, ha potuto fornire indicazioni utili sia rispetto all'area del Sé che rispetto all'area Interpersonale, delineando il grado di compromissione dell'identità e della capacità di autodeterminazione, oltre che della capacità di empatia e del desiderio di intimità.

4.3 Consultazione psicologica individuale

Successivamente alla fase diagnostica, intercettati i partecipanti al gruppo, è seguita una fase di consultazione psicologica individuale di 4/5 incontri. La fase di consultazione psicologica ha avuto la finalità di costruire una interpretazione dei sintomi a partire da un modello condiviso, che ha definito la cornice entro cui selezionare e adattare gli interventi, promuovere il cambiamento e prevenire le ricadute. La fase di consultazione segue il modello post-razionalista, che secondo Guidano [12] converge sulla comprensione del proprio stile di costruzione dell'esperienza e si articola nei seguenti passaggi:

- Focalizzazione e riordinamento dell'esperienza immediata.
- Differenziazione tra spiegazione ed esperienza immediata (passare dal perché... al come).
- Riconoscere i propri ed altrui pensieri ed emozioni.
- Favorire il passaggio di una spiegazione del sintomo da “*esternalizzata*” ad “*internalizzata*”.

5. Strategia terapeutica di gruppo

La strategia terapeutica nella prima fase di 4 incontri circa, ha cercato di favorire un primo livello di mentalizzazione, che secondo il modello di Fonagy [13] è quel processo attraverso cui apprendiamo che la nostra esperienza del mondo è mediata dal fatto che possediamo una mente, quindi intrinsecamente legata allo sviluppo del sé e all'elaborazione graduale della sua organizzazione.

Per questa finalità si sono utilizzate tecniche immaginative, che potessero consentire un accesso graduale e neutro ai propri contenuti e costruire l'adesione al trattamento. La fase successiva di ulteriori 4 incontri, ha mantenuto un livello di esposizione graduale, attraverso l'utilizzo delle tecniche sotto elencate, che secondo il modello post-razionalista [14] potessero consentire un primo livello di internalizzazione e di riconoscimento del proprio stile di costruzione dell'esperienza:

- ❑ *Tecniche immaginative*, (come il sogno guidato).

- ❑ *Periferizzazione*, (l'attenzione è posta su accadimenti che presentano gradienti emozionali accessibili).
- ❑ *Attività bilivellare*, (distinguere tra l'immergersi nell'emozione e monitorare ciò che sta accadendo).
- ❑ *Depotenziamento* (condurre l'esplorazione dell'emozione temuta gradatamente).

Successivamente, allorchè la capacità di esplorazione diventava più fluida e meno coartata, la terapia ha focalizzato l'attenzione sulla consapevolezza del proprio stile di attaccamento e di relazione affettiva. Attraverso i ricordi dei vissuti emozionali ed esperienziali connessi ai propri legami genitoriali, è stato possibile riordinare e ricollocare in una trama narrativa del sé più articolata e complessa, scene di vita scarsamente integrate. Questa fase della terapia durata 4 incontri è stata di fondamentale importanza, in quanto ha reso possibile riconoscere emozioni e contenuti ideativi disturbanti, ricollocandoli in esperienze di vita passata e all'interno di una cornice affettivo-relazionale. Secondo il modello del “*social referencing*” di Fonagy e Target [15] la terapia si è centrata sul riconoscimento degli stili devianti genitoriali di rispecchiamento. Ciò ha reso possibile accedere al dolore di disconferme e di rifiuti attraverso il ricordo di scene nucleari prototipiche. La fase centrale dell'intero percorso terapeutico, durata 8 incontri, si è focalizzata sull'esposizione in vivo dei propri episodi critici, così come spontaneamente si andavano dispiegando nella quotidianità di ognuno. Questa fase della terapia, resa possibile dalla maggiore capacità di mentalizzazione e di differenziazione, ha consentito il consolidamento di un senso di identità più stabile e più differenziato. Come dice Guidano [16] riconoscere i processi che orientano il senso della propria esistenza e del proprio agire, riconoscere i meccanismi di autoinganno e le discrepanze che intervengono come processi “*taciti*” nel mantenere il senso di una propria coerenza interna spesso disfunzionale e maladattativa, favorisce il processo di integrazione del sé verso un livello di consapevolezza più articolato e complesso. Le tecniche utilizzate in questa fase, ove ognuno dei partecipanti riusciva ad esprimere più liberamente il proprio disagio attraverso l'esposizione diretta, si sono intervallate a tecniche di esposizione più liberatorie e giocose come il role-playing, attraverso cui “*mettere in scena*” situazioni critiche nel ruolo interscambiabile di attore protagonista e di osservatore neutro. Abbiamo potuto riscontrare che intervallare le tecniche di esposizione in questa fase della terapia, ha avuto la finalità di risvegliare l'adesione al trattamento. Il dolore messo in scena, poteva essere esperito e contenuto da un intero gruppo che poteva farsene carico. Secondo Castelfranchi [17] l'esperienza dell'appartenenza ad un gruppo è importante per tutti gli individui in funzione della costruzione della propria identità. Così l'esperienza del sentire di appartenere ad un contesto umano da cui potersi sentire nutriti, ha ulteriormente rafforzato in ognuno dei partecipanti il senso della propria identità, imprigionato dentro schemi rigidi e disfunzionali. L'ultima fase della terapia di 4 incontri si è centrata sul consolidamento del riconoscimento precoce del disagio. La percezione di inadeguatezza poteva essere integrata ed associata ai pensieri disfun-

zionali ed automatici, “quando gli altri mi conosceranno scopriranno chi sono”. Il distacco ed il senso di estraneità veniva associato a “è inutile, non capisco gli altri e gli altri non capiscono me”. Il senso di costrizione e la perdita di controllo, “sono costretto a tollerare la presenza degli altri”.

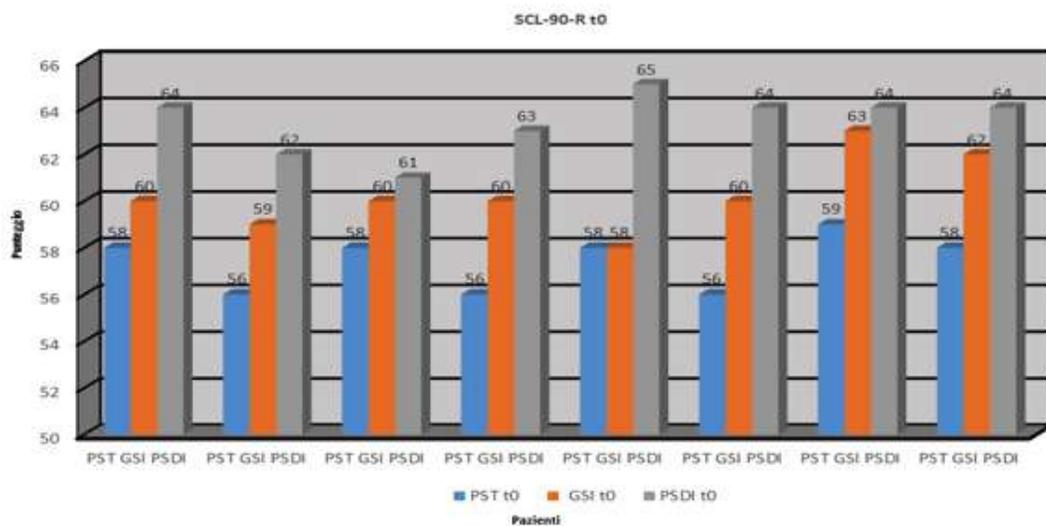
6. Analisi dei dati

L'esiguità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo hanno consentito solo un'analisi descrittiva dei risultati, con confronto tra le medie del gruppo ad inizio trattamento (t0) e a fine trattamento (t1) ed analisi dei casi singoli.

7. Risultati

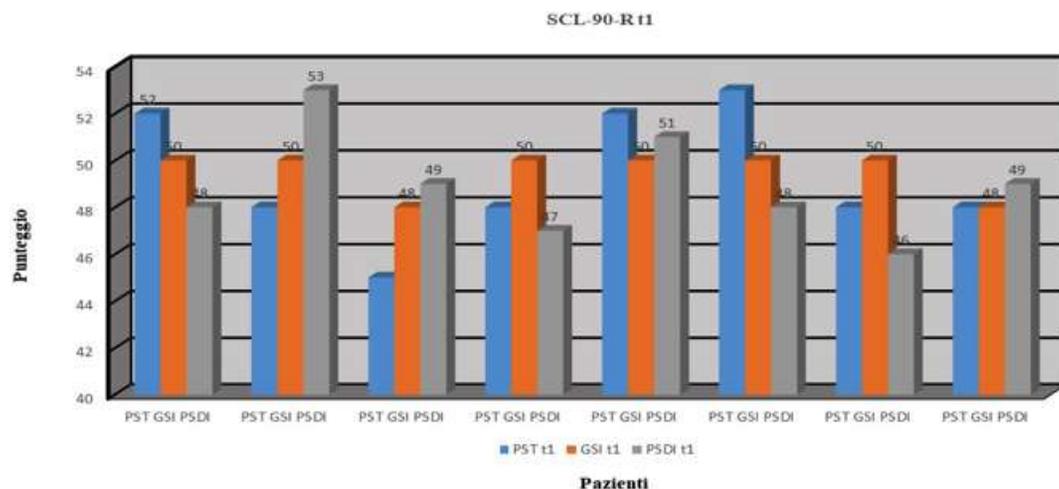
Il confronto delle medie ottenuto da ognuno dei partecipanti al test SCL-90-R tra gli indici globali ad inizio trattamento (v.Fig.1), ha rilevato punteggi che si collocano ad un livello di gravità moderato (da 55 a 65 puntiT) per quanto riguarda l'indice GSI (*Global Severity Index*), indicatore globale del livello di intensità e di profondità del disagio. Mentre abbiamo riscontrato un livello di gravità elevato (da 65 a 75 puntiT) per quanto riguarda l'indice PSDI (*Positive Symptom Distress Index*), che rappresenta l'intensità dei sintomi esperita dal soggetto.

Fig. 1: confronto medie indici globali SCL 90-R (t0)



A fine trattamento i punteggi al test SCL-90-R (v.Fig.2), hanno evidenziato una sostanziale riduzione dei punteggi dell'indice globale PSDI, che è risultato essere l'indice più significativo tra tutti, collocandosi ad un livello di intensità da moderato ed in alcuni casi ad un livello di normalità (da 45 a 55 punti T). Ciò a conferma che il percorso terapeutico aveva consolidato in ognuno dei partecipanti, una maggiore capacità di accedere ed integrare i propri vissuti dolorosi senza restarne sopraffatto.

Fig. 2: confronto medie indici globali SCL 90-R (t1)

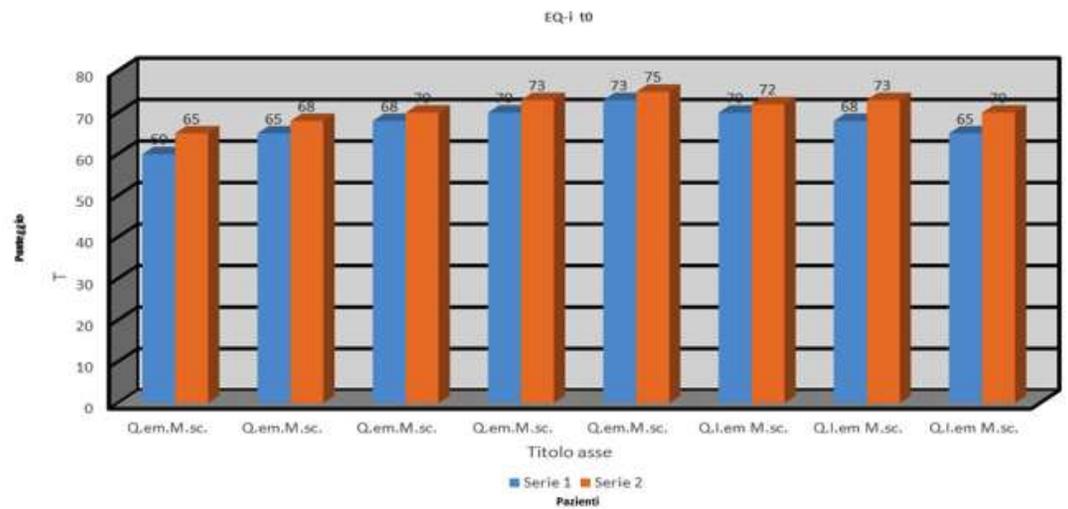


Al test EQ-i ad inizio trattamento (v.Fig.3), i punteggi si collocano ad un Quoziente emotivo Totale compreso tra un livello basso (da 70 a 90 puntiT) ad un livello molto basso (da 50 a 70 puntiT), indicatore questo di una compromissione generale in tutte e 4 le scale principali qui elencate:

- ❑ **Intrapersonale:** consapevolezza di sé e delle proprie capacità nell'espressione e comprensione dei propri stati d'animo, pensieri e idee.
- ❑ **Interpersonale:** capacità di comprendere ed apprezzare i sentimenti altrui instaurando e mantenendo relazioni interpersonali responsabili e soddisfacenti.
- ❑ **Adattabilità:** capacità di verificare oggettivamente i propri stati d'animo e quelli degli altri in funzione delle richieste dell'ambiente esterno, mostrando flessibilità nel gestire e modificare emozioni e pensieri al cambiare delle situazioni.
- ❑ **Gestione dello Stress:** capacità di gestire le situazioni stressanti tenendo sotto controllo emozioni ed impulsi.
- ❑ **Umore Generale:** capacità di essere ottimisti, saper provare ed esprimere sentimenti positivi e saper godere della presenza degli altri.

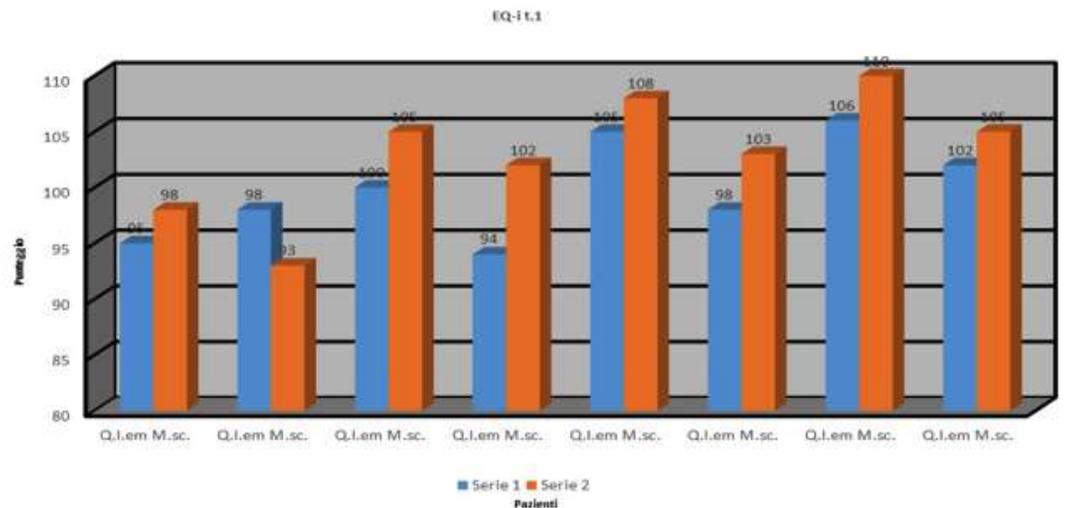
Anche la media delle sottoscale si colloca ad un punteggio da basso a molto basso ed è composta da alcune dimensioni riferite ad aspetti diversi di ogni singola scala principale.

Fig. 3: confronto Q.em. e M. scale (t0)



A fine trattamento i punteggi al test EQ-i si collocano ad un livello medio (da 90 a 110 punti T), sia per quanto riguarda il Quoziente emotivo Totale sia rispetto alla media delle sottoscale (v.Fig.4).

Fig. 4: confronto Q.em. e M. scale (t1)



Ciò a conferma dell'ipotesi di partenza, che un percorso terapeutico di gruppo ha consolidato non solo la consapevolezza di sé, ma ha accresciuto la capacità di mentalizzazione di sé e dell'altro, deficitaria e compromessa in partenza. Attraverso il percorso terapeutico, ampliando la comprensione dei propri modelli di costruzione dell'esperienza e differenziandosi dagli altri, è stato possibile conoscere modalità relazionali intime ed accoglienti, che hanno restituito la dignità ad una immagine di sé incerta e svalorizzata da esperienze affettive pregresse. La valutazione espressa dai

partecipanti ad inizio trattamento circa il funzionamento della loro vita, Scala del Funzionamento dei Livelli di Personalità DSM-5, ha riscontrato in 6 di loro un livello di disfunzione da moderato (liv.2) a grave (liv.3) in particolare nell'area interpersonale, che descrive la capacità di empatia e la capacità di costruire e mantenere relazioni intime. Nei restanti partecipanti non si sono riscontrate differenze significative sia rispetto all'area del sé sia rispetto all'area interpersonale. Infine, la valutazione fornita dalla Scala Spi-a, ha individuato 3 partecipanti positivi ai criteri *codgis* (Cognitive Disturbances), che sono i sintomi di base maggiormente predittivi di un probabile esordio psicotico nell'arco dei prossimi sei mesi se non trattato. La positività ai criteri *codgis*, prevede la presenza di almeno due dei nove sintomi di base sotto elencati, con un valore maggiore o uguale a 3, che equivale ad un livello di intensità moderata (sintomi presenti più volte a settimana) negli ultimi tre mesi. I punteggi ai sintomi di base *codgis* vanno da un range di 0 (sintomi assenti) ad un massimo di 6, che equivale ad un livello di intensità estrema (sintomi presenti quotidianamente e continuamente).

Criteri per *codgis*:

- Incapacità di suddividere l'attenzione
- Interferenza di pensieri emotivamente neutri
- Affollamento, pressione dei pensieri, fuga delle idee
- Blocco del flusso del pensiero
- Disturbo recettivo del linguaggio
- Disturbo espressivo del linguaggio
- Tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"
- Disturbo della comprensione simbolica
- Tendenza a fissare l'attenzione su dettagli percettivi

8. Conclusioni

Il protocollo adottato ha prodotto sostanzialmente una riduzione della sintomatologia attraverso un percorso di gruppo finalizzato ad una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni, oltre che attraverso una maggiore capacità di esplorazione dei propri stati interni. Contestualmente la modalità gruppale ha favorito in tutti i partecipanti, il recupero del desiderio di reciprocità e di intimità con l'altro, connesso al valore personale che ne consegue in termini di maggiore autostima e rafforzamento dell'immagine di sé.

BIBLIOGRAFIA

1. Yung, A. R., & McGorry, P.D. (1996). *The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations*. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
2. Barlow, D. H. et al., Cavalletti, V. (a cura di) (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi*. Milano: Franco Angeli.
3. Scultze-Lutter F., Klosterkötter, J., et al. (2007). *Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria*. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 4(1), 11-22.
4. Guidano, V.F. (1987). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri Arnkil, T.E.,
5. Crittenden, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Milano: Guerini Studio.
6. Guidano, V.F., (1992). *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Milano: Franco Angeli.
7. Seikkula, J. (2012). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Trento: Erickson.
8. Frith, C. (1995). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
9. Tajfel, H. (1999). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: il Mulino.
10. Huber, G., Gross, G. (2002). *La psicopatologia di Kurt Schneider*. Roma: La Feltrinelli.
11. Schultze-Lutter, F., Addington, J. and Ruhrmann, S. (2016). *Schizophrenia Proneness instrument adult version (SPI-A)*. Roma: Giovanni Fioriti Editore Srl.
12. Guidano, V. F., (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Milano: Franco Angeli.
13. Fonagy, P., Gergely G., Jurist E.L. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Editore: Karnac Books.
14. Guidano, V.F., Cutolo G. (a cura di) (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: Franco Angeli.
15. Fonagy, P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
16. Nardi, B. (2001). *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*. Milano: Franco Angeli.
17. Castelfranchi, C. (2005). *Che figura. Emozioni e immagine sociale*. Bologna: Il Mulino.

ARTICOLO DI OPINIONE

Narciso alleato nella lettura costruttiva dei vissuti

Antonio Capodilupo¹¹ Consultorio Familiare nell'ASL Latina (Psicoterapeuta, in quiescenza)**Citation**

Capodilupo A. (2023).
Narciso alleato nella lettura costruttiva dei vissuti
Phenomena Journal, 5, 13-20.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.183>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Capodilupo
antonioacapodilupo@gmail.com

Ricevuto: 7 febbraio 2023**Accettato:** 5 aprile 2023**Pubblicato:** 3 maggio 2023**ABSTRACT**

The reference to narcissism evokes, as a stereotype, the representation of the person who loves him-self excessively, a cold manipulator for his own ends, interested in others to obtain consent and admiration. The concept, however, has a more articulated configuration which, according to Gabbard, ranges from pathological narcissism, including the “grandiose”, indifferent to the needs of others, and the “vulnerable”, insecure and often alerted by the fear of rejection by others, to high-functioning narcissism, profiled by Rus, characterized by a high self-perception and able to relate to others, as charming, attractive and interested in understanding the other. Furthermore, narcissism is often comorbid with obsessive-compulsive, masochistic tendencies, borderline organization, substance abuse, sex addiction, mood disorders or anxiety disorders. The positive qualities of narcissism are facilitators of success in social, life and work commitments, and can be a useful ally in clinical work. Psychotherapeutic theories and techniques, such as, for example, Viktor Frankl’s Logotherapy, the interactive model developed by Watzlawick, Beavin and D. Jackson, the elaboration of the narcissistic transference conducted by Kohut, testify to the possibility of re-reading an expression or event with multiple punctuation points. In the present contribution, four patients, who tell the story of their painful experiences, in the clinical interview, are confronted with constructive interpretations of their feelings and behavior: Paolo, intolerant of daily insulin control, finds himself proud, with his classmates, for his ability to self-manage; Assunta, psycho-physically exhausted, directs her efforts to give attention to herself too; Daniela, abandoned by her father, considers her multiple identities (“masks”) as situational adaptation; Michela, who cuts her arms, perceives in the caused pain a sensor of being alive against the emptiness of the disappointments suffered. Everyone has had the opportunity to experience resilience, since, as Hoyt states, clinical work promotes an alliance between the subject’s goals and his resources.

KEYWORDS**Healthy and pathological narcissism, constructive reinterpretation of an event, capacity for resilience.****ABSTRACT IN ITALIANO**

Il riferimento al narcisismo evoca, come stereotipo, la rappresentazione della persona che ama sé stessa in modo eccessivo, fredda manipolatrice per i propri fini, interessata agli altri per ottenere consenso e ammirazione. Il concetto, tuttavia, ha una configurazione più articolata, che, secondo Gabbard, spazia dal narcisismo patologico, comprendente il “grandioso”, indifferente ai bisogni degli altri, e il “vulnerabile”, insicuro e spesso allertato dal timore del rifiuto da parte degli altri, al narcisismo ad alto funzionamento, profilato da Rus, caratterizzato da un’alta percezione di sé e in grado di avere relazioni con gli altri, in quanto affascinante, attraente e interessato a comprendere l’altro. Inoltre, il narcisismo è spesso in comorbilità con tendenze ossessivo-compulsive, masochistiche, organizzazione borderline, abuso di sostanze, *sex addiction*, disturbi dell’umore o disturbi d’ansia. Le qualità positive del narcisismo sono facilitatrici di una buona riuscita negli impegni sociali, di vita e di lavoro, e possono essere utile alleato nel lavoro clinico. Le teorie e tecniche psicoterapeutiche, come, per esempio, la Logoterapia di Viktor Frankl, il modello interattivo sviluppato da Watzlawick, Beavin e D. Jackson, l’approfondimento del transfert narcisistico condotto da Kohut, testimoniano la possibilità di rileggere un’espressione o un evento con molteplici punteggiature. Nel presente contributo, quattro pazienti, che fanno la narrazione dei loro vissuti dolorosi, nel colloquio clinico, sono confrontati con interpretazioni costruttive del proprio sentimento e comportamento: Paolo, insopportabile al controllo insulinico quotidiano, si scopre orgoglioso, con i suoi compagni di classe, per la sua capacità di autogestirsi; Assunta, psico-fisicamente esausta, rivolge l’impegno per dare premure anche a sé stessa; Daniela, abbandonata dal padre, considera le sue plurime identità (“maschere”) come adattamenti situazionali; Michela, che si tagliuzzava le braccia, percepisce nel dolore provocato un sensore dell’essere in vita contro il vuoto delle delusioni subite. Tutti hanno avuto l’opportunità di sperimentarsi resilienti, poiché, come afferma Hoyt, il lavoro clinico promuove un’alleanza tra gli obiettivi del soggetto e le sue risorse.

PAROLE CHIAVE**Narcisismo sano e patologico, rilettura costruttiva di un evento, capacità di resilienza.**

Introduzione

La formazione del personaggio di Narciso appare polimorfa già nelle sue versioni letterarie mitologiche: nella versione ellenica (Conone e Partenio) e romana (Ovidio), datate agli inizi dell'era cristiana, Narciso, vedendo la sua immagine riflessa in uno stagno, se ne innamora perdutamente e, avvertendo impossibile quell'amore, si lascia morire, struggendosi; nella versione di Pausania del II secolo d.C., Narciso ha una sorella gemella, e, quando questa muore, si consola con la propria immagine riflessa nella fonte, identica alla sorella amata (*Descrizione della Grecia*, IX 31, 7-8).

Lo stereotipo considera narcisista una persona che ama sé stessa in modo eccessivo, non interessata agli altri se non per ottenere consenso e ammirazione e, perciò, fredda manipolatrice per i propri fini; ma la sua configurazione è più articolata.

Narcisismo patologico e sano

Lo psichiatra tedesco H. Ellis [1] applicò il termine “narcisismo”, in sessuologia, per designare un atteggiamento patologico della vita sessuale, per cui la persona tratta il proprio corpo come oggetto sessuale, fonte di desiderio e di piacere; Paul Näcke [2] lo usò in uno studio sulle perversioni sessuali.

Sigmund Freud distingue un narcisismo primario, tipico del primo stadio dell'esistenza e antecedente alla formazione e organizzazione dell'Io, in cui è assente qualsiasi genere di relazione e investimento oggettuale (la vita intrauterina sarebbe l'esempio migliore di questo stato), e un narcisismo secondario, in cui la libido viene ritirata dagli investimenti oggettuali e reinvestita sull'Io. Si legge in un passo [3]: *“Il narcisismo non sarebbe una perversione, bensì il complemento libidico dell'egoismo della pulsione di autoconservazione, una componente del quale è legittimamente attribuita ad ogni essere vivente”*. La linea patologica si forma di seguito a processi premianti o punitivi, incoerenti o incongrui, per cui il bambino si fissa su sé, auto-gratificandosi e non riconoscendo l'altro, o regredisce allo stato di isolamento originario, negando l'altro da sé.

Con Otto Rank [4], il termine narcisismo inizia a sganciarsi dalla sfera sessuale, per essere applicato a fenomeni più ampi, quali vanità e auto-ammirazione.

Ernest Jones [5], Heinz Kohut [6-8], Otto Kernberg [9-10] hanno profilato il disturbo narcisistico di personalità, che, nel 1980, è stato incluso nel DSM-III e che risulta tuttora classificato nel DSM V.

Jacques Lacan [11] colloca il momento costitutivo del narcisismo nella fase dello specchio, in cui il bambino riconosce la propria immagine.

Sul suo sviluppo si confrontano sostanzialmente due posizioni: quanti chiamano in causa il ruolo di una famiglia con ambizioni molto alte, che induce il bambino a crederci “speciale”, ridicolizzando o biasimando le sue paure e i fallimenti e inducendogli un senso di vergogna da riparare sempre e contro-reattivamente; altri che ne trovano l'origine nel vuoto generato dal mancato riconoscimento di sé, per cui i narcisisti, molto insicuri *“circa la propria capacità di amare e di essere amati”*, sono *“alla spasmodica ricerca di altri che possano ammirarli, esserne colpiti, provare*

empatia per i loro bisogni, confermare la loro eccezionalità e/o servire da oggetto idealizzato che non li umilierà né li farà mai sfigurare” [12].

Il narcisismo, dunque, risuona su più registri, lungo un *continuum* che va da “carente” a “sano” a “patologico” [13].

Nel narcisismo sano c’è un certo equilibrio tra l’attenzione ai propri bisogni e le capacità di cogliere quelli degli altri.

Otto Rank [3] scrive che “*amare il proprio corpo è un importante fattore della normale vanità femminile*”; Andrew P. Morrison [14] ricorda che una certa quantità di narcisismo permette di equilibrare le proprie esigenze in relazione con gli altri; Craig Malkin [15] sostiene che un livello troppo basso di narcisismo sano non è positivo per la persona; Heinz Kohut [8] ne esplicita le caratteristiche positive: forte autostima, autentico concetto e rispetto e amore di sé, capacità di sopportare le critiche degli altri mantenendo un’autostima positiva, fiducia nel fissare e perseguire obiettivi e realizzare le proprie speranze e i propri sogni, sano orgoglio di sé e dei propri risultati, capacità di ammirare ed essere ammirati.

Nelle forme patologiche, invece, la qualità delle relazioni manifesta, in sostanza, una incapacità di amare e un’assenza di empatia.

Su questo versante, Gabbard [16] pone ad un estremo il “narcisista inconsapevole o grandioso”, indifferente ai bisogni degli altri da cui desidera trarre solo ammirazione e gratificazione, all’altro capo il “narcisista ipervigile o vulnerabile”, più insicuro e spesso allertato per timore del rifiuto da parte degli altri, dai quali sospetta emarginazione e denigrazione.

A questi Rus et al. [17] aggiungono il “narcisismo ad alto funzionamento/esibizionistico”, caratterizzato da un’alta percezione di sé, ma in grado di avere relazioni con gli altri, in quanto affascinante, attraente e interessato a comprendere l’altro.

Il narcisismo è spesso in comorbilità con tendenze ossessivo-compulsive, masochistiche, organizzazione borderline, abuso di sostanze, *sex addiction*, disturbi dell’umore o disturbi d’ansia [9-10].

La dichiarata duplice valenza, sana e patologica, si riscontra comunemente nelle situazioni di vita, personale e sociale.

Sándor Ferenczi [18] osserva che le persone, afflitte e tormentate da dolori e/o malesseri organici, abbandonano ogni interesse per le cose del mondo esterno, che non riguardino la propria sofferenza, ritirando sul proprio Io gli investimenti libidici, per poi esternarli qualora intervenga la guarigione.

Christopher Lasch [19] definisce l’odierna società caratterizzata dalla “cultura del narcisismo”, in cui l’uomo “ripiegato è su sé stesso”.

Per esempio, nell’uso dei *social media*:

- il *selfie* è una pratica simpatica, per fissare la propria immagine in un’espressione teatrale o per “immortalarsi” insieme a un personaggio, ma può degenerare nel “selficidio” delle 259 vittime, cadute fra il 2011 e il 2017, sulla linea dello scatto che più adrenalinico non si può;

- le cuffie sono utili per ascoltare musica o ripassare una lezione o sentire le notizie radiofoniche, ma sono limitanti per il soggetto che si isola dalle persone con cui con-

divide la compagnia o che ignora il pericolo nell'attraversare la strada;

- trattenere i ragazzi davanti al televisore o lasciarli giocare alla *play station* può offrire uno spazio di quiete ai genitori, ma il rischio di teledipendenza e di isolamento incombe se mancano regole di comportamento;

- la *chat* favorisce conoscenze e incontri, foriere, tuttavia, di possibili disillusioni, falsità, *stalking* e violenza.

In ambito socio-sanitario, taluni comportamenti oscillano tra la ricerca di benessere e il ripiegamento su sé:

- il comportamento ludopatico, dove il piacere del gioco diventa compulsione;

- l'uso di sostanze, che da esperienza di prova o condivisione gruppale, può portare all'abuso;

- l'*hikikomori*, trasferito da meditazione ascetica o forma di protesta a isolamento e confinamento estremi;

- gli atti autolesionistici e lo stesso suicidio, orditi come liberazione o come disperazione.

Narciso alleato

I clinici contemporanei sono a favore di un approccio integrato che passa per l'accettazione incondizionata ed empatica del paziente da parte del terapeuta, con una sintonizzazione emotiva, laddove le emozioni più autentiche sono accessibili.

Con tale disposizione, le qualità positive del narcisismo possono essere agganciate, per convertire formulazioni ed esperienze dolorose in espressioni e prospettive ricostruttive.

Viktor Frankl [20], padre della Logoterapia, propone le tecniche della rivalutazione cognitiva, della reinterpretazione del significato di un evento e del dialogo socratico, per promuovere una inversione di senso circa gli eventi dolorosi vissuti; a fronte di un medesimo destino, taluni lamentano "*La mia vita è stata una sofferenza, intervallata da rari momenti di illusoria felicità*", altri professano "*La mia vita è stata felice, pur avendo avuto alcuni momenti di profondo dolore*"; di seguito a lutti sofferti, taluni, bloccati sui familiari scomparsi, non godono più delle persone viventi, altri danno maggior valore al proprio essere in vita e in società.

Nello studio dei modelli interattivi, Watzlawick, Beavin e D. Jackson [21] invitano a usare più chiavi di lettura o punteggiature di uno stesso evento.

Kohut [6], in ambito psicoanalitico, annota due tipi di transfert narcisistici: "speculare" e "idealizzante": nel primo, il paziente esprime il bisogno di essere ammirato e "rispecchiato" dal terapeuta; nel secondo, esprime il bisogno di idealizzare e ammirare il terapeuta stesso. Compito del terapeuta non è quello di frustrare questi bisogni, interpretandoli *tout court* come difese, ma quello di accettarli e di corrispondervi, per permettere al Sé di svilupparsi [22].

Di seguito, dunque, quattro confronti maieutici, intrattenuti nel colloquio clinico.

Paolo ha 11 anni e da un paio di settimane, per un malore a scuola, ha scoperto di avere il diabete mellito di tipo 2, per cui è costretto a provvedere al metabolismo del

glucosio con l'autosomministrazione dell'insulina. Frequenta la classe prima media, ha un ottimo rendimento scolastico, è socievole con i compagni, è appassionato degli stili artistici dei templi greci (dorico, ionico, corinzio), la cui competenza condivide con il papà, pratica canottaggio, immagina il suo futuro come aviatore. Deve misurare la glicemia, con un pennino pungidito, sia prima dei pasti per misurare la quantità di cibo da assumere sia quando avverta segnali di malessere, ed eventualmente iniettarsi con l'apposita "penna". Teme che gli amici lo prendano in giro e lo isolino, che sia trascurato o emarginato nel gruppo dei coetanei canottieri, che la mamma preoccupata lo assilli sui controlli e che gli riduca le uscite e il tempo gioco con i cugini. Per questo, da una settimana non vuole frequentare le lezioni scolastiche e gli allenamenti sportivi.

Assunta ha 40 anni, è mamma e lavoratrice a tempo pieno. Avverte una persistente stanchezza psicofisica e afferma di non provare più gusto nelle cose che fa, persino nel vivere. Lamenta di non ricevere attenzione dal marito e si colpevolizza di non riuscire più a giocare con piacere con i suoi bambini. Ha avuto recentemente un attacco acuto d'ansia, per il quale ha fatto un accesso al Pronto Soccorso, dove l'assunzione di uno psicofarmaco a base di benzodiazepine l'ha aiutata a superare l'episodio, ma è tuttora addolorata per non essere più efficiente come prima e teme di non farcela a riprendersi.

Daniela ha 22 anni e frequenta gli studi universitari. Il padre naturale ha abbandonato la fidanzata, con la quale l'aveva concepita, dopo averla sollecitata ad abortire. Al rifiuto della neo incinta, egli è "sparito", sia dalle responsabilità economiche che dalle attenzioni alla neonata; e così per 18 anni! Rintracciato da Daniela, si presenta con un regalo insignificante al 18° compleanno di lei, non accenna alla minima richiesta di perdono, anzi colpevolizza della sua assenza la ragazza-madre definita astiosa di carattere; stavolta, è la figlia che lo caccia di casa, intimandogli di non farsi più vedere, e non ne avverte il bisogno, per quanto addolorata della mancanza della figura paterna. La ragazza è stata cresciuta dalla sola madre, che le ha assicurato pieno affetto e sostegno. A 19 anni, è ancora lei a dover allontanare il suo ragazzo, primo grande amore, avendone scoperto il tradimento con alcune amiche. Si percepisce con una pseudo-identità, come se indossasse delle maschere: con la madre, intima e affettuosa; con il secondo ragazzo, forte; con le persone, diffidente; con sé stessa, incredula.

Michela ha 17 anni e frequenta il quarto anno delle superiori. Sta vivendo un periodo davvero difficile: i genitori si sono separati in modo "barbaro"; a scuola è rimasta delusa dalle amiche che hanno spettegolato su di lei; il rendimento scolastico è sceso; il ragazzo l'ha lasciata perché non sopportava la sua tristezza continua. Lei riconosce di provare un profondo vuoto interiore; non sente più gusto del vivere e riferisce ideazioni suicidarie, per liberarsi dal dolore psichico divenuto insostenibile. Mentre parla, dalla manica della maglietta, lascia intravedere dei segni e, richiesta, scopre le braccia che mostrano i tagliuzzamenti, che da un mese si procura. Piange inconsolabilmente, vergognandosi delle ferite, ma sollevata dal non tenerle segrete, avendole mostrate a qualcuno.

Cristallizzando le narrazioni, si può intitolare:

- Paolo un “Narciso ferito” (in quadro ad alto funzionamento/esibizionistico), con angoscia dell’Io che si addolora per la sorte capitata e si chiude agli altri arroccandosi difensivamente;
- Assunta un “Narciso trascurato” (in quadro ad alto funzionamento e comorbilità di ansia), con angoscia dell’Io tra il dover essere e l’essere, che riconosce sé stesso nell’immolazione agli altri;
- Daniela un “Narciso tradito” (in quadro ipervigile e comorbilità borderline), con angoscia dell’Io, che si scompone in varie immagini per apparire così come gli altri la vogliono;
- Michela, un “Narciso spento” (in quadro fragile e comorbilità depressiva), con angoscia dell’Io, che avverte il vuoto di Sé e lo colma con gesti di autolesionismo.

Superando, tuttavia, l’inquadramento psichiatrico, si possono cogliere il bisogno sottostante al disagio manifestato e le risorse sopite nel dolore accusato.

Paolo è confrontato con la considerazione, che di lui hanno in classe: “*Cosa ti dicono i compagni?*”. Riferisce i commenti più significativi: da Luana, “*Che figata! Ti pungi da solo!*”; da Luciano: “*Sei proprio coraggioso!*”.

Assunta è sollecitata a cogliere il motivo per cui si adopera così indefessamente: “*Perché ti sacrifichi così tanto?*”. La risposta sta nel senso del dovere, che le viene da un amore sacrificale: “*Lo faccio perché voglio bene ai miei figli, ai miei genitori, a mio marito, al mio lavoro*”. Confrontazione: “*Non manca qualcuno come oggetto del tuo affetto?*”; replica: “*È vero: me stessa! ... Non ci penso proprio a me stessa!*”. A Daniela si restituisce la profondità di pensiero, la sensibilità delle emozioni, la responsabilità nella vita, la capacità di amarsi e di costruirsi, nonostante i tradimenti subiti nell’infanzia e in adolescenza. Lei accoglie il commento: “*Sono perplessa, perché mi sembra come se queste qualità non mi appartenessero davvero; ma le porterò con me e ci penserò...!*”.

A Michela è proposto un “paradosso esistenziale” [23]: “*Hai fatto proprio bene a tagliuzzarti!*”. E lei, con le guance e le labbra inondate di lacrime: “*Era l’unica cosa che avvertivo fisicamente e che mi faceva sentire viva, perché tagliuzzandomi mi facevo presente a me stessa e reattiva ad un’emozione!*”.

La rilettura, operata dall’intervento, conduce Paolo a vedere il diabete come un compagno inatteso con cui convivere, Assunta ad apprezzare la capacità dell’amore rivolto anche a sé, Daniela ad osservare le sue “maschere” come manifestazioni situazionali della propria unica persona, Michela a dare al suo gesto lesivo il valore di uno stimolo per sentirsi e per vivere.

L’allontanamento di Paolo dal gruppo dei coetanei, scolastico e sportivo, e i gesti autolesivi di Michela costituiscono delle “tentate soluzioni” [24], utili come atti di difesa temporanei, ma prive di efficacia nel risolvere il problema e possibile ostacolo al cambiamento, se assunte come unica via d’uscita e protrate nel tempo. A entrambi viene proposta una “esperienza emozionale correttiva” [25]. Allo stesso modo, le confessioni di anedonia di Assunta e le manifestazioni di identità liquida di Daniela non sono, semplicemente e univocamente, sintomi di uno stato depressivo o *border-*

line, bensì messaggi a lettura molteplice, quale tentativo di mantenere l'equilibrio, funzione di compromesso, beneficio secondario, messaggio esistenziale ecc. [26]. A entrambi è proposta una codifica del loro stato emotivo, in chiave ricostruttiva.

Conclusione

Hoyt [27] delinea il lavoro clinico come alleanza tra gli obiettivi del soggetto e le sue risorse.

I soggetti hanno risposto con resilienza, aprendosi al cambiamento [28] e dimostrando “*di capire come nelle persone possano essere ripristinate le proprie condizioni di conoscenza ampia, scoprendo uno spazio al di là di quello delle invasioni, scoprendo una dimensione che renda possibile la propria struttura*” [29].

BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, H., Symonds J.A. (1897). *Sexual Inversion*. London: Wilson and Macmillan. Trad. it.: *Psicologia del sesso 2: l'inversione sessuale*. Newton Compton Italiana, Roma, 1970.
2. Näcke, P.A. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Archiv für Psychiatrie*, 32, 356-386. <https://doi.org/10.1007/BF02036207>
3. Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In *Opere*, 12 voll. Torino: Boringhieri, 1976-1980, vol. VIII.
4. Rank, O. (1989). *Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sage*. Berlin: Fachbuchverlag Dresden. Trad. it.: *Il tema dell'incesto nella poesia e nella leggenda*. Milano: Sugarco Ed., 1912.
5. Jones, E. (1951). The God complex. In: *Essays in Applied Psychoanalysis*, vol. 2, pp. 244-265. London: Hogarth Press.
6. Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
7. Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
8. Kohut, H. (1982). *La ricerca di Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
9. Kernberg, O. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri. (trad. it.)
10. Kernberg, O. (1988). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boringhieri. (trad. it.).
11. Lacan, J. (1949). *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*. XVI Congresso internazionale di psicoanalisi. Zurigo, luglio.
12. Gabbard, O.G., & Crisp, H. (2019). *Il disagio del narcisismo. Dilemmi diagnostici e strategie terapeutiche con i pazienti narcisisti*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pag. 15.
13. Jenkins, R. (2019). Healthy Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. <https://www.specializedtherapy.com/narcissism-and-narcissistic-personality-disorder/>
14. Morrison, A.P. (1989). *Shame. The Underside of Narcissism*, Routledge. New York : Routledge.
15. Malking, C. (2016). *Rethinking Narcissism*. Boston: Harvard Medical School.
16. Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6):527-32.
17. Rus, E. et al. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *Am J Psychiatry* 165:11, November 2008, 1473-1481. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07030376
18. Ferenczi, S. (1988). *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*, Milano: Raffaello Cortina.
19. Lasch, C. (1981). *La cultura del narcisismo*, Milano: Bompiani.
20. Frankl, V.E. (1946) *Man's Search for Meaning*. New York: Simon and Schuster. Trad. it. *Alla ricerca di un significato della vita*. Milano: Mursia, 2005.
21. Watzlawick, P., Beavin, J.H., D. Jackson, D. (1967). *Pragmatic of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York, W.W. Norton & Co. Trad. it.

- Pragmatica della Comunicazione Umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Ed. Astrolabio-Ubaldini, 1971
22. Migone, P. (1993). Il concetto di narcisismo. *Il Ruolo Terapeutico*. 63: 37-39 (I parte), e 64: 32-36 (II parte).
23. Fromm E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row, 1976. Trad. it., *Avere o essere?*, Milano: A. Mondadori, 1977.
24. Nardone, G., Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Firenze: Ponte alle Grazie.
25. Alexander, F., French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
26. De Vincentiis, A. (2010). *Il sintomo e la sua funzione in psicologia*. <http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/478-sintomo-funzione-psicologia.html>
27. Hoyt, M.F. (Ed.) (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in*. Bancyfelin (Camarthen): Crown House Publishing.
28. Wieland, A. & Wallenburg, C.M. (2013). The Influence of Relational Competencies on Supply Chain Resilience: A Relational View. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, Vol. 43, No. 4, 300-320. Doi: 10.1108/IJPDLM-08-2012-0243
29. Canevaro, A. (2001). *Bambini che sopravvivono alla guerra: percorsi didattici e di incontro tra Italia, Uganda, Ruanda e Bosnia*. Trento: Erickson.

ARTICOLO DI OPINIONE

Stare al mondo “tra” psicoterapia e neuroscienze

Anna Di Leva¹

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



Citation

Di Leva A. (2023).
Stare al mondo “tra” psicoterapia
e neuroscienze
Phenomena Journal, 5, 21-33.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.181>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Anna Di Leva
anna.dilevapsy@gmail.com

Ricevuto: 6 dicembre 2022

Accettato: 13 aprile 2023

Pubblicato: 3 maggio 2023

ABSTRACT

The brain as an organ, the mind as a process and the body as a map of our experiences are interconnected and have a fundamental role in the formation of our self, they are the holders of our memories and the propellers of our actions. On the basis of this reflection, the focus of this article emerges, the purpose of which is to find a correlation between the functioning of the brain as an organ and the modality that human beings use to place themselves in the world. Brain functioning will be outlined first and then the main concepts related to Gestalt psychotherapy to then be united in a series of reflections on the relationship between anatomy and psychology. Furthermore, space is given to the role of the social brain and how it is relevant in order to develop therapeutic alliance.

KEYWORDS

Neuroscience, Gestalt, interaction, self.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il cervello in quanto organo, la mente in quanto processo e il corpo in quanto mappa delle nostre esperienze sono interconnessi ed hanno un ruolo fondamentale nella formazione del nostro sé, sono i detentori delle nostre memorie e i propulsori delle nostre azioni. Sulla base di questa riflessione si delinea il focus di questo articolo, il cui scopo è di trovare una correlazione tra il funzionamento del cervello come organo e la modalità che l'essere umano utilizza per porsi al mondo. Verrà delineato dapprima il funzionamento cerebrale e successivamente i principali concetti legati alla psicoterapia della gestalt per venire poi uniti in una serie di riflessioni sulla relazione tra anatomia e psicologia. Inoltre, è dato uno spazio al ruolo del cervello sociale e di come sia rilevante al fine di sviluppare alleanza terapeutica.

PAROLE CHIAVE

Neuroscienze, Gestalt, interazione, sé.



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

Introduzione

Il funzionamento dell'essere umano è determinato dal contesto sociale in cui nasce, si sviluppa e dalle esperienze evolutivo/relazionali con le figure presenti nella sua esperienza di vita. L'organismo, secondo la tendenza attualizzante, è determinato per sopravvivere e mantenere il proprio equilibrio.

Le strutture cerebrali, che si formano sin dai processi gestazionali, modulano le risposte di sopravvivenza basilari. Le risposte apprese dalle aree primitive del cervello sino al cuore hanno effetti sul piano biochimico e comportamentale. Qualsiasi cosa accade al bambino contribuisce alla formazione della sua mappa emotiva e percettiva dell'ambiente circostante. Il processo terapeutico è fondato sulla relazione tra paziente e terapeuta. Lo scopo della terapia, affinché avvengano passaggi evolutivi, è quello di far rileggere gli avvenimenti del "lì ed allora" nel "qui ed ora", attraverso la sperimentazione di dinamiche differenti da quelle che hanno portato all'attuazione di schemi di risposta disfunzionali.

Il cervello in quanto organo, la mente in quanto processo e il corpo in quanto mappa delle nostre esperienze sono interconnessi ed hanno un ruolo fondamentale nella formazione del nostro sé, sono i detentori delle nostre memorie e i propulsori delle nostre azioni [1]. La relazione tra psicoterapia e neuroscienze si basa sull'ipotesi dell'interazione tra il mondo esterno che incide sulla formazione cerebrale e le funzioni cerebrali che incidono sul funzionamento dell'essere umano.

1. Elementi di Gestalt

Il processo è come l'essere umano sente e agisce all'interno dell'esperienza. Sperimentare il nuovo non significa rinnegare o negare ciò che è stato in passato, significa rileggerlo alla luce del momento presente, scoprendo un nuovo modo di stare al mondo più libero e consapevole: il proprio modo di essere al mondo. Il sé caratterizza il processo e la modalità con cui le persone agiscono ed entrano in relazione all'interno del campo in cui sono inserite. Il sé è un processo individuale e tipico di ogni persona, Perls (1951) considera il sé il sistema degli adattamenti creativi. L'adattamento creativo identifica nuovi modi per affrontare i bisogni che emergono nel corso delle esperienze e varia in base alle esperienze che vive, all'aumento della consapevolezza delle proprie abilità [2, 3, 4]. Ogni persona ha un proprio adattamento creativo sia agli eventi quotidiani che ad eventi traumatici, dà un senso a ciò che accade utilizzando le risorse che sente di avere a disposizione [4]. La flessibilità è uno dei concetti principali in gestalt ed è legata al processo di continuo movimento e adattamento in cui ogni essere è inserito. In contrapposizione a ciò vi sono le gestalt rigide, identificate come i blocchi che ostacolano il fluire dei comportamenti, delle sensazioni e delle emozioni. In questa ottica, si inserisce la Teoria Paradossale del Cambiamento di Beisser (1971) secondo la quale il cambiamento può avvenire quando accettiamo pienamente ciò che siamo, il processo di accettazione è legato alla conoscenza delle nostre funzioni del sé e del modo in cui entriamo in contatto con noi stessi e col mondo [3, 6]. Un altro assunto della teoria di Bessel è legato al concetto

in gestalt riferito all'assunzione di responsabilità delle proprie scelte e sostenerne le conseguenze [3]. Quindi, il sé che esprimiamo è il frutto di tutte le esperienze vissute ed è legato sia alla storia personale che alle risonanze con il mondo esterno. Il nostro confine di contatto è modulato da "come" le funzioni del sé si sono sviluppate. Nello specifico le funzioni del sé, secondo la psicologia della gestalt sono: la funzione "es" che caratterizza il funzionamento endocrino: regola le pulsioni vitali come il battito cardiaco, la pressione sanguigna, il ritmo sonno-veglia, la respirazione, lo stimolo della fame e della sete ed agisce in automatico senza il controllo volontario dell'individuo. La funzione "io" è caratterizzata dalla responsabilità decisionale di agire o non agire e quindi soddisfare o non soddisfare i bisogni emergenti [4]. La funzione "personalità" è la rappresentazione che la persona ha di sé stesso e permette di riconoscersi responsabile di ciò che prova e ciò che agisce. Con la funzione "personalità" vi è una integrazione delle esperienze passate con i vissuti attuali, fornendo all'essere umano un senso di identità e di presenza nel tempo. Questo processo di riconoscimento dei propri bisogni e la loro soddisfazione avviene seguendo un ciclo di contatto. Ogni persona ha i propri ritmi per compiere il ciclo del contatto, esso è determinato dalle funzioni del sé e non vi è un tempo prestabilito entro cui ogni fase deve essere affrontata. Durante il ciclo possono esserci delle resistenze che la persona mette in atto, spesso sono legate a delle ferite del sé ed alla difficoltà della sua piena espressione. Goodman [4] distingue quattro fasi del ciclo del contatto: precontatto, contatto, contatto pieno e post-contatto. Nella fase di precontatto emerge la sensazione corporea in risposta a stimoli esterni che crea un bisogno da soddisfare; a tal funzionamento è legata la funzione "es". La fase di contatto è una fase in cui la persona inizia ad andare verso la soddisfazione del bisogno attivando le risorse necessarie per raggiungerlo, si passa progressivamente da una eccitazione viscerale ad una più cerebrale; tal funzionamento fa riferimento alla funzione "io". Il contatto pieno coincide con la piena realizzazione del bisogno ed è caratterizzata da una sintonia tra percezione, emozione e movimento. Il post contatto è caratterizzato dall'assimilazione dell'esperienza avvenuta e integrata con i vissuti della singola persona; in questa fase è presente la funzione del sé "personalità". Una volta che questo ciclo del contatto è stato completato, è stata chiusa una gestalt a cui corrisponde poi un periodo di vuoto fertile in cui è possibile la nascita di nuove esperienze e ricominciare un altro ciclo [2, 4]. Il legame tra i concetti di processo, sé e contatto rientra nella concezione di autoregolazione organismica in cui le parti dell'organismo sono in equilibrio ed integrate tra loro. Questo equilibrio può essere intaccato da eventi traumatici che in modo involontario e automatico, spingono la persona ad adottare risposte differenti nell'approcciarsi al mondo. L'equilibrio dell'organismo può trovare riscontro nel concetto di "polarità", secondo cui ogni cosa possiede un suo esatto opposto senza il quale l'uno non potrebbe esistere senza l'altro. Nessuna opposizione è rigida nemmeno in natura [3].

La consapevolezza di sé consente di raggiungere ciò che Rogers definisce "vita piena" [6]. La vita piena è un processo evolutivo in cui l'essere umano ha la libertà psicologica nella scelta di muoversi verso qualsiasi direzione in cui sente il bisogno

di andare e sperimentarsi. Vivere una vita piena significa: provare ed accettare i propri sentimenti, usare tutte le modalità sensoriali dell'organismo per comprendere il campo in cui si è inseriti, utilizzare le risorse del sistema nervoso per ascoltare le proprie sensazioni interne. Essere aperti alle esperienze significa provare ogni sensazione privandosi delle resistenze, non sentirsi minacciati dai sentimenti ma dargli un valore attraverso l'ascolto di sé per divenire attivamente parte stessa dell'esperienza. La piena accettazione di ciò che accade è legata alla consapevolezza di avere in sé le risorse per affrontare ciò che accade e la fiducia del proprio organismo come mezzo per scegliere in tutte le situazioni il comportamento più adeguato alla nostra sopravvivenza e nella sua capacità di accettare tutto ciò che viene dall'esterno. La fiducia nell'organismo è legata al concetto di "tendenza attualizzante" secondo cui la vita è un processo attivo in cui l'organismo risponde per sopravvivere e preservarsi avendo una piena fiducia nelle proprie risorse [5, 6]. La fallibilità dell'essere umano si palesa quando le esperienze precedenti vengono considerate come parte della realtà presente e non come appartenenti ad esperienze passate [5], determinando nei modi di essere al mondo disfunzionali.

2. Elementi di neuroscienze

Uno dei campi di indagine delle neuroscienze è la relazione tra i correlati neurali e le esperienze svolte in prima persona nell'ambiente. All'interno della connessione tra mondo interno e mondo esterno, un ruolo principale è dato al sistema senso motorio, deputato alla trasmissione e trasformazione degli input tra il sistema muscolare e il sistema nervoso centrale durante l'esecuzione dei movimenti. La mente è l'insieme delle funzioni del cervello e la psiche è l'espressione di tale organo, secondo Berne il cervello è la base organica della mente [3, 7]. Il cervello funziona per sistemi complessi ed è caratterizzato da connessioni con aree cerebrali differenti, accomunate dallo stesso obiettivo funzionale, vi è la contemporaneità dell'attivazione e le reti sono modificabili attraverso l'apprendimento stabilendo nuovi circuiti neurali [7]. L'essere umano possiede tre cervelli esecutivi [2, 3], ognuno con la propria storia evolutiva. Il cervello rettiliano è deputato alla sopravvivenza dell'organismo attraverso risposte istintuali, automatiche ed immediate non sottoposte al controllo cosciente come la regolazione del ritmo sonno/veglia, delle funzioni vitali come la fame, la sete, l'attività sessuale, la regolazione termica, l'equilibrio endocrino generale, la pressione sanguigna, la frequenza del ritmo cardiaco e la respirazione. Le strutture coinvolte sono l'ipofisi e tronco encefalico. Il cervello limbico è identificato come l'interfaccia tra individuo e ambiente, è coinvolto nella percezione, gestione, regolazione delle risposte emotive e sensoriali controllando le risposte di pericolo. Le strutture cerebrali coinvolte sono principalmente amigdala ed ippocampo. È coinvolta l'area fronto-parietale deputata alla percezione spazio temporale e consente di muoversi nell'ambiente. Il cervello limbico è deputato alla lettura immediata delle emozioni e alla loro collocazione temporale, è un intermediario tra il cervello superiore e il cervello primitivo inoltre, modifica e modula le reazioni del corpo in base

alle sollecitazioni e esterne ed è alla base dei processi di comunicazione. Esso lavora in un processo di percezione dello stimolo esterno, della sua lettura intuitiva ed affettiva ed alla rielaborazione corticale superiore. Il cervello razionale, coinvolto nello sviluppo intellettuale, è caratterizzato dalla Default Mode Network che riguarda l'elaborazione del flusso cosciente, la riflessione su sé stessi e sugli altri [2]. Il suo funzionamento coinvolge le abilità intellettive, di controllo, di processi decisionali, nella abilità linguistiche e inibizione di risposte automatiche. Valuta e filtra gli input esterni per poi associarli alla percezione e programmare il movimento. La neocorteccia traduce gli input esterni e quelli provenienti dagli altri due cervelli per un funzionamento sinergico delle strutture cerebrali e la loro manifestazione attraverso il comportamento dell'individuo [3, 6, 7]. Durante la vita infantile, il sistema limbico è la struttura più sollecitata mentre lo sviluppo delle aree prefrontali avviene con l'avvicinarsi dell'età adolescenziale. Mc Lean [3] in riferimento alla trasmissione delle emozioni, individua una via alta e una via bassa. Entrambe hanno in comune la percezione dello stimolo e il suo passaggio per il talamo al cui interno avviene la divisione degli input. La via alta è più lenta e lo stimolo viene inviato alle aree corticali dove avviene l'elaborazione dei dati. La via bassa invece, è caratterizzata dall'immediatezza delle risposte ed è istintuale, gli input vengono trasferiti all'amigdala che ne attribuisce un significato emotivo e all'ippocampo che ne confronta con le esperienze passate e sensoriali. L'integrazione tra le informazioni elaborate da amigdala e dall'ippocampo, dal mondo esterno e mondo interno, crea ciò che è definito come esperienza personale emotiva [3, 7]. L'essere umano attraverso un processo di elaborazione corticale attribuisce un significato alle sensazioni provate e le chiama emozioni, collegandole successivamente con le conoscenze sensoriali, fisiche, emotive o cognitive immagazzinate nella memoria. Le emozioni sperimentate nella fase di vita infantile forniscono la prima conoscenza del mondo per cui, l'emozione è legata alla memoria e l'intensità del ricordo è legata alla carica emotiva che lo accompagna [6, 7]. Le sostanze chimiche che hanno un ruolo attivo per la formazione della relazione e sulle risposte emotive sono endorfine, ossitocina, vasopressina, dopamina e cortisolo. Le endorfine sono autoprodotte dall'organismo e sono deputate alla regolazione del dolore ed al senso di benessere, le sostanze oppioidi promuovono senso di sicurezza, permettono di fuggire e combattere diminuendo il dolore fisico e il disagio emotivo legato alla percezione del pericolo; i suoi recettori sono presenti principalmente nell'amigdala. Ossitocina e vasopressina sono ormoni prodotti nell'ipotalamo e inviati alla ghiandola pituitaria e al sistema limbico ed alla corteccia. L'ossitocina è prodotta dall'amigdala e dal cuore, il suo ruolo principale nella regolazione dell'ansia e nell'attaccamento a seconda della vicinanza con l'altro. Questa sensazione è legata alla percezione del pericolo ed all'invadenza nello spazio peripersonale di ogni individuo. Il rilascio di ossitocina e vasopressina facilita il legame di attaccamento, di accudimento e di coppia producendo benessere psicofisico dal loro rilascio, la produzione di ossitocina è favorita dal contatto fisico. La dopamina interviene sui meccanismi di ricompensa e motiva il legame, l'attaccamento e le interazioni sociali. Le interazioni coi genitori e con le figure di riferimento vengono vissute e memorizzate in

base al valore dato alla ricompensa emotiva che ne deriva e quindi in base a quanta soddisfazione emerge da quel tipo di relazione. Ciò porta all'apprendimento di schemi di attaccamento e la loro messa in atto; il percorso che segue questo neurotrasmettitore è dal tronco encefalo verso il talamo, amigdala, corteccia prefrontale per tornare di nuovo a strutture sottocorticali [6]. Inoltre, il cortisolo, ormone prodotto dalla ghiandola surrenale, agisce in particolar modo sull'amigdala e l'ippocampo aumentando l'intensità delle reazioni alla paura. Con la cronicità dell'esposizione al trauma o all'evento stressogeno vi è una diminuzione della sua produzione, ciò porta ad una riduzione della sua funzione protettiva, con un perenne stato di allerta anche per stimoli non realmente pericolosi; l'aumento di cortisolo è legato anche alla diminuzione del volume ippocampale con conseguenti risvolti sulle capacità di immagazzinamento delle informazioni e influenzare il sistema immunitario. Il Sistema Nervoso Autonomo è deputato alla gestione dei processi vitali non controllabili consapevolmente, è composto da fasci di fibre efferenti ed afferenti lungo il midollo spinale per lo scambio di informazioni ed ha una componente simpatica e una parasimpatica. La componente SNA-simpatica è deputata alle risposte di attacco/fuga, risposta a stimoli minacciosi, di ansia. La parte del SNA-parasimpatico è deputata a funzioni di rilassamento, recupero e assimilazione. Il SNA, in risposta a situazioni ambientali, regola il livello di arousal attraverso la lettura degli stimoli enterocettivi. Il ruolo del corpo e del respiro ed è fondamentale nella regolazione dell'arousal, la fase di inspirazione attiva il SNA simpatico mentre la fase di espirazione attiva il SNA parasimpatico regolando il valore della pressione sanguigna del cervello primitivo attraverso il nervo vago e circuiti di feedback interni [2, 6]. Nella connessione tra il mondo interno e il mondo esterno dell'essere umano, la teoria polivagale (o sistema di coinvolgimento sociale) spiega in un'ottica bidirezionale la relazione tra cervello e il corpo.

Il nervo vago modula il funzionamento degli organi interni quali cuore, polmoni, gola, testa, viso e stomaco, attraverso la regolazione fisiologica, la comunicazione emotiva tramite le espressioni facciali come la costrizione orecchio interno e la dilatazione delle pupille. In particolare, la comunicazione tra nervo vago e cuore regola la pressione sanguigna, la regolazione della respirazione, associati a stati di rilassamento, calma e sicurezza. A tal proposito, Andrew Armour parla di "cervello del cuore" [5]. Il SNA è costituito da neuroni che monitorano gli ormoni circolanti, la chimica corporea, la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna. Vi sono impulsi neurologici che dal sistema nervoso del cuore viaggiano al cervello. Il cuore può influenzare l'attività cerebrale riuscendo ad elaborare informazioni di tipo ormonale e tradurle in impulsi nervosi che viaggiano nel nervo vago e finiscono alla neocorteccia e al sistema limbico [5]. L'elettricità dei neuroni cerebrali è sensibile alla pressione sanguigna, quindi, al variare del ritmo cardiaco varia il tipo di informazioni inviate al cervello intervenendo particolarmente sulle risposte emotive legate all'attivazione del sistema limbico. Negli anni '90 dall' HeartMath Institute, ha concettualizzato la "Coerenza Cardiaca" [5] come lo stato di funzionamento ottimale mediante il quale l'essere umano può esprimersi in modo più efficiente, sperimentando una maggiore

stabilità emotiva e un miglioramento della funzione cognitiva. Il ritmo di un cuore sano anche in riposo è irregolare con l'intervallo di tempo tra battiti cardiaci consecutivi in continua evoluzione. La naturale variabilità della frequenza cardiaca "battito per battito" è un modo per monitorare il funzionamento e l'equilibrio del sistema nervoso e la capacità di adattamento alle sollecitazioni ambientali [5].

3. Integrazione tra Gestalt e Neuroscienze

L'integrazione di gestalt e neuroscienze si basa sull'interrelazione tra il funzionamento fisiologico del cervello e la modulazione di input/output in risposta a stimoli esterni. L'essere umano e il cervello hanno abilità dinamiche e adattive che consentono la sopravvivenza ed il funzionamento reciproco. Uno dei contributi delle neuroscienze alla gestalt è la funzione della plasticità neuronale nel chiudere le gestalt irrisolte o fisse attraverso la formazione di nuove connessioni e alla creazione di nuovi corpi neuronali attraverso la neo-neurogenesi. Ciò che consente lo sviluppo neuronale e la possibilità di mettere in atto nuovi adattamenti creativi alle esperienze è l'interazione con gli stimoli ambientali; finché l'essere umano non è stimolato tende a stare in una situazione neutrale che non spinge né all'azione e né al cambiamento. Le reti neurali si attivano e si inibiscono all'interno del processo in cui l'essere umano è nel mondo, si collegano insieme per cui, più si rievoca una situazione con schemi, comportamenti e sensazioni ad essa collegati, più essa viene rinforzata. Questo processo influenza i comportamenti sia in modo funzionale che disfunzionale per cui i feedback esterni sono modulatori che possono o meno rinforzare risposte, modulare le reti neurali e le credenze su sé stessi e sul mondo. L'individuo sente il bisogno che ha in quel momento e attiva circuiti neurali che possono contribuire al suo soddisfacimento [2, 3, 7]. Questo processo di attivazione dinamica avviene sulla base del funzionamento dei tre cervelli: all'esperienza esterna risponde una prima modalità istintiva, successivamente la componente razionale guida nell'elaborazione dell'esperienza in modo consapevole. L'emozione è legata alla memoria e l'intensità del ricordo varia a seconda dell'emozione che lo accompagna al momento del suo immagazzinamento, su questa base è possibile intervenire con la terapia rielaborando il contenuto emotivo attraverso la modulazione della percezione attuale del ricordo stesso attribuendogli una nuova valenza emotiva [2, 3]. Citando Laborit, "*le emozioni non sono altro che la coscienza di certe attività dette "vegetative"*", vale a dire il risultato dell'attività del sistema limbico stimolato dall'esterno o delle nostre rappresentazioni interne [4]. La difficoltà nel modulare le emozioni può essere legata ad una mancanza di esperienza delle stesse per cui è presente una difficoltà nella loro rappresentazione, nel pensarle e riflettere sui significati; in questa dinamica avviene la connessione tra corteccia frontale e amigdala, una inibisce l'attività dell'altra poiché si controllano a vicenda. Quando uno stimolo esterno attiva l'amigdala, essa modifica l'elaborazione delle informazioni sensoriali che arrivano alla corteccia aumentandone il tono emotivo a scapito della funzione cognitiva. La neurodinamica dei tre cervelli può essere ricondotta alle fasi del ciclo di contatto. È ipotizzabile un

legame tra la fase di precontatto e il cervello primitivo, entrambi partono dalla sensazione corporea che poi diventa progressivamente in figura e degna di interesse ed è legato alla funzione “es”. Nella fase di contatto/contatto pieno si elabora ciò che si sta vivendo e si mobilitano le energie per sperimentare attivamente l’esperienza in linea con la funzione “io” legata al cervello limbico. Infine, con la fase del post-contatto interviene il cervello superiore nell’assimilazione e nella comprensione dell’esperienza vissuta per poi immagazzinarla e renderla parte integrante della persona attraverso la funzione del sé “personalità”. Attraverso la relazione psicoterapeutica avviene il passaggio di interazione e modulazione tra le funzioni di sé e funzionamento cerebrale [2]. Un’ipotesi di ciò che accade nel processo terapeutico gestaltico in interazione con il funzionamento cerebrale, risiede nell’ascoltare cosa comunica il cervello primitivo attraverso le sensazioni, dare un contenuto emotivo a carico del cervello limbico per poi averne consapevolezza attraverso l’attività del cervello superiore. Di base, quindi, sono gli stimoli emotivi esterni che producono reazioni corporee e i messaggi ritornano al cervello integrati con le esperienze vissute. Nell’essere umano, in particolare in caso di traumi, sulla base del principio anatomico dell’assioma di Hebb, si ripete e si attiva in automatico il modello relazionale in base alla propria esperienza e non viene rielaborato per dare un nuovo significato alla luce del contesto attuale [3]. Quindi, l’integrazione della terapia con le neuroscienze pone un nuovo modo di leggere la vita attraverso l’integrazione di differenti circuiti ed il loro proprio funzionamento. Il cambiamento mnesico e affettivo modifica la connessione tra i neuroni e, grazie alla plasticità neuronale, è possibile l’adattamento ad uno nuovo stato e ad una nuova modalità di stare nell’esperienza. Le relazioni sono la base per il cambiamento e per la comunicazione, sono un processo attraverso cui vi è una reciproca ricostruzione del vissuto in cui il terapeuta “pulisce” le vie del paziente. Il funzionamento del pensiero è legato al funzionamento della memoria, a tal riguardo Kandel esprime che *“la memoria garantisce continuità alla nostra vita, senza la forza agglomerante della memoria le esperienze sarebbero scisse in tanti frammenti quanti sono i momenti della vita. Senza la possibilità di compiere viaggi mentali nel tempo non avremmo consapevolezza della nostra storia personale. Siamo quelli che siamo per via di ciò che impariamo e di ciò che ricordiamo”* [3].

4. Il terapeuta tra gestalt e neuroscienze

Il funzionamento dell’essere umano avviene nella connessione tra il corpo, la mente e il cervello. Nel processo terapeutico è fondamentale comprendere che la memoria corporea del trauma non è più parte del presente ma che le reazioni fisiologiche sono attivate da automatismi difensivi del cervello arcaico. Citando Porgers [7] *“il sistema nervoso valuta pericoloso anche quando l’ambiente è scuro”*. L’essere umano ha un sistema adattivo complesso, ovvero, l’organismo ha proprietà dinamiche e auto-organizzanti, possiede una finestra di tolleranza entro cui regge le situazioni di stress prima di giungere ad una risposta polarizzata da caos a rigidità. Le reazioni al trauma sono un adattamento creativo per fronteggiare l’esperienza avversa con le risorse mi-

glieri a disposizione in quel momento [7], ed allo stesso tempo mettono in guardia l'individuo quando si presentano situazioni affini o che egli reputa simili a quelle originarie [3]. Tuttavia, non è lecito affermare che le reazioni del "lì e allora" siano funzionali per il "qui ed ora" [6, 7] difatti, attraverso il processo terapeutico, con la rielaborazione dei vissuti, si rieduca l'amigdala partendo dalla distinzione del "lì-allora" dal "qui ed ora" in riferimento al contesto fisico ed alle esperienze vissute [7]. Quindi, all'interno della relazione terapeutica attraverso la condivisione dell'esperienza si attribuisce un significato differente ai vissuti, si riformulano i circuiti neurali e si rieduca la loro attivazione alla luce delle esigenze presenti rispettando la finestra di tolleranza del paziente. Il processo ed il percorso fisiologico-terapeutico avvengono attraversando i tre cervelli a seconda del canale di comunicazione del paziente e della sua predisposizione ad affrontare i vissuti in figura. Affinché avvenga questa interazione, è necessario che il paziente si senta in una zona comfort, senta il contesto e il rapporto con il terapeuta sicuro e degno di fiducia. In una prima fase terapeutica, quando i nuovi adattamenti non sono ancora ben integrati e fatti propri dalla persona, è possibile che si tenda attuare schemi di risposte conosciuti ed istintivi [7], l'intuito è una risposta imminente ed istintiva [3]. Lo spazio della finestra di tolleranza è soggettivo e la sua dinamicità varia a seconda delle situazioni e dello stato psico-fisico del momento presente. Più essa è ampia e più è possibile lavorare con i vissuti riportati. Il terapeuta è attento a come il paziente si muove all'interno della finestra di tolleranza ed insieme scoprono quanto è possibile andare oltre il limite per ampliarlo, questo processo è favorito dalla sensazione di sicurezza che il paziente sente verso il terapeuta e verso la fiducia che il proprio corpo sappia auto-organizzarsi [7]. Nel cervello limbico scaturiscono i ricordi associati alle relative emozioni e la loro associazione alle esperienze passate mentre si vive nel momento presente; quindi, vi è un processo di ristrutturazione del significato attraverso esperienze riparative tra ciò che è stato e ciò che è [4]. L'essere umano riconosce poco il fluire dei sentimenti che prova momento per momento e tende a costruire la propria esperienza con un riferimento più o meno rigido a quella del passato considerando in maniera minima i dati presenti [6]. Nella la psicologia della gestalt il legame tra presente e passato è rilevante dal momento in cui si guarda al passato dalla posizione del presente, la traccia del passato importa nella misura in cui si manifesta nel presente [4]. Il terapeuta, durante l'incontro, è centrato ovvero, attento alle proprie sensazioni ed emozioni e oscilla in modo consapevole tra esse e le risonanze del paziente per sentire cosa accade all'interno della relazione e portare il paziente alla sperimentazione dei vissuti rispettandone i tempi [6, 7]. Il reciproco adattamento tra la componente fisiologica e quella comportamentale rientra nella seguente equazione: più aumenta la percezione della realtà esterna e delle proprie abilità da parte del paziente, più aumentano gli adattamenti creativi che sente di poter mettere in atto, così come il sistema nervoso si adatta a nuovi stimoli, utilizzando determinati neurotrasmettitori a seconda degli input ricevuti e delle risposte da inviare. In conclusione, in terapia l'interruzione del contatto è notata dalle resistenze o titubanze che il paziente mette in atto; la persona sente che qualcosa non va, la dissociazione crea asincronia tra ciò che vive e ciò che

sente. Lo scopo della terapia è favorire la capacità integrativa del paziente di riappropriarsi di sé nel mondo attraverso un cambiamento del locus di controllo, dall'esterno a sé stesso motivandolo a non essere vittima degli eventi e di agire nel campo poiché, più si sviluppano abilità relazionali più aumenta la percezione del proprio potere personale. Il meccanismo della dissociazione e tutte le difese attuate, intese sempre come adattamenti creativi, vanno onorate per poi essere progressivamente abbandonate. All'interno della relazione terapeutica vengono riprodotti i propri modelli operativi interni e quindi la propria dinamica relazionale; il percorso terapeutico può riattivare i bisogni e le mancanze arcaiche, in questo contesto viene sperimentato il dolore della rottura e, come dice Perls [6] passandoci attraverso è possibile accettarlo, integrarlo e ripararlo [4, 7]. La terapia interviene sulle false introiezioni che caratterizzano i comportamenti disfunzionali che non fanno sentire la persona in linea con il proprio processo di soddisfacimento dei bisogni. Il ruolo dei neuroni specchio all'interno della relazione terapeutica, intesa come micromondo, consiste nell'attuare una nuova identificazione con una figura di cui ha fiducia e in un contesto sentito sicuro, interiorizzando e sperimentando un nuovo modo di stare al mondo. Il terapeuta e il paziente diventano parte uno dell'altro creando significati condivisi [2, 3]. Attraverso l'attivazione del sistema dei neuroni specchio, l'individuo pone una ristrutturazione delle proprie credenze, una messa in gioco poiché è possibile entrare in contatto con l'altro provando ad immaginare cosa suscita nella persona stessa e cosa la persona suscita nell'altro [3]. Il terapeuta non trasferisce i contenuti ma fa risuonare nelle altre sensazioni che possono produrre un cambiamento, se l'altro è pronto ad accettarlo. È possibile ipotizzare un parallelismo tra il funzionamento dei neuroni specchio e la tecnica del rispecchiamento in gestalt in cui il terapeuta funge da specchio per i movimenti del paziente, ciò può essere utile nella comprensione di come il mondo potrebbe vedere il paziente. Il cervello funziona all'unisono con l'ambiente ed è immerso al suo interno [3]. Il sistema dei neuroni specchio è collegato a sistemi sensoriali, motori e motivazionali per l'apprendimento attraverso l'osservazione e di come i comportamenti e le emozioni degli altri risuonano nell'individuo. In terapia questa risonanza è fondamentale per la comprensione dello stato emotivo dell'altro; il terapeuta è allenato a mantenere un giusto confine di contatto per evitare la confluenza ed il contagio emotivo [2, 4]. La struttura cerebrale varia al variare dell'assetto mentale degli altri, vi è sintonizzazione mentale con l'altro. I cervelli si collegano tra loro, si regolano reciprocamente e si sintonizzano in modi che migliorano e modulano la risonanza emotiva attraverso il bilanciamento delle esigenze individuali con quelle degli altri [2] sulla base di principi di empatia, autenticità e accettazione incondizionata [6]. Il terapeuta utilizza la connessione reciproca sulla base che tutto ciò che l'essere umano compie modifica il funzionamento del sistema nervoso, intervenendo sul funzionamento delle differenti aree cerebrali secondo il principio di neuroplasticità e modulando anche l'attivazione dell'arousal [2, 7]. Il cervello ha sistemi neurali multipli e deputati a ricevere, elaborare e trasmettere informazioni agli altri. Le esperienze sociali si traducono e incarnano nella struttura neurobiologica del cervello ed hanno la tendenza a stabilizzarsi nel tempo, ad esem-

pio: all'aumento del numero di recettori per le endorfine corrisponde un abbassamento dell'attività dell'amigdala. Questo processo fisiologico conduce alla diminuzione della vulnerabilità allo stress ampliando la finestra di tolleranza, cambiando così il modo in cui si entra in contatto con il mondo [2].

5. Cervello Sociale: Essere nel mondo

Le prime forme di relazione dell'essere umano influenzano la sua biologia corporea, modellano la sua struttura encefalica e delineano le attribuzioni di significato delle esperienze dando luce ai copioni individuali, ai suoi modi di agire e rapportarsi nel mondo [3]. La qualità del rapporto è la base per stimolare il cambiamento cerebrale ed il modo in cui l'essere umano si relaziona è determinato dal modo in cui entra in contatto con l'altro; la modalità di contatto propria di ogni individuo discende dalle prime forme di relazioni. Berne, collegandosi alle scoperte delle cariche elettriche nei neuroni, fa dell'energia mentale il fulcro per la comprensione del sé e delle funzioni mentali [3]. Gli organi principali deputati alla connessione tra mondo interno ed esterno sono il talamo, l'ippocampo e l'amigdala. Il talamo è la struttura cerebrale che smista e media gli stimoli in entrata e in uscita inviando le sensazioni esterne ed interne alla corteccia per essere letti dai sistemi deputati come gli organi interni e ghiandole ormonali. L'ippocampo associa i ricordi con le esperienze attuali, fornisce una collocazione temporale e contestuale alle esperienze ed ai ricordi, consente di ricordare degli elementi particolari del contesto con un forte significato emotivo. L'amigdala gestisce le reazioni di sopravvivenza, è l'archivio delle esperienze traumatiche e delle reazioni immediate; agisce confrontando quanto accade nel presente con quanto è accaduto nel passato ed è un crocevia per dare contenuto emotivo alle esperienze [3]. La sinapsi sociale è il "tra" nella relazione, è lo spazio che esiste tra le persone, il mezzo attraverso cui gli esseri umani comunicano e si relazionano. Il modo in cui l'individuo è trattato influisce sulla trasmissione sinaptica, influenza l'ambiente attorno ai neuroni; questi feedback si basano sulle espressioni facciali e messaggi non verbali.

Il concetto di sinapsi sociale mostra la similitudine tra la morte dei neuroni che non sono in grado di sviluppare legami con altri neuroni e la necessità che ha il neonato o l'anziano di legarsi a figure di riferimento per sopravvivere [2]; inoltre, la necessità di affiliazione, amicizia e riproduzione è propria degli esseri umani e determinata anche dalla secrezione di appositi ormoni come l'ossitocina e la vasopressina. La considerazione del cervello come organo sociale è parallela sia al concetto di flessibilità in gestalt sia al processo di continuo adattamento in base alle esperienze vissute ed affrontate con le abilità a disposizione. Più si affrontano esperienze, più si creano circuiti e consapevolezze che vanno a modularsi continuamente nel corso della vita. Su questa ipotesi si innesta Berne, secondo cui il destino di ogni essere umano viene deciso da quanto succede dentro la sua testa, dopo che si è confrontato con quanto avviene fuori di essa [3]. Berne, inoltre, identifica le cariche elettriche dei neuroni come il fulcro per la comparsa delle funzioni mentali. La loro energia è il punto di

contatto tra neurologia e psicoterapia, come l'energia che si crea nel campo relazionale tra le persone. Quindi, si può ipotizzare una connessione reciproca tra l'attivazione energetica tra le persone e l'attivazione energetica delle reti neurali, entrambe escono modificate e modificanti. Berne paragona l'energia del neurone all'energia tra le persone per cui i legami, così come le sinapsi aumentano, si fortificano a seconda dei vissuti e dalla coltivazione delle relazioni [3]. In psicoterapia, intesa come micro mondo, possono essere coinvolti questi sistemi, i circuiti di attaccamento sono plastici per tutta la vita e infatti non è detto che un tipo di attaccamento es. ambivalente non possa diventare sicuro. La psicoterapia è come una buona genitorialità, attraverso la relazione terapeutica si possono modificare gli stessi circuiti di attaccamento formati nell'infanzia [2]. Sono le relazioni coi genitori generalmente a determinare lo stile di attaccamento e di conseguenza il modo in cui l'individuo entra in contatto con sé stesso, con il mondo, con gli altri ed alle risonanze che ne derivano [3]. Chi si prende cura dell'essere umano fin dalla nascita rappresenta tutto il suo mondo per cui è l'input di queste interazioni che funge da guida sul come rapportarsi al mondo per ottenere ciò di cui si ha bisogno, a regolare le paure e il modo di relazionarsi. L'utilizzo della narrazione in terapia è fondamentale dal momento in cui aumenta la consapevolezza di ciò che si è vissuto. Creare delle narrazioni comprensibili e lineari dipende dallo sviluppo e dall'integrazione di reti neurali emotive, cognitive ed esecutive. Le aree coinvolte sono le reti espressive e ricettive dell'emisfero sinistro per la comprensione e organizzazione della comunicazione verbale così come sono attivi i centri del linguaggio dell'emisfero destro per dare prosodia e contenuto affettivo alle parole. Sono implicate le aree frontali in relazione alla teoria della mente per cui quando si parla gli interlocutori si creano man mano un'idea del contenuto discriminando ciò che non è rilevante. I neuroni specchio intervengono nella lettura e nella sintonizzazione emotiva, espressiva e posturale durante la comunicazione. Creare all'interno del processo terapeutico una narrazione del sé coerente, aiuta lo sviluppo di una relazione sicura per sviluppare un nuovo modello di attaccamento nel paziente traumatizzato. La narrazione del trauma viene elaborata e riorganizzata per includere nuove prospettive legate al momento presente. Attraverso di essa si conferisce al paziente lo status di autore della sua vita. Una caratteristica della narrazione è il sé in divenire che dà un senso alla propria vita, coerente in psicologia della gestalt, come un processo fluido che conduce all'evoluzione e non una concezione rigida del sé. Inoltre, attraverso la narrazione, si rafforza la parte adulta per dare voce alle altre parti di sé riguardo ciò che vogliono esprimere. La funzionalità sociale della narrazione è anche il tramandare storie di vita, generazionali come spesso accade con gli anziani; la narrazione fornisce un senso di appartenenza alla comunità e continuità delle tradizioni e dei legami [2, 7].

Conclusione

Per Gallese l'intersoggettività è ciò che accade nell'incontro tra corpi vivi e attraverso ciò, il proprio mondo di stare al mondo, il proprio copione esistenziale per cui ciò

che accade nella testa è un fenomeno di esperienze fatto proprio, incarnato [3]. Attraverso la riorganizzazione mentale, si introietta come l'altro si rapporta a noi, per cui il modo che l'essere umano ha di stare con gli altri dipende dalla dinamica relazionale che ha introiettato. Il cervello è plastico, può adattarsi con le modifiche dell'apprendimento e la relazione sincera, vera ed empatia è alla base di questo processo [3].

BIBLIOGRAFIA

1. Van Der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore
2. Cozolino L. (2021). *Neuroscienze per i clinici*. Raffaello Cortina Editore.
3. Fantini M. (2020). *Analisi Transazionale e Neuroscienze: Un binomio da scoprire*. Kemet Edizioni.
4. Ginger S., Ginger A. (2015). *La gestalt: terapia del con-tatto emotivo*. Edizioni mediterranee.
5. Ongaro E. (2021). *Le Emozioni e L'Alzheimer: come entrare in relazione con la persona affetta da demenza e affrontare lo stress*. Maggioli Editore.
6. Rogers R. C. (2019). *La terapia centrata sul cliente*. Giunti Psychometrics S.r.l.
7. Taylor M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica: Corpo, Neuroscienze e Gestalt*. FrancoAngeli s.r.l.

ARTICOLO DI OPINIONE

I fiori blu ed il Teatro Possibile: due esperienze teatrali che raccontano la costruzione di uno spazio sicuro

Maura Perrone¹, Giovanna Maciariello², Adriano De Blasi³, Anna Di Leva⁴

¹ Studio di Psicoterapia Benessere Napoli, Italia, ² Sociologa, presidente di ARCIPELAGO APS, ³ Tribunale per i Minorenni, ⁴ SiPGI - scuola di specializzazione in psicoterapia gestaltica



Citation

Perrone M., Maciariello G., De Blasi A., Di Leva A. (2023).
I fiori blu ed il Teatro Possibile:
due esperienze teatrali che raccontano
la costruzione di uno spazio sicuro
Phenomena Journal, 5, 34-39.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.185>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Maura Perrone
mauraperrone@gmail.com

Ricevuto: 21 febbraio 2023

Accettato: 17 maggio 2023

Publicato: 25 maggio 2023

ABSTRACT

The needs for protection and security are the starting point from which every human being develops his relational and affective evolutionary model. His article highlights how the safe space, in which the human being evolves, is given by the interaction of the individual dimension in which the person perceives himself protected and free to act in his reference context, and a collective dimension, understood as an ecological niche that conveys a sense of security to human beings in order to develop their individuality and create social relationships. Furthermore, the emphasis is placed on the importance of the safe space as a facilitator of learning and channeler of educational activities, in particular for that segment of the population affected by psychic and social difficulties. The authors identify in theatrical practice the possibility of creating a safe space in which the creation, sharing and expression of one's needs and experiences is possible.

KEYWORDS

Individual, socialization, mental distress, safe space.

ABSTRACT IN ITALIANO

I bisogni di protezione e di sicurezza sono il punto di partenza da cui ogni essere umano sviluppa il suo modello evolutivo relazionale ed affettivo. In questo articolo si mette in luce come lo spazio sicuro, in cui l'essere umano si evolve, è dato dall'interazione della dimensione individuale in cui la persona si percepisce protetta e libera di agire nel suo contesto di riferimento, ed una dimensione collettiva, intesa come nicchia ecologica che trasmette senso di sicurezza all'essere umano per poter sviluppare la sua individualità e creare relazioni sociali. Inoltre, si pone l'accento sull'importanza dello spazio sicuro come facilitatore di apprendimenti e canalizzatore di attività educative, in particolare per quella fascia di popolazione affetta da difficoltà psichiche e sociali. Gli autori, individuano nella pratica teatrale, la possibilità di creare uno spazio sicuro in cui è possibile la creazione, la condivisione e l'espressione dei propri bisogni e vissuti.

PAROLE CHIAVE

Individuo, socializzazione, disagio psichico, spazio sicuro.



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

Introduzione

Il bisogno di sapere di essere protetti e al sicuro è talmente importante per la persona da essere secondo solo ai bisogni fisiologici come la fame e la sete [1]. Il concetto di protezione è esemplificato ed inteso nella duplice ottica di dimensione individuale e dimensione collettiva. La dimensione individuale pone la percezione di sicurezza, fisica e relazionale, come tema chiave della psicologia nell'osservare il processo di sviluppo della persona nel tempo ed identificare possibili cause dell'insorgere di stati di malessere profondi qualora tale sicurezza non si consolidi in termini rappresentativi, sin dalla prima infanzia, nella persona. Essere al sicuro significa essere protetto/a dai pericoli, sentirsi a proprio agio, non percepire come minacciosa la relazione o lo spazio che si vive, si abita e si condivide con gli altri. La dimensione di sicurezza può svilupparsi attraverso la percezione di affidabilità intesa come il potersi fidare di sé stessi, potersi esprimere e chiedere aiuto. In termini psicologici la sicurezza e la libertà sono forze complementari: per poterci sentire sicuri abbiamo bisogno di sentirci liberi di usare i mezzi a nostra disposizione, di muoverci e di esprimerci. Le conseguenze della mancanza del 'senso di sicurezza' possono riflettersi sull'intero sviluppo psico-affettivo e cognitivo della persona. Se la condizione di insicurezza diventa elemento strutturale all'interno di un'organizzazione sociale, ciò può determinare un senso di incertezza permanente che va ad improntare l'agire sociale e comunicativo [2] in diversi aspetti quali la percezione dello spazio ed il senso di stabilità e di continuità delle azioni. L'uomo diventa l'"Homo Incertus", di cui è necessario analizzare il bisogno di sicurezza nella società della paura [3]. In riferimento alla dimensione collettiva, l'interesse sociologico rispetto al concetto di spazio e di ambiente è relativamente recente: gli studi sull'organizzazione sociale del territorio e l'interdipendenza con i processi di socializzazione dei singoli fanno parte della disciplina sociologica che, a partire dall'esistente e dai singoli, sviluppa un approccio ecologico delle relazioni [4]. Il contesto spaziale è il risultato dell'azione umana che retroagisce sugli individui influenzando le relazioni e le organizzazioni che ne conseguono. Le rappresentazioni collettive ed individuali si intrecciano con la costruzione dello 'spazio fisico e virtuale' generando simbolizzazioni e ordini di senso in grado di fornire opportunità alle persone di sperimentare varie forme di soggettività [5]. Lo spazio rende, dunque, possibile l'organizzazione dei contenuti attraverso un processo che Simmel definisce di *sociazione*, intendendo con questo termine la rapsodia di interrelazioni tra forma sociale e forma spaziale che permette nel tempo, di fornire una stabilità delle relazioni e delle aspettative fornite da un luogo determinato e circoscritto. La percezione di sicurezza, in un'ottica sociologica, deriva, in ultima analisi, da una rappresentazione sociale umana che ha necessità di fruire di perimetri vissuti come luoghi sicuri che permettano dei ritmi socializzanti all'interno di una cornice o di un confine [6]. Il concetto di 'spazio sicuro' è, quindi, connesso alla possibilità che volumi, geometrie e temporalità, elementi costitutivi dello spazio, siano percepiti e narrati da chi li vive come luoghi sicuri dove co-costruire relazioni collettive [7], in cui produrre benessere per mezzo della cura di sé e dell'inclusione.

1. Gli Spazi Sicuri e l'apprendimento permanente

La lettura sociologica delle dinamiche relazionali dello spazio può fornire utili strumenti interpretativi e di intervento. Nei processi di educazione e di lifelong learning è fondamentale la costruzione fisica e simbolica di uno spazio che accoglie gli attori sociali dove poter costruire significati relazionali attraverso una grammatica che presuppone la definizione dei ruoli in un determinato spazio tempo (persone che svolgono specifici ruoli in un determinato Spazio e Tempo) [8]. In ambito psicologico e pedagogico si parla dello spazio come *terzo educatore* [9], ovvero di uno spazio inteso nella propria valenza simbolica di *spazio fisico e relazionale*, che diventa parte integrante dello sviluppo emotivo e cognitivo di chi lo abita. La definizione di Malaguzzi di spazio come *terzo educatore* chiarisce come la qualità di spazi accoglienti e sicuri influisca sulla qualità dell'apprendimento, sul rafforzamento delle relazioni sociali e sull'attuazione di buone pratiche a livello individuale e collettivo [10; 11; 12].

2. Lo spazio come terzo educatore: esperienze sul campo

2.1 I fiori blu

Nel 2012 dall'incontro tra Martina Palmieri, regista di Gruppo Elettrogeno, ed Antonio Amato, responsabile dell'Area Misure e Sanzioni di Comunità dell'U.I.E.P.E. di Bologna, nasce "I Fiori Blu: musicateatro", progetto rivolto a persone che eseguono o hanno concluso le Misure Alternative e/o che fruiscono della Messa alla Prova, ad operatori sociali, ad amici, a persone con altri tipi di vulnerabilità, a studenti e performer [13]. Il percorso dei "I Fiori Blu" fa emergere i bisogni e le istanze delle persone tenendo sempre vivo il legame e il dialogo tra chi vive condizioni di restrizione della libertà personale, condizioni di disabilità e chi ha altri vissuti. I linguaggi del teatro e della musica restituiscono corpo a questi vissuti dando forma ad una narrazione condivisa, è anche questa riflessione che ci spinge ad immaginare questo progetto, proiettato nel futuro, come un luogo dove mettere al centro i temi della legalità, e dell'arte come forma di inclusione sociale attraverso un racconto a più voci di una comunità estesa [14]. Lo spazio teatrale è quello con cui interagiscono fisicamente i performer: con le loro differenti predisposizioni sensoriali, fisiche ed intellettive, forniscono un'interpretazione ed una trasformazione dello spazio, istituendo delle relazioni attraverso linee di fuga e di instabilità. In parallelo quando parliamo di comunità estesa intendiamo rappresentare la comunità dei partecipanti in uno spazio sicuro in cui è possibile la condivisione e la partecipazione alla pari. In questo spazio (come in quello teatrale) attribuiamo alla relazionalità una dimensione spaziale, stabilendo una contiguità tra gli elementi fisici e relazionali dell'agire umano, ed allenando le persone che muovono ed interagiscono tra loro, a dialogare a partire da percezioni differenti del mondo. Co-costruire uno spazio permette di mantenere uno sguardo fluido che da vita e da forma ad una eterotopia [15], ossia uno spazio in cui è possibile mettere in discussione, contestare e sovvertire i luoghi reali vissuti dai partecipanti producendo una rottura con il normale ritmo temporale. Le narrazioni

messe in scena dai corpi in azione incarnano una drammaturgia fluida, nomade [5] in cui ognuno sente la possibilità e la necessità di esprimersi in assenza di pregiudizi. In questo senso lo spazio sicuro offerto dal laboratorio teatrale assume un ruolo politico in quanto permette l'espressione di una poetica in assenza di pregiudizi e stereotipi, in quanto diventa un luogo che si trasforma con le pratiche sociali dei partecipanti. Lo Spazio Sicuro all'interno di questa prospettiva può essere letto come luogo di costruzione sociale. Lo scopo di questa sperimentazione è quella di generare una forza espressiva desiderante. Sperimentare attraverso una prospettiva non abilista [16] forme artistiche capaci di mettere in discussione rappresentazioni stereotipate e sclerotizzate, sperimentare e riconoscere e abilità corporee e la relazione con gli altri nella piena libertà di esplorare nuovi canali comunicativi. Lo spazio in cui avvengono queste interazioni è visto come uno spazio relazionale che diventa protagonista dell'azione [8]: le improvvisazioni, le rappresentazioni, liberano il singolo da ruoli pre-stabiliti nel quotidiano e rendono possibile l'interpretazione di forme altre di espressione di sé. Lo spazio teatrale diventa uno Spazio Sicuro, aperto e accessibile dove poter esprimere le proprie istanze ed i propri desideri, rispettando le differenti predisposizioni individuali non come un limite ma come un arricchimento nella creazione artistica, nel lavoro del gruppo e del singolo.

2.2 Il Teatro Possibile

Il laboratorio teatrale nasce nel 2001, come attività di centro diurno del Dipartimento di Salute Mentale della Asl Na2Nord, dalla richiesta specifica di alcuni utenti adulti del Servizio di sperimentarsi in attività artistico-espressive, intese come spazio in cui poter trasmettere e trasformare emozioni. Il laboratorio teatrale permanente Teatro Possibile si consolida però a partire dal 2005, (e fino al 2020), quando il gruppo, formato da utenti e operatori, ha sviluppato nuovi interessi, ridefinendo obiettivi artistico-riabilitativi e sviluppando nuove modalità e finalità. La nostra idea di teatro parte dal presupposto che ogni attore è portatore di un mondo e che, attraverso corpo e voce siamo tutti capaci di raccontare la nostra umanità, in cui lo spettatore può identificarsi. Il laboratorio diventa un luogo, uno spazio sicuro, in cui ci sentiamo umani tra altri umani, ci ri-conosciamo e tras-formiamo, attraverso le prove ci alleniamo al cambiamento, spesso diventando attori e persone migliori. Il laboratorio prevede tre incontri alla settimana, basati su un training corporeo, esercizi di improvvisazione e poi scrittura scenica collettiva, sempre inedita, che porta alla costruzione e messa in scena di uno spettacolo. Questo spazio fisico, temporale ed emotivo può essere percepito sicuro se la conduzione del gruppo prevede dei momenti di condivisione durante i quali è possibile esprimere i propri vissuti, il proprio punto di vista e soprattutto se si promuovono relazioni e comunicazioni non giudicanti. Questo diventa presupposto per lo sviluppo del senso di appartenenza al gruppo e consente di affidarci gli uni agli altri. Quindi sono proprio i valori fondamentali collegati alla dimensione di sicurezza che si possono sperimentare nel laboratorio teatrale: potersi affidare e sentirsi liberi (di esprimersi ed essere sé stessi). Il laboratorio teatrale rap-

presenta il luogo del confronto e della creatività, è un appuntamento fisso che di anno in anno ha visto un gruppo di persone sperimentarsi e mettersi in gioco, partendo da sé stesse. Ogni anno ci sono attori nuovi che entrano a far parte della compagnia e le porte sono sempre aperte per chi decide di voler esprimersi attraverso il teatro. Ogni anno c'è un tema, uno spunto, un punto di partenza, una lettura drammaturgica che fa mettere in moto un processo, talvolta lungo, che conduce alla creazione e poi alla messa in scena di uno spettacolo. Gli spunti ci consentono di lasciar spazio, attraverso il gioco teatrale, alla fantasia e alla drammatizzazione. Dopodiché nasce l'esigenza di mettere su carta le scene che, pian piano, prendono vita: questo è il momento della scrittura scenica, un lavoro di gruppo che viene a definirsi nel mentre si prova. La realizzazione di uno spettacolo è preceduta da un lungo periodo di prove, questo fa nascere l'esigenza di vivere l'esperienza di replicare più volte lo spettacolo, partecipando a rassegne o rientrando nella programmazione di un cartellone teatrale [17; 18].

Conclusioni

*“L'umanità ha sempre barattato un po' di felicità per un po' di sicurezza”
(S. Freud).*

Uno spazio sicuro, fisico o virtuale che sia, dovrebbe avere alcune caratteristiche peculiari, per essere considerato 'sicuro' agli attori che in esso agiscono. Dovrebbe essere un luogo in cui le persone non si sentono giudicate e si sentono a proprio agio; dove possono esprimersi, trovare ascolto, percepire accoglienza; uno spazio in cui le persone si muovono agevolmente e dove la relazionalità viene percepita come simmetrica ed inclusiva. Disporre di uno spazio sicuro per le attività educative/ di apprendimento (sia dal vivo sia online) ha una valenza determinante nella relazione educativa e terapeutica: la necessità di immaginare, progettare e sperimentare uno spazio sicuro significa oggi dare la possibilità alle persone con fragilità specifiche di incontrarsi per poter co-costruire il porto sicuro, luogo esterno prima ed emotivo poi, dove poter apprendere, fare, esprimersi, vivendo uno spazio ed un tempo dove semplicemente essere sé stessi e stare con quello che c'è, rassicurati dal fatto di essere accolti, riconosciuti, valorizzati e stimolati. Si può riattivare così un circolo della sicurezza che può migliorare la qualità delle relazioni e di conseguenza della vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Maslow, A. (1954). *Motivazione e Personalità* (1. ed). Harper & Row.
2. Habermas, J. (1986). *Teoria dell'Agire Comunicativo*. Il mulino, Bologna.
3. Andreoli, V. (2020). *Homo Incertus. il bisogno di sicurezza nella società della paura*. Rizzoli.
4. Benvenuti, L. (2002). *Malattie Mediali. Elementi di Socioterapia*. Baskerville. BSC Biblioteca di Scienze della Comunicazione.
5. Braidotti, R. (2014) *Il postumano, la vita oltre l'individuo, oltre la specie, oltre la morte*. Roma: DeriveApprodi.Braidotti.
6. Goffman, E. (2001). *Frame Analysis, l'organizzazione dell'esperienza*. Roma: Armando Editore.
7. Armiero, M. (2021). *L'era degli scarti*. Einaudi.
8. Ehrenberg, A. (2010). *La società del disagio*. Torino. Einaudi.
9. Malaguzzi, L. (2010). *I cento linguaggi dei bambini. L'approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia*. Bergamo. Edizioni Junior.
10. Massey, D. (1994). *Space, place and gender*. Londra. Polity Press.
11. Vanacore, R. (2020). *Progettare gli spazi educativi. Un approccio interdisciplinare tra architettura e pedagogia*. Edizioni Anicia. Roma.
12. Lefebvre, H. (2018). Edizioni PIGREGO.
13. Trailer concerto spettacolo Shots from Othello di Gruppo Elettrogeno <https://youtu.be/8te3ajbY8tU>.
14. I Fiori Blu - una comunità artistica in viaggio | docu-video <https://youtu.be/UB1tB277S-I>.
15. Foucault, M. (2010). *Eterotropia*. Mimesis.
16. Abberley, P. (1987). *Il concetto di oppressione e lo sviluppo di una teoria sociale della disabilità*. Disabilità, handicap e società.
17. www.lunarossaonlus.it.
18. 10 anni di laboratorio permanente Teatro Possibile https://www.youtube.com/watch?v=5PfJJ-eQK7E&ab_channel=RobertaSerretiello.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

“Stare Insieme”**PROGETTO GRUPPI ABILITÀ SOCIALI**Lorena Vincenza Perrone¹, Claudia Tornetta¹, Alberto Meloni¹, Chiara Micozzi¹¹ SiPGI - Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata**Citation**

Perrone L. V., Tornetta C., Meloni A., Micozzi C. (2023).
“Stare Insieme”
PROGETTO GRUPPI ABILITÀ SOCIALI
Phenomena Journal, 5, 40-56.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.189>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Lorena Vincenza Perrone
lorenaperrone@libero.it

Ricevuto: 16 aprile 2023**Accettato:** 17 maggio 2023**Pubblicato:** 25 maggio 2023**ABSTRACT**

This project stems from the need to expand the opportunities of social experiences for people with autism at the developmental age. The following article offers a vision of intervention that goes beyond individual habilitation therapy, usually aimed at these subjects, allowing the person with autism spectrum disorder to enter into relationships with others in a safe environment and live social experiences that, done alone, would be difficult to seek and manage. The method of intervention is based on the strengthening and development of social skills necessary to establish positive and functional relationships in society and is thereby aimed at improving the quality of life of the autistic person and their family. Through participation in structured groups, based on the specific objectives and skills of the individual, a sequential plan of participation is proposed which preparatively accompanies the person with autism. The project is based on the integration of intervention models and techniques, in particular with reference to Gestalt and Cognitive Behavioural techniques. The ultimate goal of this type of integrated approach is to deliver to the user all the typical skills of communication, social rules and peer behaviour. The lack of social skills and the poor ability to interact with others are characteristic of the symptomatology of the autistic spectrum, so much so that they fall within the diagnostic criteria. That is not to say that autistic people are not interested in interacting with others, considering the problem from the perspective of a person with a lack of skills, rather than motivation. It is possible to use the clinical knowledge we have to date to improve their social skills and to better integrate into society.

KEYWORDS**Autism, social skills, integrated techniques.****ABSTRACT IN ITALIANO**

Il progetto nasce dal bisogno di ampliare le opportunità di esperienze sociali delle persone con autismo in età evolutiva. Il seguente articolo offre una visione d'intervento che va oltre la terapia abilitativa individuale, solitamente rivolta a tali soggetti, permettendo alla persona con disturbo dello spettro autistico di entrare in relazione con l'altro in un ambiente sicuro e vivere esperienze sociali che in autonomia faticerebbe a ricercare e gestire. La modalità d'intervento si fonda sul potenziamento e sullo sviluppo delle abilità sociali necessarie a instaurare relazioni positive e funzionali nella società, volte a migliorare la qualità della vita della persona autistica e della famiglia. Attraverso la partecipazione a gruppi strutturati, in base agli obiettivi specifici e alle competenze del singolo, si propone una sequenzialità di partecipazione che propedeuticamente accompagna la persona con autismo. Il progetto si fonda sull'integrazione di modelli e tecniche d'intervento, in particolare in riferimento alla Gestalt e alle tecniche Cognitive Comportamentali. L'obiettivo ultimo di questo tipo di approccio integrato è quello di consegnare all'utente tutte le competenze tipiche della comunicazione, delle regole sociali e del comportamento tra pari. La carenza delle abilità sociali e la scarsa capacità di interagire con gli altri sono una caratteristica della sintomatologia dello spettro autistico, tanto da rientrare nei criteri diagnostici, questo non



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

vuole dire che le persone autistiche non siano interessate a interagire con gli altri, considerando il problema nell'ottica di una mancanza di capacità, piuttosto che di motivazione, è possibile utilizzare le conoscenze cliniche che abbiamo ad oggi per migliorare le loro competenze sociali e ad integrarsi al meglio nella società.

PAROLE CHIAVE

Autismo, abilità sociali, tecniche integrate.

1. Introduzione

Le persone con diagnosi dello spettro autistico presentano una grande variabilità di sintomi che possono riguardare deficit comunicativi, deficit sociali, comportamenti ripetitivi e stereotipati, interessi ristretti e altre manifestazioni correlate [1]. La scarsa capacità di interagire con gli altri è una caratteristica costitutiva della sintomatologia dello spettro autistico. Essi infatti presentano una compromissione nell'abilità di comprendere e interpretare correttamente i segnali sociali per poter agire in un modo socialmente accettato e funzionale. Questa mancanza determina una maggiore difficoltà ad adattarsi all'ambiente sociale aumentando le possibilità di isolamento e comorbidità ulteriori. Il processo di socializzazione in bambini autistici non è automatico e per questo vi è la necessità di agire e intervenire su questo piano [2]. Attraverso la strutturazione di gruppi specifici è possibile lavorare sul potenziamento e lo sviluppo delle abilità sociali e facilitare così l'integrazione con i pari e la società. Il progetto "Stare Insieme" nasce dal bisogno di fornire competenze ed abilità sociali in bambini autistici, promuovendo opportunità di interazioni e relazioni. Offrendo così una possibilità che va oltre la terapia individuale, offrendo dei momenti di relazione con l'altro in un ambiente sicuro, vivere esperienze sociali che in autonomia potrebbero risultare faticose da gestire. Il presente lavoro mira a favorire lo sviluppo delle abilità sociali emergenti e consolidare quelle acquisite, che sono necessarie a instaurare relazioni positive e funzionali nella società volte a migliorare la qualità della vita del bambino autistico e della famiglia [3]. Attraverso la partecipazione alla riabilitazione in contesto di gruppo, il bambino avrà la possibilità di potenziare e/o sviluppare queste abilità. L'idea e la necessità di progettare questa modalità d'intervento nasce dal lavoro quotidiano con persone autistiche, in particolare, presso l'Associazione Genitori Soggetti Autistici del Trentino Onlus (Agsat), è un'associazione convenzionata con l'Azienda Provinciale per i servizi sanitari di Trento. Offre interventi di tipo riabilitativo-abilitativo, sanitario-sociale a soggetti con autismo e/o sindromi correlate. Persegue inoltre, interventi di sensibilizzazione territoriale; inclusione in ambiente naturalistico; formazione e informazione; ricerca; sostegno sociale; lavoro di rete e sostegno alla famiglia.

2. Ipotesi di studio

Attraverso la strutturazione di gruppi specifici è possibile lavorare sul potenziamento e lo sviluppo delle abilità sociali e facilitare così il bambino a integrarsi con i coetanei e la società [4]. Il seguente lavoro mira a presentare un duplice studio: uno studio trasversale, nel quale verranno seguiti gruppi di bambini che ogni anno seguono un

protocollo, al fine di apprendere pre-requisiti e abilità sociali importanti per età e livello cognitivo; uno studio longitudinale che prevede l'osservazione degli stessi bambini che nei 4 anni hanno seguito i protocolli dall'inizio alla fine. I destinatari dello studio sono bambini dai 3 ai 18 anni con diagnosi di disturbo dello spettro autistico e/o sindromi correlate, che soddisfano i requisiti minimi necessari all'accesso ai gruppi, in carico all'Associazione Genitori Soggetti Autistici del Trentino Onlus. Il progetto prevede un incontro a settimana, di 90 minuti, che si inserisce armonicamente con altri trattamenti e interventi che la persona autistica sta perseguendo [3]. L'obiettivo è potenziare e sviluppare le abilità e la reciprocità sociale in età evolutiva. I gruppi costituiti per dar vita al progetto prevedono da 2 a massimo 5 utenti, suddivisi in base agli obiettivi specifici e alle competenze del singolo. Il progetto si articola in 4 step: il "Programma amicizia", è lo step di base, fondamentale per l'acquisizione dei prerequisiti minimi di accesso al gruppo successivo. Costituito da un massimo di due utenti, in quanto non possiedono ancora le competenze che gli permettono di entrare in relazione con l'altro o di gestire in modo funzionale l'interazione. È frequente, in questi casi, che i soggetti coinvolti presentino comportamenti disfunzionali etero o auto aggressivi che non gli consentono di integrarsi pienamente con il contesto sociale, appaiono disinteressati alla socializzazione e all'inclusione dell'altro nel proprio campo d'azione. Il programma è gestito da due operatori in contemporanea. Il "Gruppo principianti", è il secondo step di gruppo, formato da almeno 4 utenti, gestiti da due operatori in contemporanea. Si lavora sul riconoscere l'altro, guidare lo sguardo, incrementare il contatto e la vicinanza, lo scambio e potenziare le abilità sociali di base. Il "Gruppo apprendisti", è il terzo step di gruppo, composto da massimo 5 utenti e gestito da 2 a 3 terapisti in contemporanea. L'utente ha appreso le competenze di base dello stare con l'altro e ora ha la possibilità di generalizzarle e potenziare quelle acquisite. È il gruppo in cui gli utenti raggiungono un livello medio avanzato, in riferimento agli obiettivi prefissati. Infine, il "Gruppo esperti", è l'ultimo step di gruppo in cui l'acquisizione di competenze base e il potenziamento di queste ultime, consentono di stare con l'altro. Il gruppo è composto da 5 utenti e gestito da due terapisti in contemporanea.

L'obiettivo ultimo di questo progetto è quello di consegnare all'utente tutte le competenze tipiche della comunicazione, delle regole sociali e del comportamento tra pari.

Dalla valutazione finale dell'utente si potrà comprendere meglio il tipo di inserimento progettuale successivo più adeguato alle competenze specifiche raggiunte, per esempio gruppi di inserimento lavorativo.

3. Riferimenti epistemologici

Le persone con diagnosi dello spettro autistico presentano una grande variabilità di sintomi che possono riguardare deficit comunicativi, deficit sociali, comportamenti ripetitivi e stereotipati, interessi ristretti e altre manifestazioni correlate. La scarsa capacità di interagire con gli altri è una caratteristica costitutiva della sintomatologia

dello spettro autistico. Essi, infatti, presentano una compromissione nell'abilità di comprendere e interpretare correttamente i segnali sociali per poter agire in un modo socialmente accettato e funzionale [2]. Questa mancanza determina una maggiore difficoltà ad adattarsi all'ambiente aumentando le possibilità di isolamento durante le interazioni tra pari e comorbidità ulteriori; infatti, se durante le fasi di sviluppo tipico, i pari diventano per il bambino una fonte di gioco e di sostegno che via via si trasformano in legami amicali, nei bambini con sviluppo atipico e in particolare nei bambini con autismo non è automatico e per questo vi è la necessità di agire e intervenire su questo piano [5]. Il progetto abilità sociali "Stare Insieme", si fonda su una matrice epistemologica integrata tra il modello Gestaltico e le tecniche Cognitive Comportamentali [6].

La relazione tra autismo e modello cognitivo-comportamentale si costruisce da Lovaas, il primo comportamentista ad occuparsi di autismo, che abbracciando il modello di Skinner, definì un programma basato su premi e punizioni, rinforzando i comportamenti adeguati e desiderabili e punendo quelli non desiderati. Fu' il primo a pubblicare un modello di intervento precoce attraverso training rigorosi e intensivi, di seguito definito ABA Applied Behaviour Analysis [7]. In disaccordo, Schopler, contrario alle tecniche punitive, definì nel 1966, un programma in cui i genitori e l'ambiente erano al centro, il modello TEACCH (Treatment and education of autism and communication handicapped children). Il programma prevede una presa in carico globale della persona autistica e della sua famiglia, in una visione orizzontale, per tutto l'arco di vita [8]. Più recentemente le neuroscienze hanno dato una nova visione all'autismo, grazie alla ricerca neurobiologica, hanno posto le basi per definire l'autismo una condizione del neurosviluppo. Indagando le funzioni cognitive, memoria, attenzione e percezione. Si sono definite nuove teorie sul processamento delle informazioni e dell'elaborazione delle stesse nelle persone con autismo, come la teoria della mente di Baron Cohen (1985), la teoria della coerenza centrale di Frith (1989) [9]. Ad oggi, il modello cognitivo-comportamentale nell'autismo è volto da un lato a utilizzare tecniche prettamente comportamentali con minor ricorso alle punizioni, una migliore generalizzazione delle competenze in ambiente naturalistico e dall'altro a promuovere la modificazione cognitiva, promuovendo la flessibilità cognitiva, strategie di coping, modificazione di pensieri e la consapevolezza delle emozioni e dell'espressione di queste ultime. Un ulteriore elemento importante è il coinvolgimento diretto dei genitori con programmi di parent training [10].

L'approccio gestaltico orientato alle disabilità e in particolare al disturbo dello spettro autistico, prende man mano più spazio nel panorama scientifico attuale. La gestalt, infatti, da sempre è un modello funzionale per la progettazione individuale di interventi pensati e adattati alle esigenze del singolo, prendendo in riferimento la totalità dell'individuo e dei suoi bisogni, orientati dalle relazioni, dai livelli d'esperienza e le funzioni di contatto [11]. L'incontro con l'altro, a confine contatto, crea la possibilità di incrementare apprendimenti, soddisfare bisogni e costruire relazioni. I soggetti con disturbo dello spettro autistico non mostrano interesse per le relazioni

sociali, questo non significa che non ne siano realmente interessati o che non percepiscano l'altro nel proprio campo. Lewin definì il concetto di campo in gestalt. L'interazione tra la persona e l'ambiente determina quindi il comportamento ed il comportamento a sua volta agisce nella relazione. Il gruppo diviene luogo di incontro tra le persone, molto più della somma dei singoli al suo interno, caratterizzato da dinamiche e forze relazionali che producono cambiamenti nei componenti, che tenderanno a ricercare un equilibrio per esistere e costruire un campo d'azione. Gli elementi del campo di appartenenza, infatti, secondo la gestalt, si influenzano a vicenda, sono interdipendenti e modulano le relazioni, emozioni e sentimenti di tutti i componenti [12]. Proprio perché l'essere umano è campo dipendente si ritiene fondamentale non trascurare gli aspetti relazionali e di interazione sociale nei soggetti con autismo. Nella cornice gestaltica seguendo il "ciclo del contatto" (pre-contatto, avvio, contatto pieno, post-contatto), inteso come l'insieme di azioni che permettono il sano fluire dell'esperienza, da un bisogno che emerge fino al suo soddisfacimento, l'interruzione di contatto per le persone autistiche avviene già nella fase di pre-contatto, e poi in avvio al contatto, sottolineando come possano esserci le funzioni "es" e "io" perturbate. La funzione "Es" che corrisponde al pre-contatto, si manifesta con le sensazioni e percezioni corporee iniziali rispetto all'altro e all'ambiente, come un automatismo di base ci spingono ad organizzarci per evitare o fronteggiare ciò che percepiamo di ostacolo nell'ambiente. La funzione "Io", nel ciclo del contatto si manifesta nell'avvio al contatto e nel contatto pieno e riguarda la scelta soggettiva di accettare o rifiutare ciò che proviene dal nostro ambiente, se mobilitarci alla relazione [13]. Si ritiene fondamentale accompagnare la persona autistica nella relazione con sé stesso e con il mondo. L'obiettivo è una presa in carico globale, con la promozione di capacità adattive sia tramite insegnamento di nuove abilità, sia l'adattamento all'ambiente e alle caratteristiche individuali, ponendo al centro la persona e i suoi bisogni.

4. Metodologia

La metodologia adottata per la conduzione e l'organizzazione delle attività proposte nei gruppi previsti dal progetto "Stare Insieme", si fonda sull'integrazione tra il modello Gestaltico e le tecniche cognitive comportamentali [6]. La cornice gestaltica, in riferimento alle fasi del ciclo del contatto, in una visione lungimirante, accompagna l'utente nell'inserimento nei diversi gruppi che si susseguono propedeuticamente, dopo aver raggiunto gli obiettivi generali e specifici previsti [11]. Nel ciclo del contatto, si giunge ad un contatto pieno passando dal pre-contatto e dall'avvio al contatto, per chiudere il ciclo, nel post contatto. Nel progetto "Stare Insieme" gruppi abilità sociali, si inizia il percorso con l'inserimento nel primo gruppo "Programma amicitia", nel quale sono richieste competenze di interazione di base, per proseguire con il "Gruppo principianti", propedeutico al "Gruppo apprendisti", per chiudere, infine, con il "Gruppo esperti" e valutare a questo punto quali bisogni e quali attività sarebbero più idonee per la persona autistica, in base alle proprie competenze raggiunte.

Le tecniche cognitive comportamentali utilizzate prevedono la strutturazione di un programma della terapia con l'utilizzo di rinforzi sociali, supportivi visivi, prompt e strumenti come la token economy, la strutturazione del tempo e della stanza, facendo riferimento al metodo TEACCH, utili per proporre "l'apprendimento senza errori" fondamentale per promuovere la crescita e le competenze in modo funzionale e senza frustrazione. Inoltre, si utilizzano tecniche più cognitive come il role playing e il video-modelling. In queste fasi diviene fondamentale anche che le figure di riferimento adulte, i terapeuti, fungano da "modello" per promuovere il cambiamento.

Il primo passo è la valutazione da parte dell'equipe, dei prerequisiti minimi dei bambini, necessari per accedere al primo gruppo strutturato. I prerequisiti minimi necessari includono l'utilizzo di uno strumento comunicativo, voce, segni o libretto CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa); saper accettare la negazione, la perdita; autonomie personali di base, da potenziare e raggiungere pienamente; condivisione; comportamenti oppositivi in diminuzione; funzioni esecutive da potenziare [14].

I soggetti coinvolti, di età compresa tra i 3 e i 18 anni, verranno suddivisi in 4 gruppi, ciascun gruppo costituito da 2 a 5 utenti di età omogenea, in base agli obiettivi specifici di ciascun protocollo e alle competenze emergenti dei singoli. L'articolazione del progetto prevede un incontro a settimana di 90 minuti per un anno solare, al termine del cui seguirà una valutazione per la verifica effettiva delle abilità e competenze sociali raggiunte e il proseguo verso lo step successivo. I quattro gruppi verranno gestiti da due operatori specializzati in contemporanea [6].

I quattro gruppi hanno l'obiettivo di sviluppare, potenziare e generalizzare le abilità e le reciprocità sociale in bambini caratterizzati da sviluppo atipico legato allo spettro dell'autismo, e per questo vengono suddivisi in base agli obiettivi specifici e alle competenze del singolo.

Il primo gruppo è denominato "programma amicizia" e mira all'acquisizione dei prerequisiti minimi di accesso al "gruppo principianti". Costituito da un massimo di due bambini, in quanto l'utente non possiede ancora le competenze che gli permetteranno di entrare in relazione positiva con l'altro, probabilmente presenta uno sviluppo ancora in atto dei prerequisiti della comunicazione, come girarsi verso la persona che parla, prestare attenzione per il tempo necessario, attendere, alternare il turno, tutti comportamenti che non gli permettono ancora pienamente di integrarsi con il contesto sociale.

Gli obiettivi generali di apprendimento del "programma amicizia" riguardano i livelli base delle aree delle autonomie, delle abilità sociali, della comunicazione e dello sviluppo dei comportamenti adattivi al contesto, di promozione dell'interazione con l'altro.

Le attività e gli strumenti proposti al fine di raggiungere gli obiettivi generali includono la strutturazione di una routine, la proposta di attività mirate alla promozione della motricità di posizione, di giochi con i pari al fine di sviluppare abilità e competenze di condivisione e collaborazione, ed infine, l'attesa e la turnazione [15].

Le attività proposte seguono una metodologia integrata tra gestalt e tecniche cognitive

comportamentali, prevedendo prompt fisici, verbali e gestuali, l'uso di agenda visiva, l'uso del rinforzo, tenendo sempre in considerazione il ciclo del contatto nella relazione e nell'incontro con l'altro, centrandosi sull'ascolto dei bisogni dell'utente, sui suoi ritmi di apprendimento, le funzioni di contatto e quindi la percezione sensoriale dell'ambiente [11].

Gli indicatori di riferimento per valutare il passaggio al gruppo successivo, si concentrano su sequenze di azioni volte a considerare appresa un'abilità o comportamento funzionale all'interno del contesto riabilitativo e sociale. Alcuni indicatori tengono conto della modulazione del comportamento a seguito della richiesta verbale e dell'esecuzione di questa, altri indicatori mirano a valutare i vari step di autonomia e uso di strumenti comunicativi facilitanti (tabella 1).

Il secondo gruppo denominato "gruppo principianti" è formato da 4 utenti, gestiti da due operatori in contemporanea. Si lavora sul riconoscere l'altro e potenziare le abilità sociali di base, in particolare è in questa fase che si agisce sull'acquisizione delle capacità cognitive relative alle sfere dell'attenzione e del problem solving, e sulle capacità di autoregolazione e di reciprocità nella conversazione.

Le attività proposte hanno l'obiettivo di perfezionare le abilità e competenze presenti e motivare il destinatario alla conversazione e condivisione, attraverso l'attuazione del role playing, del video modelling e l'utilizzo di un supporto visivo, ove necessario [16].

In questa fase si ipotizza che gli obiettivi possono considerarsi raggiunti se indicatori come il rimanere nell'attività per un tempo richiesto, collaborare con il partner, saper rimanere in silenzio se l'altro parla, chiamare l'altro, rispondere e porre almeno tre domande in modo coerente, corretto e diretto, vengono portati a termine con successo. Il terzo gruppo, ossia il "gruppo apprendisti" è composto da massimo 5 utenti e gestito da 2 terapisti in contemporanea. L'utente ha appreso le competenze di base dello stare con l'altro e ora ha la possibilità di generalizzare e potenziare quelle acquisite. È il gruppo in cui gli utenti hanno raggiunto un livello medio avanzato e gli obiettivi che si perseguono includono il potenziare delle capacità di autoregolazione superiore, come ad esempio la consapevolezza della percezione del proprio corpo in relazione agli altri; favorire la comprensione delle emozioni; saper gestire le variabili legate alle regole sociali che possono cambiare in base al contesto; potenziare le funzioni esecutive; favorire l'emergere delle preferenze personali ed infine potenziare le abilità relative alla conversazione.

Al "gruppo apprendisti" vengono sottoposte attività che mirano in modo specifico a pianificare, organizzare e svolgere una semplice attività di gruppo; adattarsi velocemente ai cambiamenti; condividere e rimanere nell'argomento di discussione condiviso con l'altro. Tra le attività proposte sono incluse storie sulle emozioni, storie sociali, attività con cambi regole, attività di rilassamento, riordino di sequenze ed attività di conversazione per promuovere le capacità pragmatiche [17]. Gli indicatori inerenti questa fase del progetto riguardano le capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni; la comprensione e la comunicazione delle regole e di possibili pre-

ferenze; la partecipazione attiva alle attività; la capacità di problem solving; l'attenzione condivisa su un argomento di conversazione e l'autonomia nella gestione della routine.

Infine, il quarto gruppo chiamato "gruppo esperti" è l'ultimo step di acquisizione di competenze di socializzazione e relazione, composto da 5 utenti e gestito da due terapisti in contemporanea.

L'obiettivo ultimo è quello di consegnare all'utente tutte le competenze tipiche della comunicazione, delle regole sociali e del comportamento tra pari, che possono permettere una prima sperimentazione in ambienti meno strutturati. In particolare, gli obiettivi riguardano il potenziare lo scambio sociale nella conversazione e nella collaborazione con l'altro, saper gestire gli aspetti socio-relazionali ed emotivi, potenziare l'adattamento alle situazioni sociali e favorire la generalizzazione delle competenze acquisite. L'intervento con il gruppo di esperti prevede attività che promuovono le autonomie personali, di movimento, di gestione del denaro e le abilità e competenze precedentemente acquisite per favorire la generalizzazione sul territorio [18]. Le attività proposte tengono conto dell'età della persona in modo da presentare ambienti sociali idonei in cui mettere in atto quanto appreso in precedenza ed al fine di raggiungere tale obiettivo vengono proposte delle simulazioni. Fondamentale è l'individuazione dei comportamenti tipici dell'essere in relazione a qualcuno, e in riferimento all'età introdurre in questa fase l'educazione sessuale.

5. Valutazione

La valutazione avverrà all'inizio, in itinere, dopo 6 mesi circa, e finale, dopo 1 anno. Ogni gruppo persegue obiettivi generali e specifici, attraverso l'attuazione di attività e l'utilizzo di strumenti che prevedono determinati indicatori al fine di valutare l'acquisizione e la generalizzazione della competenza stessa, infatti gli indicatori individuati per osservare il raggiungimento degli obiettivi prefissati si basano su valori temporali e valori qualitativi [19].

La valutazione iniziale, intermedia e finale permette di definire un'abilità raggiunta quando l'attività è completata integralmente, senza aiuto e con totale padronanza; un'abilità emergente quando l'attività viene svolta almeno in parte, con necessità di prompt; e un'abilità fallita quando l'attività non viene svolta, non c'è nessun tentativo di provare o non mostra nessun interesse per il materiale proposto. Quando non vi è stata la possibilità di osservare un'abilità, questa risulta non valutabile [19].

Per quanto riguarda la Valutazione iniziale, questa viene svolta da un terapeuta di AGSAT o esterno per valutare se il bambino possiede i prerequisiti minimi necessari per accedere al programma amicizia. I prerequisiti minimi necessari includono utilizzo di uno strumento comunicativo, voce, segni o libretto CAA; saper accettare la negazione, la perdita, l'attesa (da generalizzare); autonomie di base da potenziare e raggiungere pienamente; condividere alcuni materiali; comportamenti oppositivi in diminuzione; funzioni esecutive da potenziare [14].

Le variabili prese in considerazione per la creazione dei gruppi di lavoro riguardano il livello scolastico e il livello di gravità presente nel qui ed ora della valutazione dei requisiti per l'inserimento all'interno del gruppo.

Una volta raggiunti gli obiettivi del gruppo, l'équipe valuterà l'eventuale passaggio al gruppo successivo. L'intervento del progetto segue le "Linee guida 22" e utilizza un metodo integrato.

Ogni gruppo seguirà obiettivi specifici individuati dall'équipe tenendo in considerazione le caratteristiche individuali [11]. Nel programmare la terapia in gruppo è necessario porre attenzione all'organizzazione dello spazio fisico, alla strutturazione del tempo, alla prevedibilità e ripetizione delle attività proposte e all'interesse e alla motivazione del singolo e del gruppo.

La terapia deve essere dunque ben strutturata per facilitare il coinvolgimento e lo sviluppo del gruppo [15]. Attraverso griglie di osservazione interne, relazioni e questionari verrà effettuata la valutazione di ogni singolo gruppo e poi effettuata una restituzione alla famiglia.

Dalla valutazione finale dell'utente si potrà comprendere meglio il tipo di inserimento progettuale successivo più adeguato alle competenze specifiche raggiunte: gruppi di inserimento lavorativo; gruppi di sviluppo e potenziamento delle autonomie integranti.

LIVELLO 0:	Programma amicizia	
Obiettivo generale	<u>Raggiungere le autonomie di base</u>	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. lavarsi le mani	- sente il bisogno di lavarsi le mani; si avvicina al lavandino; apre il rubinetto, preme lo stantuffo del sapone; distribuisce il sapone su entrambe le mani; strofina le mani; risciacqua le mani; chiude il rubinetto; prende l'asciugamano; si asciuga le mani
	2. controllo sfinterico (es. avvertire e segnalare il bisogno di andare al bagno)	- indica verbalmente o tramite immagini- mi guida fisicamente il bisogno di andare in bagno
	3. uso dei servizi igienici (es. minzione, uso della carta igienica...)	- avverte e comunica lo stimolo; si dirige verso il bagno da solo, entra in bagno, slaccia i pantaloni, abbassa i pantaloni, abbassa le mutande, si siede sul wc, fa i propri bisogni, strappa la carta igienica, si pulisce con la carta, butta le carte nel wc, si alza dal wc, tira su le mutande, tira su i pantaloni, allaccia i pantaloni, si lava le mani, esce dal bagno, spegne la luce
	4. vestirsi/sgestirsi	- si toglie la giacca da solo, prende l'appendino, mette la giacca sull'appendino, appende la giacca; toglie la giacca dall'appendino, si mette la giacca, si allaccia la giacca, si toglie e mette le scarpe in autonomia
	5. alimentarsi in autonomia (es. masticare, usare posate, versare acqua nel bicchiere...)	- prende il cibo dallo zaino, mangia da solo, beve in autonomia
Obiettivo generale	<u>Sviluppare abilità sociali di base</u>	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. stare seduto	- tiene la schiena appoggiata allo schienale della sedia, tiene i piedi appoggiati a terra, tiene la posizione corretta in direzione frontale per tutto il tempo richiesto
	2. rispettare il turno di gioco	- aspetta il suo turno mentre l'altro gioca; comunica il suo turno o dell'altro attraverso supporti visivi, gestuali o verbali (es. freccia, foto...)
	3. saper aspettare	- modula il comportamento a seguito della richiesta verbale o con supporto visivo: "Aspetta"; aspetta per più di 5 secondi
	4. accettare la perdita del gioco	- riconosce quando perde; mantiene comportamenti regolati quando perde
	5. condividere materiale con il partner	- offre un oggetto al partner; chiede un oggetto al partner
	6. condividere lo spazio con il partner	- mantiene un comportamento adeguato quando è vicino al partner; resta seduto al suo posto, tollera la vicinanza del partner
	7. rispondere al saluto	- riconosce il saluto; risponde al saluto con verbale, gesti o supporto visivo
	8. chiamare/riconoscere il partner	- chiama per nome o indica il partner per richiamare la sua attenzione o il turno
Obiettivo generale	<u>Sviluppare un comportamento adattivo</u>	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. diminuire comportamenti problema non gestibili (es. momenti di rabbia, paura, comportamenti etero/auto aggressivi, crisi)	- si riportano non più di un comportamento problema in sei mesi (es. comportamenti auto-etero aggressivi come mordere, calciare, graffiare ecc., distruzione dell'ambiente, lancio di oggetti, comportamenti socialmente inappropriati come sputare...)
	2. diminuire transizioni problematiche (es. urla, irrigidimento fisico, rifiuto, scappare)	- si riportano non più di due transizioni problematiche in sei mesi (es. urla, pianti, comportamenti auto-etero aggressivi...)
	3. potenziare la flessibilità cognitiva	- rimane nell'attività nonostante l'imprevisto per tutta la durata; riesce ad autoregolarsi (es. rimanere seduto, non urlare, non imporre la modalità di gioco precedente all'imprevisto...) a seguito di un evento non prevedibile

Obiettivo generale	Potenziare la comunicazione ricettiva ed espressiva	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. comprendere semplici richieste dell'operatore (es. "vieni qui, siediti, dammi, seduto bene...")	- esegue l'istruzione richiesta ("vieni qui, siediti, dammi, seduto bene...")
	2. scegliere tra due oggetti	- riconosce e nomina i due oggetti; sceglie un oggetto (attraverso verbale, gestuale o supporto visivo)
	3. chiedere e dire "aiuto, basta, ancora"	- dice/chiede "aiuto, basta e ancora" in autonomia
	4. utilizzare l'agenda	- indica o nomina l'attività da svolgere; stacca il supporto visivo dall'agenda una volta finita l'attività
	5. comprendere gli stimoli discriminativi (es. "guarda, attento, mani al tavolo, fermo, basta...")	- modula il comportamento a seguito di stimoli discriminativi (es. "guarda, attento, mani al tavolo, fermo, basta, no..."); risponde correttamente allo stimolo (es. "guarda, attento, mani al tavolo, fermo, basta, no...") verbalmente, gestualmente o attraverso supporto visivo

LIVELLO 1	GRUPPO PRINCIPIANTI	
Obiettivo generale	<u>Incrementare le capacità attentive e mnemoniche</u>	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. mantenere attenzione rivolta a chi parla	- mantiene la postura e lo sguardo verso la persona che parla per tutto il tempo richiesto.
	2. spostare rapidamente l'attenzione da oggetti a persone	- volta lo sguardo in meno di 30 secondi dall'oggetto verso l'operatore una volta richiamato
	3. sviluppare l'attenzione alle espressioni facciali	- risponde ai cambiamenti facciali (es. quando l'espressione di un compagno passa da felice a triste inizia a interagire in qualche modo con lui, dà conforto agli altri quando sono tristi...)
	4. aumentare tempi di attenzione nel gioco	- rimane attento per almeno 10 minuti nell'attività (attenzione sostenuta)
	5. potenziare la memoria a breve termine	- ricorda ed esegue due comandi dati dall'adulto
	6. pianificazione sequenze di gioco	- ricorda le regole di un semplice gioco (almeno 3 sequenze)
Obiettivo generale	<u>Potenziare le capacità di contatto attivo</u>	Indicatori
<i>Obiettivo specifico</i>	1. condividere un'attività dall'inizio alla fine	- resta nell'attività per tutto il tempo richiesto (non si alza, rimane all'interno del gruppo)
	2. stabilire un contatto con i partecipanti	- conosce e chiama il partner per nome; richiama il partner toccandolo; coinvolge il partner nell'attività; dirige il corpo e/o lo sguardo verso l'altro nel porre una richiesta, resta nell'attività condivisa per tutto il tempo richiesto
	3. imita il partner	- imita almeno 3 azioni svolte dal partner all'interno del gioco
Obiettivo generale	<u>Sviluppare le abilità di problem solving</u>	Indicatori
<i>obiettivo specifico</i>	1. chiedere e accettare aiuto dall'operatore e/o dal partner	- riconosce quando ha bisogno di aiuto; chiede aiuto attraverso verbale, gestuale o supporto visivo, accetta suggerimenti dall'adulto e partner per risolvere il problema
	2. individuare e nominare un problema/imprevisto	- comunica o indica (con o senza supporto visivo) l'imprevisto/problema
	3. collaborare nella risoluzione di un problema	- collabora con il partner per risolvere il problema

Obiettivo generale	<u>Favorire e sostenere l'autoregolazione</u>	Indicatori
<i>obiettivo specifico</i>	1. riuscire a non concludere un'attività e iniziarne una nuova	- inizia una nuova attività nonostante quella precedente non sia conclusa; mantiene un comportamento positivo dopo l'interruzione del gioco
	2. gestire la frustrazione (es. riuscire a tenere un comportamento adeguato, evitare comportamenti etero/auto aggressivi, non urlare...)	- esprime il sentimento di rabbia e/o nervosismo verbalmente, gestualmente o con supporto visivo; non si manifestano comportamenti problema (es. lancio di oggetti, auto-etero aggressività, agitazione motoria eccessiva, urla...); chiede di allontanarsi dalla situazione frustrante
	3. accettare modifiche alla routine	- indica o nomina il cambiamento inserito nella routine; rimane nell'attività nonostante l'imprevisto per tutta la durata; riesce ad autoregolarsi a seguito del cambiamento (es. rimanere seduto, non urlare, non imporre la modalità di gioco precedente all'imprevisto...)
	4. accettare il gioco proposto dal pari	- partecipa all'attività proposta da altri con un atteggiamento positivo (es. è entusiasta, mostra collaborazione...); resta nell'attività proposta da altri per tutto il tempo richiesto
Obiettivo generale	<u>Sviluppare abilità di reciprocità sociale</u>	Indicatori
<i>obiettivo specifico</i>	1. saper aspettare il proprio turno nella conversazione	- rimane in silenzio mentre l'altro parla, riconosce quando è il momento di parlare
	2. chiedere e rispondere a semplici informazioni (es. "Come stai?, qual è il tuo colore preferito, dove abiti...")	- risponde ad almeno 3 domande in modo coerente, corretto e diretto; chiede almeno 3 domande con o senza supporto visivo (es. come stai, qual è il tuo colore preferito e dove abiti?...)
	3. ascolto attivo	- ricorda un'informazione riportata dal partner durante la conversazione

LIVELLO 2	GRUPPO APPRENDISTI	
Obiettivo generale	<u>Potenziare le capacità regolative superiori</u>	Indicatori
<i>obiettivo specifico</i>	1. imparare a camminare a fianco a fianco ad un'altra persona	- cammina vicino ad un'altra persona per tutto il momento della transizione; cammina vicino ad un'altra persona senza invadere lo spazio altrui nel momento della transizione
	2. sviluppare la consapevolezza del proprio corpo in relazione agli altri	- mantiene una posizione adeguata per tutta la durata dell'attività; utilizza il proprio corpo in modo adeguato e corretto durante tutta l'attività con i pari, rispetta le distanze sociali
	3. percepire il proprio corpo	- modifica il proprio comportamento quando viene proposta una situazione di rilassamento; riconosce e comunica quando si sente agitato e tranquillo
	4. collaborare con il partner per raggiungere uno scopo comune	- chiede e/o offre aiuto al compagno per raggiungere un obiettivo comune; passa e/o riceve il materiale con il compagno almeno due volte durante l'attività
Obiettivo generale	<u>Favorire la comprensione delle emozioni</u>	Indicatori
<i>obiettivo specifico</i>	1. riconoscere le emozioni di base (tristezza, rabbia, gioia, paura, disgusto, sorpresa)	- comprende e riconosce tutte le emozioni di base (tristezza, paura, rabbia, gioia, disgusto, sorpresa); nomina tutte le emozioni almeno due volte nell'attività per sei mesi consecutivi, esprime le sue emozioni di base autonomamente nelle conversazioni
	2. usare toni della voce diversi in base all'emozione	- cambia il tono della voce in base all'emozione presentata nell'attività

Obiettivo generale	<u>Gestire le variabili</u>	Indicatori
obiettivo specifico	1. rispettare le regole sociali (esplicite e implicite)	- conosce e spiega la regola, rispetta la regola costantemente
	2. adattarsi velocemente ai cambiamenti	- accetta il cambiamento in meno di 1 minuto proseguendo con le attività senza particolari difficoltà
	3. risolvere situazioni problematiche semplici	- trova 8 soluzioni adeguate su 10 situazioni presentate nell'attività "Cosa fai se..." accoppia almeno 6 figure correttamente nell'attività "Memory problem solving"
	4. aumentare il senso di autoefficacia	- concorda e accetta i ruoli assegnati all'inizio della terapia con i pari; porta a termine il ruolo assegnato; valuta la sua efficacia nello svolgere il proprio ruolo
	5. accettare il gioco e l'idea dell'altro	- partecipa all'attività proposta da altri; mantiene un comportamento adeguato nel momento in cui l'attività viene proposta da altri
Obiettivo generale	<u>Creare opinioni personali</u>	Indicatori
obiettivo specifico	1. potenziare l'assessment delle preferenze	- comunica cosa piace e non piace
	2. dire la propria idea (es. secondo me...)	- comunica in autonomia un pensiero/opinione sull'attività svolta
Obiettivo generale	<u>Sostenere le funzioni esecutive</u>	Indicatori
obiettivo specifico	1. stare nell'attività per un lungo tempo	- rimane nell'attività per almeno 10 minuti
	2. pianificare, organizzare e svolgere una semplice attività in gruppo	- organizza un'attività con il partner e la porta a termine
	3. ridurre la risposta impulsiva	- risponde correttamente ad almeno 7 richieste su 10
	4. sviluppare la consapevolezza della sequenza temporale degli eventi	- svolge l'agenda in autonomia, svolge la routine in autonomia; riordina immagini di sequenze temporali in autonomia
	5. potenziare la memoria a breve termine	- ricorda una sequenza di azioni motorie/verbali (almeno 5 script)
Obiettivo generale	<u>Incrementare le abilità conversazionali</u>	Indicatori
obiettivo specifico	1. condividere un argomento di conversazione con il partner	- si mette d'accordo sulla scelta dell'argomento nel momento della conversazione; resta nell'argomento scelto in condivisione fino alla fine della conversazione
	2. rimanere nell'argomento portato dal partner	- accetta l'argomento del partner, riporta elementi coerenti all'argomento del partner senza portare il discorso su interessi personali fino alla fine della conversazione
	3. rispondere alle domande del partner (in modo coerente?)	- risponde in modo pertinente alla domanda; risponde ogni volta che gli viene fatta una domanda
	5. ascolto attivo	- parla per meno di 3 minuti consecutivi su uno stesso argomento in una conversazione
	4. limitare la quantità eccessiva di informazioni	- ricorda almeno 2 informazioni riportate dal pari nella conversazione

LIVELLO 3	GRUPPO ESPERTI	
Obiettivo generale	<u>Ampliare e consolidare le abilità conversazionali</u>	Indicatori
Obiettivo specifico	1. Fare critiche costruttive	- Differenzia le critiche da un'offesa; riporta critiche costruttive in modo adeguato e autonomo
	2. Fare complimenti	- Differenzia un complimento da un'offesa; fa complimenti al partner autonomamente
	3. Utilizzare correttamente i commenti umoristici e l'ironia	- riconosce e spiega gli aspetti di ironia; riconosce e spiega gli aspetti umoristici; utilizza in modo adeguato l'ironia e l'umorismo nella conversazione
	4. Porre domande all'altro	- riporta spontaneamente almeno quattro domande al partner in una conversazione
	5. Iniziare e sostenere un dialogo autonomamente non suo interesse specifico	- inizia un dialogo in autonomia; inizia un dialogo non basandosi su un suo interesse specifico, inizia un dialogo basandosi su un interesse del pari
	6. Utilizzare forme di cortesia come "scusa, mi dispiace..."	- utilizza forme di cortesia (es. "scusa", "mi dispiace") in modo corretto e in modo autonomo; si scusa per i propri sbagli
Obiettivo generale	<u>Favorire la collaborazione e condivisione</u>	Indicatori
Obiettivo specifico	1. Accettare consigli altrui	-riconosce e riporta i consigli altrui; accetta il consiglio; agisce in modo adeguato una volta ricevuto un consiglio
	2. Dare consigli	- dà consigli in modo adeguato; dà consigli in autonomia
	3. Trovare una mediazione	- propone un compromesso (trova una soluzione condivisa) in una situazione di disaccordo
	4. Accettare gli errori altrui	- comprende gli errori dell'altro; mantiene un comportamento non giudicante nonostante l'errore del pari
	5. Riconoscere i propri sbagli	- Identifica, riconosce e comunica un proprio errore
	6. Risolvere un problema in comune	- individua il problema in autonomia; collabora con il partner per risolvere il problema
	7. Pianificare e realizzare un'attività insieme	- pensa ad un'attività insieme al partner; pianifica e svolge in autonomia l'attività con il partner
Obiettivo generale	<u>Gestire aspetti socio-relazionali ed emotivi</u>	Indicatori
Obiettivo specifico	1. Comprendere ed esprimere in modo appropriato le emozioni (anche complesse)	- comunica o indica le emozioni complesse in autonomia (es. allegria, la vergogna, l'ansia, la rassegnazione, la gelosia, la speranza, il perdono, l'offesa, la nostalgia, il rimorso, la delusione); esprime un'emozione complessa in modo adeguato
	2. Comprendere ed esprimere l'espressione non verbale delle emozioni	- riconosce l'espressione non verbale delle emozioni complesse; utilizza l'espressione non verbale delle emozioni
	3. Identificare le emozioni degli altri in base alla situazione	-comprende e riconosce la situazione in cui si trova l'altra persona: individua il contesto; riconosce i segni di fastidio, di noia, di approvazione, di imbarazzo dell'altro nella circostanza data
	5. Riconoscere i propri punti di forza e debolezza	- comunica i propri punti di forza e di debolezza
	6. Sviluppare strategie di autocontrollo e auto-aiuto quando si sente triste, arrabbiato, impaurito	- comunica quando si sente arrabbiato, triste, impaurito o ansioso; attua strategie di coping adeguate all'emozione vissuta (es. mi sento arrabbiato -> stringo una pallina e conto fino a 10; ho l'ansia -> tecniche di rilassamento e distrazione)

	9. Accettare un rifiuto	- Riconosce un rifiuto; agisce in modo adeguato a un rifiuto
	10. Iniziare una conoscenza	- distingue e utilizza delle domande di conversazione adatte a conoscere una nuova persona
Obiettivo generale	<u>Potenziare l'adattamento alle situazioni sociali</u>	Indicatori
Obiettivo specifico	1. Potenziare le abilità di analisi e verifica della situazione	- analizza la situazione; verifica le possibili conseguenze della situazione
	2. Adattarsi alle situazioni in modo flessibile	- riconosce la situazione; adatta il proprio comportamento alla situazione creatasi trovando almeno un'alternativa alla sua risposta abituale
	3. Riconoscere i diversi ruoli sociali	- individua e riconosce i ruoli sociali (es. educatore, commesso, preside, cliente, studente...)
	4. Tenere comportamenti sessuali adeguati	- mantiene comportamenti sessuali adeguati per tutta la durata della terapia (es. rapporti affettivi, contatto fisico, atteggiamenti e linguaggio adeguato con il partner) <i>l'obiettivo verrà perseguito all'interno di un progetto specifico trasversale</i>
	5. Riconoscere caratteristiche dell'amicizia	- conosce il termine e il significato di amicizia; distingue un amico da un conoscente, individua i comportamenti tipici dell'essere amico,
	6. Gestire rapporti virtuali (es. email, messaggi...)	- individua gli strumenti tecnologici necessari; conosce e utilizza in modo appropriato le diverse possibilità di rapporti virtuali (es. whatsapp, email, messaggi...)
	7. Gestire appuntamenti	- conosce e comunica i suoi impegni; organizza il suo tempo in base agli impegni; arriva puntuale agli appuntamenti; si scusa se arriva in ritardo a un appuntamento
	9. Gestire rapporti con il partner	- conosce il termine e il significato di relazione affettiva; distingue e riporta le caratteristiche di conoscente/amico/partner, individua i comportamenti tipici dell'essere in relazione affettiva/speciale con qualcuno.
Obiettivo generale	<u>Abilità integranti</u>	Indicatori
Obiettivo specifico	1 fare la spesa	- conosce gli alimenti necessari; riconosce il negozio di alimentari; cerca e trova gli alimenti necessari; chiede aiuto a un commesso se si trova in difficoltà; va alla cassa; paga alla cassa; ringrazia e saluta; esce dal negozio
	2 comprare in un negozio	- individua ciò che vuole comprare; individua il negozio in cui poter comprare ciò che vuole; va al negozio; va alla cassa e paga; saluta e ringrazia; esce dal negozio
	3 prendere l'autobus	- riconosce la fermata del bus; individua il bus corretto; attende alla fermata fino all'arrivo dell'autobus; sale sull'autobus e timbra il biglietto; scende dell'autobus alla fermata corretta
	4. preparare un semplice pasto	- sceglie il pasto; individua gli alimenti necessari; pianifica e programma l'operazione; individua e utilizza gli strumenti utili a preparare il pasto
	5 gestire il denaro	- sa contare i propri soldi, utilizza i contanti e le monete per pagare, conosce il significato di resto; sa utilizzare la carta di credito per pagare
	6. documenti e situazioni d'emergenza	- riconosce i propri documenti personali (carta d'identità, tessera sanitaria); conosce i numeri di emergenza (112) e le autorità competenti

6. Risultati attesi

Dall'attuazione di "Stare insieme" progetto gruppi abilità sociali, ci si auspica il raggiungimento degli obiettivi prefissati e precedentemente descritti. L'obiettivo ultimo di questo progetto è quello di consegnare all'utente con disturbo dello spettro autistico e sindromi correlate, tutte le competenze tipiche della comunicazione, delle regole sociali e del comportamento tra pari, per offrire un progetto di vita integrato nel tessuto sociale e inclusivo. La buona riuscita del progetto potrebbe offrire una modalità operativa in gruppo per i soggetti con autismo, una linea guida con approccio integrato da poter attuare nei contesti idonei, pensati e strutturati per questa modalità di intervento

7. Conclusioni

Il progetto "Stare Insieme" gruppo abilità sociali, vuole essere promotore di consapevolezza, padronanza delle competenze e interazione tra pari, con l'obiettivo di costruire percorsi futuri possibili e realizzare spazi di comunità in cui l'altro è accolto, sostenuto e valorizzato nelle sue diversità. Il progetto nasce dal lavoro abilitativo e riabilitativo con le persone autistiche e prende vita coinvolgendo direttamente le persone con autismo e di riflesso le loro famiglie. La visione d'intervento integrata si mostra calzante e adeguata agli obiettivi che si intendono raggiungere, costruendo un ponte tra gli approcci orientati agli apprendimenti, alla gestione comportamentale e quella relazionale, senza mai sminuirne le peculiarità fondanti. L'attuazione del progetto presuppone il raggiungimento di obiettivi che aprono altri scenari d'intervento, per costruire basi di un progetto di vita che presuppone l'inclusione nel tessuto sociale delle persone autistiche, attraverso l'impiego e il contributo pratico, ricoprendo mansioni lavorative e di collaborazione possibili in base alle loro attitudini. La ricerca in merito vuole estendersi e creare sempre nuovi approfondimenti, collaborazioni e prospettive di riflessione per costruire una rete di intervento in grado di sostenere le persone autistiche per l'intero arco di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013, IT. 2014) DSM5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Raffaello Cortina Editore
2. Ligotti, C., & Roccella, M. (2005). Autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo. Metodi e strategie di intervento educativo-abilitativo.
3. Perrone, L. V., & Tornetta, C. (2021). Autismo: le difficoltà genitoriali e l'intervento Gestaltico Integrato. *Phenomena Journal - Giornale Internazionale Di Psicopatologia, Neuroscienze E Psicoterapia*, 3(2), 23–33.
4. Xaiz, C., & Micheli, E. (2001). *Gioco e interazione sociale nell'autismo: cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*. Edizioni Erickson.
5. Bettelheim, B., & Pandolfi, A. M. (1978). *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé*. Garzanti.
6. Perrone L. V., Mazzara M., Catania V. (2020). Il Modello della Gestalt Integrata nell'acquisizione di autonomie e nell'inclusione sociale dei soggetti autistici e con disabilità intellettive in età adulta *Phenomena Journal*, 2, 63-70.
7. Lovaas, I. (1981). *The ME book*. Austin, TX: Pro-Ed.
8. Schopler, E., Reichler, R. J., & Lansing, M. (1980). Teaching strategies for parents and professionals. (*No Title*).
9. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind". *Cognition*, 21(1), 37-46.
10. Atwood T. e Garnett M. (2016). Sconfiggere la depressione nello spettro autistico. Traduzione italiana a cura di Moscone D., Vagni D., Edra, Milano.
11. Perrone, L., & 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.
12. Spagnuolo Lobb, M. (2015). Il sé e il campo in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 2(2), 5-8.
13. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
14. Evolutiva, C. A. E., & Marche, R. (2016). *AppliedBehavior Analysis e VerbalBehavior: insegnare la comunicazione funzionale*. Falconara
15. Micheli, E., & Zacchini, M. (2009). *Verso l'autonomia: la metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*. Vannini
16. Moody, C. T., & Laugeson, E. A. (2020). Social skills training in autism spectrum disorder across the lifespan. *Psychiatric Clinics*, 43(4), 687-699.
17. Chilosi, A. M., & Cipriani, P. (1995). Strategie per l'insegnamento delle abilità sociali in persone con disturbi dello spettro autistico. *AJIDD – edizione italiana*, 9, 2, 243-250.
18. Salviato, C., Cornoldi, C., & Mammarella, I. C. (2020). *Intervento per le difficoltà socio-relazionali: Programma cognitivo-comportamentale sulle social skills per ragazzi con autismo, ADHD e altri disturbi*. Erickson
19. Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., ... & Volkmar, F. R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 29, 439-484.

ARTICOLO DI OPINIONE

Non c'è tempo. La psicopatologia del dispositivo del vissuto temporale

Giuseppe Errico¹¹ I.P.e.R.S. Istituto di Psicologia e Ricerche Sociosanitarie**Citation**

Errico G. (2023).
Non c'è tempo. La psicopatologia
del dispositivo del vissuto temporale
Phenomena Journal, 5, 57-75.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.186>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Giuseppe Errico
agenziarcipelago@gmail.com

Ricevuto: 22 febbraio 2023**Accettato:** 31 maggio 2023**Pubblicato:** 4 giugno 2023

ABSTRACT

What is the intimate experience of inner time and what is the experience (representation) of the future in dark suffering in particular? This is the theme of our work and the methodological premises that arise from operational reflections in the clinical field. The aims of our research are not only theoretical (how and to what extent time changes in psychic suffering) but also clinical. This brings us to what concerns the patient's planning of the future, the change of destiny, the overcoming of psychic suffering: the way of experiencing the future in the present (or the past in the present) changes according to the different temporal distortions, the different structure of the illness. Reflections will now be articulated according to whether time is considered in its anthropological or in its strictly psychopathological sense. The fundamental meaning seems to reflect the criteria of objective psychology, which cannot in itself capture the experience of inner time: psychology knows only the "before and then" relationship (duration of time), or temporal qualities: the present, the past and the future. The concept of time often comes from objective psychology, "reduced" to the level of a "way of knowing"; and, in this light, to the objective phenomena of the past: not to the future, which (obviously) does not have a different dimension of time in itself. The author's aim is to show how the theme of psychic suffering, of the link with the horizons of time (chronodesis), can be addressed through the analysis of the temporal device that emerges from suffering (pathos), from the patient's language.

KEYWORDS

Life time, dark suffering, present moment.

ABSTRACT IN ITALIANO

Quale è l'esperienza intima del tempo interiore e quale è in particolare l'esperienza (la rappresentazione) del futuro nella sofferenza oscura? Questo è il tema del nostro lavoro e delle premesse metodologiche che nascono dalle riflessioni operative in campo clinico. Le finalità della nostra ricerca sono non solo teoretiche (come, e in qual misura, si viene modificando il tempo nella sofferenza psichica) ma anche cliniche. Ciò ci conduce su ciò che riguarda, nei pazienti, il progettarsi nell'avvenire, il mutamento del destino, il superamento della sofferenza psichica: il modo di vivere il futuro nel presente (o il passato nel presente) si modifica secondo le varie distorsioni temporali, la diversa struttura della malattia. Le riflessioni saranno ora articolate secondo che il tempo sia considerato nella sua significazione antropologica o non invece in quella strettamente psicopatologica. Di fondamentale importanza appare la riflessione dei criteri della psicologia obiettiva che non può, in sé, cogliere l'esperienza del tempo interiore: la psicologia conosce soltanto la relazione "prima-poi" (tempo-durata), oppure le qualità temporali: il presente, il passato e il futuro. La nozione di tempo viene spesso dalla psicologia obiettiva "ridotta" sul piano di una "modalità del conoscere"; e, in questa luce, i fenomeni obiettivi del passato: non al futuro che non ha in sé (ovviamente) una sua diversa dimensione del tempo. L'obiettivo dell'autore è di mostrare come il tema della sofferenza psichica, del legame agli orizzonti del tempo (cronodesi) possano essere affrontati mediante l'analisi del dispositivo temporale che emerge dal patire (pathos), dal linguaggio del paziente.

PAROLE CHIAVE

Tempo vissuto, sofferenza oscura, tempo ora.

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

1. Introduzione

Come per i precedenti saggi fondamentali ai fini della cura appare, per chi scrive, la comprensione del dispositivo temporale del paziente («percezione del tempo di vita», «rappresentazione del tempo», «accadimento vissuto temporale»), nell'ambito della salute. Occorre tener presente tre aspetti del paziente: a) le rappresentazioni che lo stesso utilizza rispetto al “come-viene-percepito” il tempo interiore riguardo al “presente” (esperienza qui e ora) o attraversato (ricordi); b) l'effetto operativo e trasformativo delle visioni temporali sui comportamenti della persona (retroazione: passato sul presente, presente nel passato, presente verso futuro) ossia cosa mette in moto una “immagine temporale” e crea incessantemente nel mondo del paziente sino a indirizzare e modellarne i suoi vissuti ed esperienze; c) l'automonitoraggio temporale (meta-cognizione) di cui è capace il sistema cognitivo (attenzione, ragionamento, apprendimento) nel riferirsi ad esperienze e stati di animo legati al tempo, in base alle strategie messe in atto per fronteggiare stati negativi (ansia, tristezza, angoscia, dissociazione, etc.). Per chi scrive il funzionamento normale del “tempo vissuto”, è il risultato dell'azione psichica *combinata, diacronica, armonica e flessibile* della coscienza intenzionale, per meglio dire, dei diversi sistemi temporali che permettono di raggiungere, nella gran parte dei casi, in modo efficace l'adattamento e il valore curativo. Solitamente lo scorrere del tempo vissuto del paziente è narrato consapevolmente (area linguistica) e può essere avvertito come: a) flusso rapido, accelerato o rallentato (“come se” il futuro immediato, istintivamente, precipitasse in un vortice); b) perdita della coscienza del tempo vissuto (la coscienza del tempo si riduce, in tali casi, a un minimo di “presente”, dandoci la sensazione di sospensione, vuoto, assenza, mancanza del tempo (si perde il legame con il senso vitale dell'attività svolta e scompare anche la vigile coscienza dello scorrere del tempo); c) perdita della realtà del tempo o stato confusionale (esperienza del tempo vissuto); d) arresto del tempo: trattasi di una condizione psichica legata alla sensazione, da parte del paziente, che le cose siano immobili, mai in divenire.

Nel campo della clinica è facile costatare come, con lo svanire del tempo, scompaiono il presente e la realtà. Noi, infatti, avvertiamo la realtà come un attuale temporale: sentiamo come se fosse presente il “nulla”, privo di tempo. Naturalmente ogni esperienza vissuta si colloca nel “tempo-durata”, appare non come una cosa e trova posto nella temporalità interiore. La questione del *tempo interiore* nella clinica è una questione complessa, che delimita a sua volta una costellazione di temi, problemi distinti e irrisolti quali la *sofferenza oscura*, la *cronodesi* (Piro, 2005), *l'ipertempo* (Chabot, 2023), *la coscienza del tempo* (Husserl, 1913), l'opposizione tra *tempo vissuto e tempo come durata*, solo per citarne alcuni, ed è argomento ampiamente dibattuto. *Prospettiva temporale, melodia temporale, dispositivo e guasto temporale* sono i termini psicopatologici che designano il processo interiore attraverso il quale organizziamo le nostre esperienze vitali in categorie temporali. È un aspetto del tempo psicologico, o soggettivo, che si contrappone al tempo oggettivo, il tempo dell'orologio e della cronodesi. Altri tipi di tempo sono legati alla percezione della durata

degli accadimenti umani, alla percezione della velocità dello scorrere del tempo, al senso del ritmo biologico, alla pressione che avvertiamo emotivamente quando un impegno o scadenza si avvicina.

In questo saggio vedremo come ogni paziente suddivida le proprie esperienze nelle tre categorie che, costantemente, oscillano, si mescolano, si alternano: il passato (ciò che è stato), il presente (ciò che è nel qui e ora) e il futuro (ciò che sarà). Nella vita di tutti i giorni sperimentiamo razionalmente lo scorrere del tempo come un *copione fisso* e rigido, altre volte come *flusso irreversibile*, oscillando tra *un prima e un dopo* (il presente nel passato e il presente nel futuro, tra memoria e attesa). Mentre gli psicologi tendono a descrivere il tempo vissuto durante una condizione di sofferenza psichica, i fisici ci spiegano che il tempo-durata è solo un'illusione. «*Noi siamo sempre centrati nel presente, le nostre decisioni si diramano da esso; pertanto, tali decisioni possono sempre essere messe in rapporto con il nostro passato, non sono mai immotivate e, se aprono nella nostra vita un ciclo, che può essere interamente nuovo, esse devono poi essere riprese, non ci salvano dalla dispersione se non per un certo tempo*» [1].

Ricordiamo come la nostra analisi sulle *prassi di cura* consiste nella comprensione di una relazione: il rapporto tra *percezione soggettiva, tempo vissuto e sofferenza psichica*. Tuttavia è bene ricordare che i primi e significativi contributi, sono ricondotti ad Husserl che riscopre la *percezione* del tempo della persona. La struttura fondamentale del tempo presentata da Husserl distingue la realtà degli eventi attualmente presenti dall'idealità di quelli del passato (che non sono più e vivono solo nel vissuto del *ricordo-rimemorazione*) e del futuro (che non sono ancora e vivono solo nel vissuto dell'*aspettazione-attesa*). La *ritensione* è quell'atto dell'apprensione temporale che ci rende consapevoli, nell'"adesso" del presente, delle fasi temporali immediatamente passate. Il tempo è dunque *percepito, sentito, sensibile dinanzi al flusso degli accadimenti interiori*. «*Questo rinvio concerne in primo luogo gli oggetti temporali, passato, presente, futuro, e inoltre tutti gli "oggetti" psichici intenzionali, gioia, dolore, giudizio, sentimento e desiderio, e i fenomeni che li costituiscono, a essi correlati 'nella coscienza interna'*» [2].

Ogni tempo ci offre un vissuto, un continuo d'impressioni e sensazioni, che si modificano in un continuo variare di fronte all'avanzare delle singole esperienze. *L'accadere della sofferenza* ci conduce, pertanto, allo strato più delicato di tutta la relazione terapeutica. All'interno del più generale tema della psicologica *costituzione temporale* (come il tempo vissuto prende forma nel paziente e si esprime nella realtà), questo rapporto tra terapeuta e paziente, a livello clinico, viene isolato e compreso in vista di obiettivi fondamentali per la cura. In primo luogo, comprendere in che modo si costituisca o si percepisca, psichicamente, la coscienza di "passato e futuro" nel singolo paziente e quale funzione essa svolga nella sofferenza oscura, guidandolo, in relazione al *presente percettivo (qui e ora)*; cosa accade al paziente durante le singole sedute terapeutiche, rispetto alla comprensione della *dinamica temporale* (l'evolversi) e alla possibile interazione con le visioni del mondo del paziente (pathos).

Nella *temporalità* Husserl distingue tre *aspetti* che sembrano collegati al tema della

cura psichica: 1) gli “oggetti psichici dell’esperienza nel tempo obiettivo; 2) le varietà d’apparizione o presentazioni alla coscienza degli accadimenti temporali; 3) l’assoluto flusso di coscienza costitutivo di tempo. Alla luce di tale tripartizione si dovrebbe pertanto distinguere, in campo clinico, un primo processo costitutivo del tempo vissuto (pre-tempo), attraverso il quale ci sono dati gli *oggetti trascendenti nel tempo obiettivo* (il percepire, il valutare, l’apprendere); un secondo livello attraverso il quale gli atti intenzionali della coscienza sarebbero delimitati come vissuti nel tempo soggettivo; un terzo livello, che non sarebbe altro che il *flusso (libero) di coscienza*. Se si assume tale tripartizione come valida anche per la psicoterapia, possiamo spiegare il rapporto sussistente tra il secondo livello di costituzione e il terzo poiché, qualora si consideri il flusso come assoluto, non si riescono a determinare le condizioni di possibilità del secondo livello attraverso il quale si dovrebbe *unificare* ciò che si manifesta come temporalmente frammentato. Tale discorso, nel caso della sofferenza malinconica, potrebbe offrirci un supporto importante al fine di poter intervenire su alcuni aspetti personali come gli accadimenti “scatenanti” della tristezza rispetto al tempo presente (qui e ora).

Ai fini del nostro discorso il fenomeno della malinconia appare clinicamente evidente nel suo manifestarsi come *tempo lacerante, spezzato, vuoto*, e possiamo cogliere una relazione tra *malinconia come pathos (il sentire) e tempo percepito*. Il tempo interiore si presenta non più come durata, ma come un sentimento paralizzante nella tristezza, che comporta un arresto e una pietrificazione della persona, un «nulla a ogni istante». Quest’arresto del paziente non solo mortifica la spinta-tensione verso il futuro (protensione) ma investe *la ritenzione del passato*. «Vi è qualcosa d’inspiegabile nella malinconia. Chi ha dolori e preoccupazioni sa perché è triste e preoccupato. Se si domanda a un malinconico quale ragione egli abbia per essere così, cosa gli pesa, risponderà che non lo sa, che non lo può spiegare. In questo consiste lo sconfinato orizzonte della malinconia» [3]. Possiamo interpretare *lo sconfinato dolore del malinconico* come forma di *destrutturazione dell’intenzionalità* e del *dispositivo temporale*, una forma di *disfunzione delle figure temporali*. Riguardo al paziente è utile distinguere il ricordo primario (che ha ancora una certa influenza e legame con il presente) e il ricordo cronologicamente più lontano, inteso come *rimemorazione*. Possiamo ripescare nella memoria un contenuto passato lacerante e triste che non ha più col presente alcun legame reale ma immaginifico. «Nella profonda tristezza il mondo appare loro come grigio nel grigio, indifferente e sconsolante. Di ogni cosa cercano solo il lato sfavorevole e infelice. Nel passato hanno avuto molte colpe (autorimproveri, idee di consapevolezza), il presente offre loro solo disgrazie (idee di inettitudine), l’avvenire appare loro terrificante (idee di impoverimento)» [4]. Ciò che definiamo presente è sinonimo di *futuro che è appena stato* e la coscienza è la struttura che mantiene in sé il futuro diventato passato. Durante la psicoterapia accade che la *ritenzione-ora* renda possibile la rimemorazione del passato, mentre il *ricordato-adesso* è anch’esso presente. Il futuro si presenta come la protensione di tale ritenzione – ora – dell’appena stato nell’istante immediatamente adveniente. La differenza tra il *presente-istante* e la sua *ritenzione-ora* forma l’origine della co-

scienza del tempo, l'origine della coscienza *come* tempo. La coscienza è tempo e di converso il tempo s'incarna nell'umana consapevolezza di vivere nel mondo, immersi negli accadimenti vitali: il mondo umano che si vive è pregno di tempo ed è impensabile farne a meno per cogliere ciò che accade. Pertanto lavorare sul *dispositivo e guasto temporale* del paziente vuol dire poter indagare sulla costitutiva temporalità del mondo, dei modi di vivere, di percepire se stessi e se stessi in relazioni agli altri, vuol dire fare un passo in avanti nelle ricerche future sulla psicoterapia. «*Questi difficili problemi e specialmente il problema del modo in cui si viene alla prensione delle determinazioni temporali assolute degli oggetti, ossia alla costituzione della loro posizione nel tempo oggettivo, e del modo in cui nel tempo vissuto soggettivo si annuncia in generale la connessione del tempo oggettivo e assoluto, costituiscono il grande tema di un'avanzata fenomenologia della coscienza del tempo*» [5]. Ed è questo il compito di ogni terapeuta e della clinica stessa.

2. Il linguaggio del tempo interiore

Una positiva comprensione del tempo vissuto può migliorare la capacità di attesa e di speranza (il tempo futuro) del paziente. Queste due condizioni sono necessarie per ogni cura terapeutica. Come afferma Heidegger: «*Il linguaggio è la casa dell'essere. Nella sua dimora abita l'uomo. I pensatori e i poeti sono i custodi di questa dimora*» [6]. Alla prassi si contrappone l'«esperienza vissuta», l'accadere che trasforma «colui che la fa, perché «farla» significa, più precisamente, lasciarsi trasformare da ciò che s'incontra»: «*Fare esperienza di qualcosa si tratti di una cosa, di un uomo, di un Dio significa che quel qualche cosa per noi accade, che ci incontra, ci sopraggiunge, ci sconvolge e trasforma [...] Fare esperienza del linguaggio significa quindi: lasciarsi prendere dall'appello del linguaggio, assentendo ad esso, conformandosi ad esso, Se è vero che l'uomo ha autentica dimora della sua esistenza nel linguaggio, indipendentemente dal fatto che ne sia consapevole o no, allora un'esperienza che facciamo del linguaggio ci tocca nell'intima struttura del nostro esistere*» [7]. L'interesse per la sofferenza oscura del paziente, in relazione al *tempo vissuto* e al *fare esperienza*, è in fondo un elemento costante del lavoro psicologico e psicopatologico. «*Tutta la nostra vita, come presenza evidente, è il risvegliarsi e il chiarirsi del passato: è temps retrouvé. La verità che dormiva si trasforma, diventa verità tipica, figura essenziale. Ma continua, risvegliandosi, a cercarsi, a correggersi nelle reciproche relazioni che la costituiscono, a cercare un compimento, un telos*» [8]. A volte nei riguardi del paziente, durante una seduta terapeutica, si avverte la strana sensazione del *non-poter-più procedere*. «*Lo scorrere del tempo è palese per ciascuno di noi: i nostri pensieri e il nostro parlare esistono nel tempo, la struttura stessa del nostro linguaggio richiede il tempo (una cosa 'è', oppure 'era', oppure 'sarà')*» [9]. Negli stessi pazienti, può sopravvivere la dimensione oscillante del presente (ansia del presente) o del passato (tristezza del ricordo). In talune circostanze il tempo interiore appare *risucchiato, sospeso, procede a zig-zag, bloccato o divorato dal dolore* mentre il desiderio, proteso al futuro, di riscatto/ripartenza, di fronteggiare il limite

personale, scompare all'orizzonte dei propri progetti esistenziali: il malessere, l'inquietudine, il tremore verso ciò che accade, l'incertezza di compiere un'azione, di dar vita a "cose nuove" prendono sempre più potere e spazio interiore, mentre il ricordo (il tempo ritrovato nel passato) non dà tregua alimentando le esperienze della colpa, ipocondria, malessere e rimpianto: le esperienze del limite si mutano in esperienze temporali. «*La specie del tempo del passato e del futuro hanno questo di proprio, che non determinano gli elementi della rappresentazione con cui si collegano, non si comportano come modi ulteriori che vi si aggiungono, bensì li alterano*» [10]. Dinanzi a tali scenari di sofferenza molte prassi cliniche, pertanto, possono attivarsi per migliorare, nel paziente, la coscienza del vissuto temporale.

3. Il tempo incapsulato nella sofferenza

Tutto il pensiero clinico è connotato dalla considerazione che il tempo interiore, nei pazienti, costituisce un importante campo di ricerca e di indagine, soprattutto rispetto alla dimensione personale, ontologica dell'esistenza, alla cronodesi e al tempo-durata. Tale impostazione dai risvolti pratici, ci consente di cogliere nella persona l'implicazione tra la *ritenzione del passato* e la *protensione del futuro* e, sotto il profilo ontologico-esistenziale, di comprendere come il tempo sia costitutivo, fondamentale, utile, ossia la base dell'esistenza individuale del paziente: il tempo passato del paziente rinvia al senso di *gettatezza* nel mondo in vista di un progetto futuro possibile (il raggiungimento della cura). Appare utile indagare sulle strutture stesse della soggettività (i vissuti), evitando di cadere in un appello suggestivo, generico e incontrollabile all'interiorità. È all'interno di quest'analisi che si intende affrontare il compito clinico: indagare le "cose stesse", gli oggetti (logici, psicologici, vissuti) senza presupporre alcuna teoria già precedentemente elaborata (in quanto ogni teoria disponibile sembra contenere errori o tesi inaccettabili).

Il tempo interiore è un fenomeno fondamentale che riguarda la vita interiore, il flusso della coscienza e degli accadimenti umani. La cura è quindi percorso di miglioramento delle *trame (interiori, linguistiche e antropologiche) distorsive temporali*. Per comprendere in che cosa consiste l'essenza di una cura è necessario individuare, pertanto, *le narrazioni intenzionali delle trame temporali* (il parlato, le rappresentazioni del tempo, gli effetti di tali rappresentazioni sulla persona, i processi cognitivi in atto per cogliere il vissuto del tempo). «*Un altro modo di porre il problema è chiedersi cosa sia il "presente". Diciamo che le cose che esistono sono quelle nel presente: il passato non esiste (più) e il futuro non esiste (ancora)*» [11].

Fra le tante pratiche di cura psichica, a partire dal Novecento, troviamo varie tecniche tese alla comprensione del tempo vissuto: mediazione di sé stessi nel tempo presente (qui e ora), esame di coscienza degli accadimenti interni (qui e ora), azioni di contrasto dei conflitti e delle situazioni di limite e danno umano, le analisi e le interpretazioni del mondo interno (Sé, inconscio, Io), le analisi delle forme di memorizzazioni del passato (psicanalisi), di proiezioni del futuro. Si va dalle tecniche dell'interpretazione delle narrazioni del paziente, del "raccolgimento" (meta-riflessione) su alcuni

aspetti psichici messi in rilievo nella terapia, alle tecniche cognitive o strategie del contrasto della sofferenza psichica e della perseveranza o apprendimento. In alcune terapie la decisione di avviare pratiche di auto-analisi e di trasformazione personale implica che si operino *atti intenzionali*, come concentrarsi sul *tempo presente* (qui e ora), oppure ricordare (riprendere e ricollegare il passato al futuro), analizzare ogni accadimento interno, descrivere e interpretare il vissuto che, proprio in quanto presuppongono una decisione per quell'azione, danno corpo e sostanza alla vita personale, che è pur retta dal tempo di vita e dal tempo vissuto. In ognuna di tali operazioni il tempo vissuto rimane una costante di lavoro, una delle dimensioni fondamentali di quel profondo "mobile" tra la *coscienza e l'inconscio* che vive nella nostra realtà psichica ed esistenziale «...*il pensare è sempre un costruire, un disegnare scenari e, dunque, ciò che diventa manifesto quando parliamo delle esperienze psichiche non è mai l'esperienza in sé ma ciò che ne pensiamo mentre parliamo*» [12]. Ogni qual volta si cerca di mostrare il tempo, esso è, per così dire, *già qui nel patire, nel tentativo di andare oltre la sofferenza psichica*. Non solo non vi è alcuna esperienza nella quale il tempo non sia narrato, che ci sia dato come *tale*, ma altresì perché non è esiste un *punto zero* fuori dal tempo (ossia un *essere* senza tempo) che la coscienza può ritagliare come *punto di partenza* per cominciare ad osservare il decorrere di una durata, fosse anche quella del suo stesso *atto intenzionale* a cui dà vita. «*Noi non siamo temporali perché siamo spontanei e perché, come coscienze, ci strappiamo da noi stessi, ma viceversa il tempo è il fondamento e la misura della nostra spontaneità: il potere di passare oltre e di "nullificare" che ci abita, che è noi stessi, ci è dato anch'esso con la temporalità e con la vita*» [13].

Tutto ciò implica che l'identità di un paziente è data dalla *modalità* in cui vive e percepisce il tempo vissuto (rappresentazione mentale), dal modo di descrivere i vissuti nello spazio vissuto (corpo). Qualunque sia la storia del paziente, la struttura, la genesi, la diagnosi, il modo d'essere, così come viene inteso, colto e interpretato dallo stesso paziente, è insieme una condizione inevitabile *del pensare se stesso* e, poi, un momento reale del mondo vissuto in direzione del tempo futuro possibile. Viviamo nel tempo e il tempo è la nostra materia vivente, su di esso non abbiamo alcuna sovranità (anche se solo il presente sembra appartenerci nel concreto). Il presente è l'attuazione istantanea di un attimo che subito sfugge mentre la qualità del vivere è quella del continuo divenire: il divenire è il prorogarsi d'istante in istante, e ogni istante in cui si diviene porta via una parte di noi stessi. Siamo dunque mancanti d'essere e non c'è nulla, nella condizione umana, che dia garanzia di diventare il proprio poter essere. Ogni persona vive un continuo divenire e questo divenire non è un semplice fluire nel tempo, ma un trovarsi interamente assorbito dal tempo vissuto. In particolare il problema clinico è la costituzione (o distorsione) del tempo interiore ossia il modo in cui il tempo interiore intenzionale viene *vissuto, narrato, percepito, interpretato* dal paziente. Il tempo interiore è la struttura totale, invisibile, *non percepibile* del paziente, sulla quale si stagliano le molteplici emozioni, le parole, gli stili di vita, le visioni del mondo, le forme relazionali (i modi d'interagire con gli altri) che sono invece comprensibili tramite una "sospensione del giudizio". La con-

dizione della *percezione* è il tempo come struttura oggettiva che unifica la pluralità delle sensazioni, la cui posizione nella coscienza è data anche dal loro esistere insieme nel tempo, il quale è in relazione con la psiche ma non dipende da essa. «*Noi siamo posti nel tempo. La vita è fatta di tempo. Che si desideri e che si riesca a dare senso al tempo della propria vita non è cosa scontata. Si può apprendere a dare direzione e ordine al proprio camminare nel tempo, ma può anche non accadere: può succedere che il proprio esserci, anziché espandersi lungo le differenti direzioni attuative che si rivelano possibili, si contragga fino al punto che la persona si senta diminuita nel proprio essere. Ciò accade quando ci si lascia diventare meri spettatori della propria vita accettando di limitarsi a viverla così come diviene, senza assumersi la responsabilità di intraprendere quelle azioni di fabbricazione dell'esserci necessarie per dare una buona forma al proprio tempo anche quando ci si avvede che va sgretolandosi in frammenti privi di senso*» [14].

Ai fini della cura per poter diventare *soggetti attivi* del proprio destino occorre decidere quale ruolo affidare al tempo vissuto, assumersi il proprio carico ontologico, farsi sì che il tempo interiore, semplicemente, ci attraversi senza che nessun filo di senso (doloroso) possa essere disegnato nello spazio, seppur breve, del proprio divenire. Pertanto il tempo interiore è il fenomeno della coscienza del paziente, dal quale tutto prende avvio, che tutto spiega o cela allo sguardo del terapeuta. La centralità del tempo, il suo costituire la struttura stessa della coscienza e dell'identità, è il dispositivo semantico e psichico che pervade il vivere, il patire, il comprendere. «*In primo luogo il patico si differenzia dall'ontico: in ragione di ciò il rapporto della vita col vivente non è mai un rapporto tra cose ma sempre un rapporto di dipendenza riferita al rapporto di fondo. In secondo luogo il patico è personale: se si prova a separare le asserzioni patiche dall'io, ci si accorgerà immediatamente che quest'ultimo può venire senz'altro sostituito con "tu", "egli", "noi", ecc. al contrario, la frase diventa insensata quando si fa ricorso a cose inanimate: una pietra, cioè un "esso", non vuole né deve*» [15].

4. La fabbrica del tempo

Alcuni accadimenti umani, in determinate circostanze, lasciano delle tracce sulla percezione del vissuto. «*Nel fenomeno tempo, cioè nel vissuto temporale, il tempo non è un oggetto d'intenzione, un ente, rappresentabile nel continuo della sua unità, che l'io prende di mira, ma il modo della coscienza statu nascentis, ovvero la cacciata dall'inconscio paradiso dell'identità, il repentino venire colpito, l'essere bersaglio di un impersonale accadere della differenza che, gratuitamente cioè senza ragione mirando al cuore della vita, fa centro e ne rompe l'unitaria coesione*» [16]. Dobbiamo ad Husserl le prime ricerche sulla coscienza interiore del tempo così come il concetto di «presente intersoggettivo» e del flusso della vita. L'esperienza della sofferenza è il manifestarsi stesso delle cose nel tempo (e con il tempo), il loro darsi nell'evidenza percepita, luogo ultimo di ogni comprensione psichica. L'analisi psicologica del mondo percettivo (inteso come "strato" dell'intero mondo dell'espe-

rienza) ci mostra che cosa significhi disporsi sul terreno dell'*immanenza*. La chiave di analisi, per la comprensione dei fenomeni della sofferenza psichica è il *dispositivo temporalizzante (la riflessione, la pre-comprensione e la comprensione emotiva che il paziente ha rispetto al suo tempo vissuto, la rappresentazione mentale del tempo interiore, le strategie cognitive per compensare un guasto persona-tempo, l'automonitoraggio)*, cui si conferisce la duplice funzione di vissuto e flusso di *ritenzione, presentazione e protenzione*.

Considerando il tempo Minkowski afferma che ciò che conta in campo psicologico, non sono le *categorie logiche* (il linguaggio) con cui lo oggettiviamo ma il modo di viverlo interiormente (tempo vissuto). Ogni paziente prova sulla propria pelle tale esperienza di tempo interiore. «*Nell'attività tendiamo verso l'avvenire, nell'attesa, invece, viviamo il tempo come in senso inverso. Vediamo l'Avvenire venire verso di noi e Attendiamo che divenga presente*» [17].

In campo psichico-psichiatrico è constatabile una differenza qualitativa tra il vissuto (e la narrazione) del passato e il futuro, che non possono essere messi sullo stesso piano della coscienza: il *futuro-attesa* (vissuto) porta con sé quella creatività (novità) di cui il passato (vissuto nel ricordo) è privo. Al futuro è connessa quell'attività, che non ha il suo contrario nella passività, ma nell'attesa. «*L'emozione, in cui consiste il tempo – l'avvertimento «destabilizzante» di repentini cambiamenti, l'irrompere della differenza in noi –, frantuma l'inerte identità dell'ente, ne distrugge l'apatia, mette in moto la dialettica dell'altro nel sé di ognuno, e di ognuno nel sé dell'altro*» [18]. Ogni individuo è esposto alle inquietanti relazioni con altri, nutrito dalle corrispondenti emozioni patiche. Tale paticità è costitutiva di esistenza. Nel paziente l'*illuminazione patica* sfuma dall'una all'altra di tre potenti tonalità emotive: la sofferenza oscura, misteriosa, la pena del «sé lacerato» (dalla violenza del tempo), il timore del danno e della lacerazione, del «sé assoggettato», la paura, l'ansia, la vergogna del «sé esposto» (allo sguardo dell'altro e alla inevitabile sfida del rapporto con l'altro). Nella *vertigine patica*, sotto l'imperio del tempo, ci si ritrova comunque sempre da capo presso una soglia del nuovo. Tutto si ripete nella sofferenza oscura. Si danno infinite repliche ma nessuna è identica.

Come scrive Borgna: «*Se non conosciamo come il tempo (ovvero, l'esperienza soggettiva del tempo, il tempo vissuto) si snoda nelle diverse forme di sofferenza psichica, in particolare in una depressione - che è la forma patologica della malinconia, in cui il tempo si spezza, il futuro si dissolve, e il presente è divorato dal passato -, in una esperienza maniacale - forma di vita bruciata da una euforia senza confini, in cui il tempo vissuto si sfilaccia e si scompone in mille frammenti, che non hanno più né passato né futuro, solo un presente senza storia*» [19]. Nella schizofrenia, ad esempio, il tempo si frantuma in misura ancora più drammatica, radicale e profonda, non salvandosi nemmeno la dimensione del presente. Ed è facile intuire come la coscienza umana (le strutture e le dinamiche) è radicata nella temporalità del *vissuto*. Il tempo del mondo è lo stesso tempo della coscienza in quanto entrambi sono espressione del tempo del *vissuto* che parte da e va verso l'*interiorità*. Questo 'verso' è il movimento *semantico-emotivo dell'intenzionalità*, un movimento temporale (da...

a..), il movimento in cui consiste la vita. Anche il tempo vissuto del paziente attraversa il campo della coscienza, delle percezioni e della sensibilità. L'oggetto (la sofferenza oscura) è dato alla coscienza attraverso le impressioni, le autosuggestioni, la percezione, la molteplicità sensibile. Questa molteplicità di vissuti ha bisogno di un'organizzazione psichica e una *temporalizzazione interna* (tempo vissuto/tempo durata). Tale disposizione è data dal paziente stesso, che configura l'oggetto "tempo", dando significato alle varie dimensioni nel presente. L'*atto intenzionale* legato alla sofferenza è dunque un atto temporale di *conferimento di senso* da parte della coscienza nell'attimo in cui si vive.

Per ciò che riguarda la durata dell'"adesso", secondo Varela [20], che si è interessato alla natura del presente, vi sono tre diverse consistenze nella persona: dai decimi di secondo dell'attivazione neuronale, al secondo o poco più dell'«ora», a quello sostanzialmente molto variabile che riguarda le narrative personali. Affinché il presente abbia un significato per la coscienza, deve esserci una *durata* che non può comporsi d'istanti altrimenti la coscienza avrebbe un bel da fare a cucire insieme le discontinuità. Il presente non è un istante: è sempre una durata, che è per il paziente possibile dividere in *prima e dopo*. Così è l'intera esperienza vissuta a non poter apparire se non come spazializzata: gli eventi, ricordati, aspettati, o raccontati sono *collocati, messi in scena, da parte del paziente*, sono eventi inquadrati da coordinate spazio-temporali, diventano storie. «*L'orientamento al presente può essere edonistico, centrato sui piaceri, sul gusto del rischio e sulla ricerca di sensazioni, oppure fatalistico: inutile cercare di controllare ciò che accade, la vita è destinata ad andare in un certo modo, qualunque cosa facciamo. Si può guardare al passato in chiave positiva, ricordando i bei tempi andati, la famiglia e la tradizione, o in chiave negativa, rievocando abusi, fallimenti e occasioni perdute. L'orientamento al futuro può implicare scopi da perseguire, scadenze da rispettare, traguardi da raggiungere, o può riguardare un futuro trascendente nel quale ciò che più importa è la vita spirituale dopo la morte del corpo. Questi sei orizzonti o schemi temporali coprono gran parte di quel che si intende per prospettiva temporale*» [21]. A partire da ciò si passa dalla protensione al suo riempimento nel presente, che diventa immediatamente ritenzione dell'appena accaduto, poi si ricomincia a ogni istante, all'infinito, sino a che la coscienza è vigile. Prima del flusso c'è sempre il flusso, prima del tempo c'è sempre il 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 distinguerle*» [22].

Pertanto, attraverso la comprensione del tempo del paziente (le cui strutture possono essere portate in luce attraverso una procedura anch'essa oggettiva o pausa cronodetica) possiamo affrontare le situazioni di sofferenza psichica. Alla *sospensione di ogni giudizio* è affidato il compito cruciale di mettere in connessione *presente e passato*, trasvalutare il passato e il presente in passato "comprensibile" (un "passato senza tempo", "un essere che è passato"). Al vissuto della coscienza o pathos, dunque, spetta l'onerosa mansione di articolare l'efficienza o il guasto temporale, in virtù della propria mediazione atemporale, quel nesso processuale, non privo di contrad-

dizioni, capace di collegare la stessa persona sofferente al farsi storia della sua esperienza. «*Ogni Io vive i suoi vissuti e li generalizza...li annulla*» [23]. Ciascun paziente attiva, in un certo senso, una esperienza soggettiva volta a saggiare la capacità del *meccanismo rammemorante* di adempiere a tale funzione, di saldare insieme la dimensione del presente con l'esperienza della trasformazione (il divenire), mostrando *l'apertura alla cura come momento necessario nella psicoterapia*.

Spesso si nota, durante una psicoterapia, come nel paziente il futuro costituisca uno stato di sofferenza inesauribile, un orizzonte chiuso e inaccessibile, una mancanza di capacità di attesa umana. Per questo il futuro del paziente è sempre percorso da un vissuto d'ansia e trepidazione che si fa più evidente quando l'avanzare del passato rende impossibili tutti i possibili obiettivi irrealizzati, tutti i percorsi che potevano dischiudersi ai lati del sentiero.

La comprensione del tempo vissuto diventa così condizione dell'emergenza dell'identità, in quanto riflessione interiorizzante capace di sintetizzare ciò che accade da ciò che potrebbe accadere. Così ogni qual volta si cerca di mostrare il tempo, esso è per così dire, *presente, già qui per noi, dinanzi*. Come afferma Van den Berg «*Quando lasciamo che il passato ci parli, per prima cosa dobbiamo dire che il suo principale valore non è da ricercarsi nel tempo in cui esso si svolge, ma nella nostra esistenza presente...Il valore del passato quand'era "presente"*» [24].

5. Esiste un punto zero del tempo vissuto?

Il tempo vissuto non ha punto zero, un'origine ben precisa. Il tempo può contenere la sofferenza e sfuggirvi: «*Vi è cura se vi è tempo. L'uomo può prendersi cura a partire dal sentimento del suo essere esposto. Solo ciò che può perdersi ha bisogno di cura e non certo ciò che è sicuro, stabile, eterno. La cura tende a custodire ciò che trapassa, a dare consistenza, per quel che appartiene al tempo. Prendersi a cuore significa, in senso stretto, adoperarsi per la realizzazione di sé nel tempo*» [25].

Non solo non vi è alcuna esperienza umana nella quale il tempo ci sia dato come *tale*, ma non esiste un *punto zero* fuori dal tempo (il tempo prima del tempo) che la coscienza può ritagliarsi come punto di partenza per osservare il decorrere di un accadimento. Come ci ricorda Eraclito: «*I confini dell'anima non li puoi trovare andando, pur se percorri ogni strada: così profondo essa ha il logos*». Nel suo diventare oggetto di analisi e osservazione interna la sofferenza psichica non smette mai di *essere temporale, d'incarnarsi nel tempo vissuto: l'autocoscienza della coscienza temporale* si fa enigma difficile da risolvere quando si tratta di cogliere un accadimento doloroso. Proprio perché coincidente con *l'essere coscienza*, il tempo finisce per dileguarsi allo sguardo fenomenologico, andando oltre se stesso [26]. Solitamente il *ricordo* segna "un crescendo infuocarsi" lungo la traiettoria inaugurata dall'intuizione: *il patire* collegando l'immagine di ciò che accade al paziente condensa e trasfigura l'astratta serialità del tempo empirico. Parallelamente prende corpo, nel paziente, una funzione speculare che traduce l'immagine in segno (il tempo percepito in tempo vissuto). La trama della memoria, perciò, si candida fin da subito a rappre-

sentare un'istanza fondamentale del pensiero: *la memoria è ratio cognoscendi del pensiero, il pensiero ratio essendi della memoria*. Qui si sottolinea la consustanzialità del legame che esiste tra il tempo interiore, il tempo come durata naturale e la mediazione logica operata dall'interiorizzazione memoriale (rappresentazione mentale del tempo interiore): per un verso il tempo-durata non potrebbe scorrere se non fosse sostenuto dalla spinta di tale mediazione psichica, che separa gli istanti identici e conferisce loro una differenza qualitativa strappandoli all'indifferenza della successione, conferendo un pathos; per un altro verso, questa stessa operazione psichica coincide con il superamento del tempo naturale e ci proietta verso un vissuto patico, in percezione interiore. Guardando in prospettiva la memoria istituisce un'equazione perfetta tra il tempo (motore atemporale della temporalizzazione) e il "vissuto" del paziente. Già nell'istante, l'unità temporale immediata, a cui si rapporta il sapere emotivo, affiora l'intreccio di due matrici distinte: la componente *affettività* della coscienza o *pathos*, e la storia progressiva del pensiero che a ogni nuovo stadio di avanzamento conferisce una nuova struttura e più adeguata configurazione della relazione tra il comprendere e l'oggetto tempo, tra vita vissuta e comprensione. In altre parole, il tempo naturalizzato della coscienza reca in sé la presenza immanente di un processo logico che produce di volta in volta nuove percezioni del tempo vissuto. Così il passato si costruisce e si stratifica in seno a questo percorso nel presente, grazie all'esperienza coscienziale che riveste una funzione architettonica. Se il paziente, infatti, interiorizza e trasfigura il tempo umano, nella vita interiore, e in pari tempo esteriorizza questa esperienza nel vissuto e tramite il linguaggio, conferendo a tale processo una portata universale, il *medium* stesso resta costitutivamente il legame con ogni accadimento. «*L'esistenza di tracce fa sì che il nostro cervello possa disporre di estese mappe di eventi passati e nulla di analogo per gli eventi futuri. Questo fatto è all'origine della nostra sensazione di poter agire liberamente nel mondo, scegliendo fra diversi futuri, ma di non poter agire sul passato*» [27].

Tali questioni ci consentono di precisare le caratteristiche di un sapere che è *nel tempo interiore*, perché collocato all'interno del divenire storico (tempo storico) e non concepibile se non in rapporto con esso, con il dentro e il fuori. Ciò ci conduce *fuori dal tempo (dentro la persona)*, nella misura in cui il suo contenuto emotivo eccede i limiti della transitorietà temporale. Il sapere umano è perciò *nel tempo* in due direzioni: è *attività psichica* che, come tale, si dà necessariamente nel tempo durata ed è *attività di conoscenza dei vissuti*.

Per questo si tratta di pensare il tempo come tempo interiore, per giungere contingentemente al compimento della cura della sofferenza. Sia il tempo contingente che il sapere reiteratamente, di volta in volta, si trovano a dover concepire anche il nostro vivere nel presente. In realtà il tempo interiore è un accadere di contenuti di coscienza e «*lo spazio è lo stare uno accanto all'altro, tempo è lo stare uno dopo l'altro*» [28]. Non a caso quando la *retentio* appare disturbata neanche la *protentio* ha stabili legami nel flusso dell'accadere intenzionale, non ha alcun contenuto noematico, non ha legami stabili e la *praesentatio* resta anch'essa sospesa nel vuoto. Non solo non vi è divenire ma vi è un ritorno del passato, la *retentio* ora è priva di significato, non es-

sendoci in essa fissate le motivazioni del presente che conducono al divenire, ma solo pretese possibilità umane. Assistiamo a turbamenti quando *i mutamenti strutturali temporali, intenzionali e trascendentali* comportano fragilità e incapacità di sostenere le relazioni umane [29]. Le patologie e distorsioni del tempo sono dunque molto spesso, nel loro manifestarsi, patologie del *pathos della coscienza, della percezione e del linguaggio*. Il nostro compito è pur sempre quello di dare la più accurata descrizione delle *distorsioni temporali* rispetto alle *sofferenze oscure, alle modalità della vita vissuta*. In genere il paziente “adotta”, nel bene e nel male, la forma in cui *proiettare* il passato davanti a sé, la forma in cui proiettare se stesso nel futuro prossimo, e seleziona, di volta in volta, un aspetto o frammento dello stesso futuro che gli renda possibile il vivere, il legarsi, l’adattarsi all’ambiente: «*Il passato è ciò che fu, così come mi appare oggi, il futuro ciò che verrà, così come mi si fa incontro oggi*» [30].

Il vero problema per la clinica, nel tentativo di *andare incontro alle cose stesse* non è, dunque, un ripensamento di un metodo per una cura temporale o di una sua rifondazione, ma soprattutto quello di dar vita ad una “operatività” sul senso profondo e utile delle esperienze temporali che ogni paziente vive (patisce, subisce) e compie di fronte ai dati di realtà, alla vita personale. Numerose domande restano aperte per tale ricerca psicologica: l’analisi epistemologica del tempo vissuto; l’elaborazione di una metodologia terapeutica innovativa a partire dal patire; l’analisi estensionale e connessionale dell’accadere umano nel campo sociale e il coinvolgimento della persona nella storia-narrazione degli eventi; il ruolo e la ripresa-valorizzazione della «cronodesi» nel campo della cura; la cura in relazione al tempo vissuto/cronodesi; l’approfondimento degli “aspetti trasformazionali” (mutamento personale individuale) nella «cura temporale», la sofferenza oscura sulla «scena» dei rapporti interumani.

Tutti aspetti che possono essere oggetto di studio per coloro che intendono affrontare il tema della ricerca sul *tempo interiore*, la *cronodesi*, l’*ipertempo*. Nel sondare tali argomenti non si possono dunque trascurare le esperienze terapeutiche che ognuno svolge. È facile imbattersi nella clinica, di volta in volta, in un *tempo sospeso*, come nel sogno, o in un *tempo frammentato/spezzato*, come nella *memoria lacerata* di chi è affetto da alcune patologie (Alzheimer, malattie rare); 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 tematica del tempo vissuto si lega anche al tema dell’*anticipazione del futuro come modalità di lavoro clinico*: infatti ogni atto della comprensione nei rapporti umani può essere descritto come attività volta a cogliere, con *probabilità*, un evento umano nel futuro prossimo (la conoscenza dell’altro è anticipazione del futuro, previsione di ciò che l’altro sta per fare o per dire). Solitamente, non solo in campo psicologico-psichiatrico, *la conoscenza dell’altro o di ciò che accade*, è tempo vissuto in relazione all’*anticipazione dell’altrui azione*: è una comprensione intersoggettiva per ricorrenza (diacronica), o conoscenza di massa (sincronica) o conoscenza di massa per ricorrenza (pancronica).

6. Conclusioni

Il discorso provvisorio svolto su alcuni aspetti del tempo (*tempo vissuto o interiore, ipertempo, cronodesi*) ci ha condotto ad una riflessione attenta sulle distorsioni della temporalità del paziente. Ci rimanda al dolore sulla scena del *tempo presente* o del *ricordo ossessivo* che, nei pazienti, spesso assume i connotati dell'ansia, dell'angoscia, dell'inquietudine. Tale *discorso*, ad un'attenta osservazione, mette in luce come alcuni pazienti navighino tra *nostalgia del passato, dipendenza dal presente e inquietudine per il domani*. Per molti pazienti il ricordo comporta dolore, uno sforzo enorme per prendere le dovute distanze dal peso e dalle maglie rigide della *memoria traumatica*, dall'angoscia [31]. Di questa difficoltà di poter vivere, in sintonia e armonia, con il presente (ora o adesso) e del ricordare, riferisce efficacemente Arendt [32] la quale rinviene nella narrazione l'unico strumento, realmente utile, per affrontare *il dolore del vivere, la malattia, l'isolamento*. La sofferenza convive col ricordo e l'attimo presente e con l'aspettativa del futuro. Già negli antichi poemi omerici è presente la relazione tra dolore e ricordo, nel termine *nostalgia* è contenuta la speciale sofferenza del ritorno (*nostos + alghein*) del vissuto: un vissuto doloroso di cui soffre Ulisse che non riesce a liberarsi dal ricordo della sua città e della famiglia, nel suo peregrinare alla volta di Itaca; ma è un patire, il suo, intimamente implicato alla memoria e alle immagini, intrecciato nelle esperienze rivissute. L'oblio, altro aspetto del tempo del ricordare, garantisce la fine di una tale pena, mediante *la derealizzazione, lo straniamento, il non essere più in sé*, non abitando più i luoghi della propria identità e della propria storia. Per Prigogine «ricordare, adoperare la memoria, non ha nulla a che fare con la reversibilità del tempo» [33] nel fare memoria il tempo che si riapre, è tempo nuovo. Questo *volgersi dentro di sé* si presenta, con le parole di Husserl, come una funzione intenzionale: l'intenzionalità è precisamente un *essere presente* alla coscienza [34]. Altra cosa sono invece i pensieri che diventano materia di rappresentazione, di giudizio e auto-giudizio ma che non sono scissi dal tempo percepito dall'atto intenzionale. Non potremmo pensare a nulla di simile se non tenessimo in conto il nostro *essere temporale* e i contenuti della mente, *le immagini, le rappresentazioni, le credenze, le aspettative, le motivazioni e le passioni*.

L'attenzione sul flusso della vita è un *atto cognitivo* legato al tempo vissuto; agisce con il patire, instaura un rapporto diretto con l'oggetto del vissuto, con ciò che pensiamo di noi stessi. Come non vi è coscienza che non sia la coscienza temporale di qualcosa così non esiste atto intenzionale che non sia, al contempo, oggetto d'attenzione verso me stesso nel tempo (tempo-durata). L'analisi del tempo può gettare luce e favorire la comprensione del rapporto con il destino. «*In quanto faccio attenzione a questa pipa ... osservo improvvisamente anche il calamaio di lato, poi forse anche il coltello lì accanto, ecc., oppure odo contemporaneamente il fracasso di una vettura. Le differenze tra ciò che ho nel "centro visivo" dell'osservare e ciò che ne è fuori sono del tutto simili a quelle esistenti tra il veduto che fissiamo e quello che non fissiamo*» [35].

Accade spesso nei pazienti che un frammento del passato è rivivificato, sia nel con-

tenuto, in qualche modo ampliato perché la visione coglie anche qualcosa che gli sta attorno (contesto), sia nella dimensione cronologica, in quanto, fissato nella coscienza, è assestato nell'ora. Più è raffinato il processo dell'attenzione, più la componente oggettiva dell'evento torna in possesso del paziente, con un surplus di dettagli derivanti dall'affinarsi della visione, nell'attenzione, in precedenza trascurati. Avere coscienza significa portare nell'ora "presente" quel passato e quelle tracce, anche inattese, in precedenza trascurate, che oggi acquistano, ai fini della cura, un senso particolare alla luce della terapia, del viaggio verso una guarigione. Con questo modo di procedere, inevitabilmente, l'attenzione sul vissuto può modificare positivamente il ricordo, per la capacità d'inquadralo in un punto di vista più comprensivo (interiore) di quello dell'istante in cui la circostanza veniva, precedentemente vissuta in modo negativo.

Stern [36] suggerisce di porre attenzione agli aspetti del "tempo ora" (*present moment*), distingue tra inconscio (*unconscious*) e non-conscio (*nonconscious*), riferendo quest'ultimo al *tempo ora*. Esso consiste in momenti vissuti non consciamente, a livello implicito, che stanno in qualche modo tra il *sottobosco psichico* e le righe dell'*esperienza intersoggettiva*, a differenza dell'inconscio, soggetto alla resistenza psichica del paziente. Stern rilancia il tema dell'attenzione, nella quale la dimensione temporale è implicata con la rappresentazione dell'esperienza vissuta. L'attenzione, come l'intenzione, è in grado di conferire un significato alle cose. «*Non sappiamo mai se il tempo passa troppo in fretta, o troppo lentamente, e rimaniamo senza fiato quando cerchiamo di trattenerlo, o di sospingerlo in avanti. Ogni cosa è divorata dal passato... Il tempo divora ogni forma di vita, cancella le cose che sono state, e non saranno mai più. Ma noi siamo alleati del tempo, e contemporaneamente siamo in guerra con il tempo*» [37]. Tutte le attività della coscienza possono aiutarci nel percorso di cura dei pazienti. Il processo *attentivo*, ossia il recupero di dati nel paziente si accompagna alla riapertura dell'evento. Si pone così in luce l'intima relazione tra attività mnestiche, (la ricerca di significati che si riferiscono a episodi del passato) e la carica temporale. Quando dilaga in noi una depressione, *il presente è risucchiato ininterrottamente dal passato* che cresce tumultuoso come un fiume senza un lago; e il futuro si sbraccia, si dissolve e si frantuma. Quando invece è la gioia a vivere in noi, benché sia un'emozione fragile e impalpabile, il presente si dilata nel passato e nel futuro: in una circolarità senza fine che si accompagna alla percezione di un tempo fluido. Se nella noia rimangono ancora elementi del futuro, nella depressione il futuro è radicalmente assente, dissolto, scomparso. Se nella depressione il presente e il futuro sono risucchiati dal passato, nell'angoscia le dimensioni temporali non sono scomparse, ma il futuro è anticipato come presente. «*Ciò che nei nostri progetti di vita trascuriamo più spesso, quasi per necessità, sono le trasformazioni che il tempo produce in noi stessi; ne deriva che molto spesso miriamo a cose che, quando alla fine le raggiungiamo, non ci si adattano più, oppure passiamo gli anni con i lavori preparatori a un'opera, i quali, senza che ce ne accorgiamo, ci sottraggono nel contempo forze per l'opera in quanto tale*» [38]. Il cambiamento radicale del modo di vivere il tempo nell'angoscia si esprime nondi-

meno in una *vertiginosa accelerazione* e in un'enigmatica *anticipazione del futuro*, di un futuro pieno di paure e inquietudini, che non è vissuto *come eventuale, come possibile*, ma come *già realizzato* in un qui-e-ora in cui possono confluire e rifluire anche le cose tristi e negative avvenute nel passato. La speranza dei pazienti è allora *lo slancio verso il futuro*, si presenta come *futuro prossimo* e apertura: un tempo aperto che vive del futuro (dell'avvenire) e che non si arena nel passato: immobile e inerziale. Mentre il tempo del dolore è nella sua essenza separazione e disgiunzione, la speranza tende alla riconciliazione e alla riunificazione; e, in questo senso, è memoria del futuro. Ora avviene che, nella malinconia, all'attività vigile e attiva si sostituisce l'assenza di azione, il *vuoto dell'attesa* (futuro), mentre il tempo non è vissuto (sentito proprio) ma subito, accolto senza interesse, privo di slancio o necessità. Al futuro è connesso il desiderio e la speranza, che ci consentono di oltrepassare l'immediatezza dolorosa del presente, allargando la prospettiva all'avvenire. Inoltre *nel desiderio* supero ogni attività in corso e le opere che essa ha realizzato e che compongono l'orizzonte del *mio* avere o possedere. Il futuro appare chiuso a ogni tentativo di azione, ed è l'estinzione della *speranza*, della struttura portante della condizione umana (capacità previsionale, anticipazione di ogni situazione di danno), in quanto fonda e rende possibile la vita come orizzonte aperto. «*Le modalità della sofferenza malinconica, dall'angoscia all'esperienza della morte e del morire, sono tematizzate nel loro ultimo orizzonte di significato dalla terrificante esperienza del non-poter-più-sperare e cioè dalla frattura della speranza come orizzonte di trascendenza*» [39]. Per chi scrive il *tempo interiorizzato* ossia il *tempo percepito* non è una condizione permanente mentre lo è lo spazio in cui viviamo. Il *tempo percepito* nei pazienti viene elaborato, durante la cura, in maniera inconsapevole ma profonda dentro di sé. Noi percepiamo accadimenti (pensieri soggettivi, stati di emozioni, idee sul/del mondo) nel presente (dal di dentro) e immagazziniamo, interpretandoli, varie immagini e narrazioni del *tempo che scorre* assumendo innumerevoli vissuti patici e, di conseguenza, specifici atteggiamenti rispetto agli altri individui e a noi stessi. Durante una cura tutto ciò ci appare evidente, durante la narrazione clinica tra chi soffre e chi offre aiuto, può succedere che ci si sposti, di volta in volta, sull'asse del discorso temporale, tra un prima e un dopo, tra desideri di proiettarsi nel futuro e reminiscenze dolorose del passato. Le immagini, le percezioni, le emozioni e le parole del tempo vissuto (metafore, immagini, barlumi di ricordi) possono strutturarsi come immagini della coscienza e, mediante il discorso, descrivere le modalità con cui il paziente affronta e percepisce la *temporalità*. «*Adesso non è mai questo semplice adesso che c'è, eppure non sarebbe se non fosse adesso; ma vale anche l'inverso: adesso non sarebbe adesso ove mancasse l'adesso che c'è... L'adesso è nel tempo e lo misura. Ne sta fuori e dentro, gli sta innanzi e prima. Lo coglie e manca*» [40]. Affrontare il decorso temporale, a partire dall'immediatezza della sofferenza psichica, significa immergersi nella ritenzione (ricordo negativo) del paziente, nella presenza dell'appena-passato e nella protenzione come attesa di ciò che sarà presente (futuro speranzoso). «*La trasformazione personale è sostituzione nel singolo delle persone involute, iperdipendenti, limitate, claustrofiliche, arretrate, stenonoiche, piagnuco-*

*lose, con persone evolute, indipendenti, di ampia visione del mondo e capaci di recuperare i propri mille talenti, claustrofobiche, legate agli orizzonti mutevoli del tempo, intelligenti, solitarie» [41]. Quindi, il tempo vissuto e le distorsioni, la durata temporale, pur distinguendosi dalla successione d'istanti atomici, corrisponde ad una serie di impressioni presenti nella vita del paziente connesse ad un sistema di rinvii continui. Tali rimandi sono poi costituiti in modo da non mettere mai in discussione l'archi-forma della presenza alla coscienza. La ricaduta nel passato o ritenzione, in effetti, lungi dall'assumere una connotazione inconscia o passiva, rimane la forma dell'intuizione dell'*appena-trascorso* che costituisce il senso stesso del passato doloroso del paziente. Così, ciò che comunemente si definisce come il contenuto di un ricordo, si costituisce attraverso la sovrapposizione di ulteriori ritenzioni che si modificano reciprocamente secondo una complicata struttura iterativa che crea sofferenza e dolore. Dinanzi ai vari "schemi" della nostra temporalità vissuta, che si accavallano e talvolta si scontrano, possiamo tentare di liberarci dal senso di espropriazione del bene più prezioso che abbiamo (il pathos), onnipresente in quantità e inafferrabile in qualità. «*Perché siamo più produttivi quando abbiamo molto da fare mentre nei momenti di relax ci pare di non riuscire a combinare niente? Perché ci sembra che la nostra prima storia d'amore sia durata molto più a lungo di quanto sia avvenuto in realtà? Possiamo in qualche modo controllare e plasmare la nostra percezione dello scorrere dei giorni, delle ore, dei secondi? E ancora, che forma ha il tempo? È una retta, come la freccia di Zenone e il suo tragitto impossibile? È un cerchio, come il ciclico calendario dei Maya? O ha il volto dell'astronauta Scott Kelly che, tornato sulla Terra dopo aver passato 520 giorni in orbita, era invecchiato 5 millisecondi in meno rispetto al gemello rimasto a casa?» [42].**

Per avviare il percorso di cura del tempo interiore che porterà il paziente ad un maggiore grado di flessibilità, tolleranza, accettazione e a un funzionamento più armonico e bilanciato dei sistemi temporali, il terapeuta inizia a esplorare e comprendere, insieme al paziente, i principali "ostacoli" personali e *meccanismi disfunzionali temporali* che compromettono la vita, le relazioni personali e interpersonali, la coscienza di sé stesso, la percezione. Il paziente è incoraggiato, istigato a concentrare l'attenzione sul vissuto temporale e il linguaggio usato (detto/non detto), a comprendere i propri stati di coscienza psichica, avendo cura di analizzare il "dentro/fuori" degli accadimenti di vita, il contesto relazionale, di esplorare i propri vissuti, le sensazioni, le rappresentazioni di sé in relazione agli altri e alla propria immagine personale, i comportamenti messi in atto o immaginati in funzione al tempo interiore, al tempo durata, alla cronodesi, all'ipertempo (tirannia del presente). Successivamente il paziente è istigato dal terapeuta ad esplorare gli ipotetici stati psichici e impressioni del suo interlocutore. Lo scopo di ciò sarà di comprendere, in modo personale e dialettico, il ruolo del tempo interiore, rispetto al mondo interno e interpersonale, che costituisce un'importante funzione vitale e di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Merleau - Ponty, M. (1965). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il saggiatore, 545-552.
2. Binswanger, L. (2015). *Melanconia e mania. Studi fenomenologici*. Torino: Boringhieri, 23.
3. Kierkegaard, S. (2016). *Aut-Aut*. Milano: Mondadori, 65-66.
4. Colonello, P. (2004). *Melanconia*. Napoli: Guida, 12.
5. Husserl, E. (2007). *Esperienza e giudizio. Ricerche sulla genealogia della logica redatte ed editate da Ludwig Landgrebe*. Milano: Bompiani, 38, 399.
6. Heidegger, M. (1992). *Seminari*. Milano: Adelphi, 267.
7. Heidegger, M. (1973). *In cammino verso il linguaggio*. Milano: Mursia, 127.
8. Paci, E. (1961). *Diario Fenomenologico*. Milano: Bompiani, Milano, 15.
9. Rovelli, C. (2014). *Che cos'è la scienza*. Milano: Mondadori, 64-65.
10. Husserl, E. (2002). *La coscienza del tempo*. Napoli: Filema, 21.
11. Rovelli, C. (2014). *Sette brevi lezioni di fisica*. Milano: Adelphi, Milano, 64.
12. Mortari, L. (2019). *Aver cura di sé*. Milano: Cortina, 38.
13. Merleau - Ponty, M. (1965). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il saggiatore, 545-552.
14. Mortari, L. (2019). *Aver cura di sé*. Milano: Cortina, 13.
15. Von Weizsäcker, V. (1990). *Filosofia della medicina*. Milano: Guerini, 179-180.
16. Masullo, A. (2003). *Paticità e indifferenza*. Genova: Il Melangolo, 67.
17. Minkowski, E. (1971). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi, 89.
18. Masullo, A. (2018). *L'intoccabile tocco della coscienza di sé*. Milan: Micro Mega on line 6 settembre 2018
19. Borgna, E. (2019). *Saggezza*. Bologna: Il Mulino, 66-67.
20. Varela, F. (1999). *The Specious Present: A Neurophenomenology of Time Consciousness*, in Petitot, J., Varela, F., Pachoud, B. *Naturalizing Phenomenology: Issues in Contemporary Phenomenology and Cognitive Science*, Stanford, Stanford University Press: 266-329.
21. Zimbardo, P. - Boyd, J. (2020). *La nuova psicologia del tempo che cambierà la tua vita*. Milano: Mondadori, 9-10.
22. Borgna, E. (2014). *La solitudine dell'anima*. Milano: Feltrinelli, 36.
23. Ciccarella, M. (2011). *Idee per una fenomenologia dell'immanenza. La costituzione intersoggettiva della validità in Husserl*. Napoli: Il Mulino, 38-39.
24. Van den Berg, J.H. (1971). *Fenomenologia e psichiatria*. Milano: Bompiani, 73.
25. Natoli, S. (2001). *La felicità di questa vita. Esperienza del mondo e stagioni dell'esistenza*. Milano: Mondadori, 57.
26. Husserl, E. (2002). *La coscienza interiore del tempo*. Napoli: Filema.
27. Rovelli C. (2017). *L'ordine del tempo*. Milano: Adelphi, 143-144.
28. Jasper, K. (1964). *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 86.
29. Jasper, K. (1964). *Op.cit.*, 91.
30. Sant'Agostino (1980). *Confessioni*. Rizzoli: Milano, IX, 26.
31. Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton.
32. Papa, A. (2011). *Nati per incominciare. Vita e politica in Hannah Arendt*. Milano: Vita e Pensiero.
33. Fisogni, P. (1999), in tesi di laurea *La temporalità del senso*, pubblicata nel 2003 su *A Parte Rei*.
34. Husserl, E. (1981). *Idee sulla fenomenologia pura e sulla filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi.
35. Husserl, E. (1981). *Op.cit.*, 173.
36. Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton.
37. Borgna, E. (2018). *Op.cit.*, 2018, 30.
38. Schopenhauer, A. (1997). *L'arte di essere felici*. Milano: Adelphi, 77.
39. Borgna, E (1977). *La Malinconia come metamorfosi della speranza*. Rivista "Freniatria", Cl,1, p.35.

40. Husserl, E.(2002). *Op.cit.*, 167.

41. Piro, S.(1993). *Antropologia Trasformativa. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*. Milano: Franco Angeli,71.

42. Burdick, A. (2018). *Perché il tempo vola: e perché la felicità è un lampo e quando ci annoiamo le ore non passano mai*. Milano: Il saggiatore, 34.

BREVE RAPPORTO DI RICERCA

Il theogramma, un sostegno al colloquio clinico

Dario Aquilina¹, Viviana Sannino²

¹ Responsabile scientifico della scuola di teatroarteterapia del Teatro dell'Anima, Napoli

² Direttore del Teatro dell'Anima



Citation

Aquilina D., Sannino V. (2023).
Il theogramma, un sostegno
al colloquio clinico
Phenomena Journal, 5, 76-82.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.187>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Dario Aquilina
darioaquilina@gmail.com

Ricevuto: 5 aprile 2023

Accettato: 31 maggio 2023

Publicato: 8 giugno 2023

ABSTRACT

The Theogramma® is an agile and intuitive personality investigation tool, it is a questionnaire with a Likert scale, made up of three parts, the first uses the gods of Greek-Latin mythology as metaphors to explore character aspects, the second part has as variables of control the personal skills (roots) and the third the family and genealogical milieu (landscapes). Its result acts as an orientation tool that must be confirmed by the clinical interview and has the advantage of gathering a multiplicity of aspects of the subject.

KEYWORDS

Clinical interview, personality, character, gods as archetypes, personality test, personal history.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il Theogramma® è uno strumento di indagine della personalità, agile e intuitivo, è un questionario con scala Likert, composto di tre parti, la prima usa come metafore gli dei della mitologia greco latina per esplorare gli aspetti caratteriali, la seconda parte ha come variabili di controllo le skills personali (radici) e la terza il milieu familiare e genealogico (paesaggi). Il suo risultato si pone quale strumento di orientamento che va confermato dal colloquio clinico e presenta il vantaggio di raccogliere una molteplicità di aspetti del soggetto.

PAROLE CHIAVE

Colloquio clinico, personalità, carattere, Dei come archetipi, questionario di personalità, anamnesi.



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

Incontrare gli Dei per parlare di personalità e carattere

Possiamo interpretare attraverso le differenti figure degli Dei gli aspetti della personalità e le potenzialità di una persona?

Questa è stata la domanda che con il gruppo del Teatro dell'Anima ci siamo posti per rispondere ad una esigenza da sempre sentita e affrontata nei nostri atelier e percorsi clinici centrati sulla teatroterapia.

L'obiettivo è stato quello di individuare aspetti caratteriali e potenzialità che possono aiutare il partecipante, così come il paziente, a riconoscersi e mettersi in gioco a partire da quello che lui stesso è ed a ridurre l'autocritica, il senso di colpa e la paura che sottostanno alla difficoltà di vivere con sé e con gli altri.

La metafora degli Dei ci è sembrata rispondere a questo bisogno.

Nella fase iniziale di studio sono state esplorate gli stereotipi degli Dei che appaiono estremi, spesso psicotici o autocentrati: ad esempio Zeus con il suo bisogno di conferma sessuale, Giunone con la gelosia cieca che punisce la donna, ma tollera il marito; Poseidone con la rabbia che non ascolta ragione; Diana con quella riservatezza virginale che la porta ad uccidere chi la vede nuda, Afrodite con il suo libertinaggio pari solo a quello di Zeus, Dioniso con la sua ebbrezza che acceca uomini e donne fino a renderli antropofagi... l'elenco è lungo fra gli dei c'è posto per tutte le psicopatologie.

In una seconda fase si è superato lo stereotipo culturale ed ogni figura è stata approfondita nella propria evoluzione all'interno della mitologia scoprendo che gli Dei potevano diventare delle metafore del comportamento umano, fino a intuire che gli Dei sono archetipi, funzioni dell'anima primarie, come sostiene Jung¹, ove presenza, assenza ed eccesso convergono in una sorta di "coincidentia oppositorum", un processo di convergenza comune a ogni simbolo. E. Neumann², ad esempio, parlando dell'archetipo della Dea Madre ne mostra sia gli aspetti generativi che distruttivi.

La nostra ricerca si è arricchita quindi con gli studi di J. Campbell³ sulla mitologia primitiva e quelli di mitoarcheologia di M. Gimbutas⁴ che hanno mostrato le funzioni che sottostanno alla nascita degli dei greci e romani e alla loro evoluzione, dalla protostoria ad oggi, completando così il quadro dei profili dei Dei e donandogli profondità e spessore.

¹ C. G. JUNG, *Tipi psicologici*, BORINGHIERI, TORINO, 1969

² E. Neumann, *La Grande Madre. Fenomenologia delle configurazioni femminili dell'inconscio*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1980

³ J. Campbell, *Mitologia Primitiva*, Mondadori

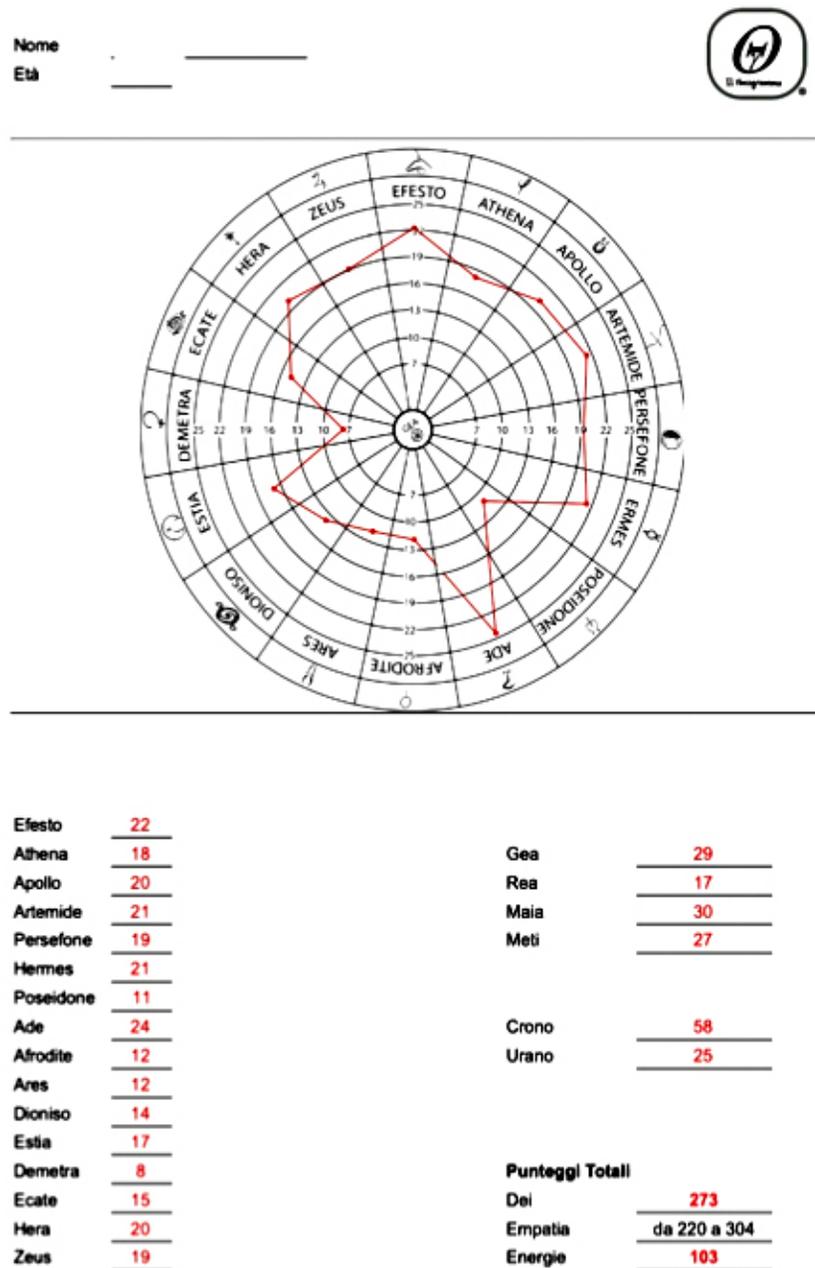
⁴ Marija Gimbutas, *Il Linguaggio della Dea*, Longanesi; Marija Gimbutas, *la Dee viventi*, ed Medusa

a cogliere la ricchezza e la complessità del significato di ciascun tratto della personalità e a porre attenzione quando tale tratto (divinità) si presenta in forma pervasiva o negata.

Ne risulta così una “tensostruttura” della personalità al cui equilibrio partecipa l’insieme delle funzioni di ciascuna persona.

Per *fare* un essere umano ci vogliono tutti gli dei, ed è importante che siano bilanciati fra di loro. La definizione delle Funzioni-Dei consente di esplorare 16 aspetti caratteriali.

Fig 2 esempio di scheda di raccolta dei dati del theogramma



Nella seconda sezione del questionario vi sono 4 Dee Madri che interpretano le risorse di ciascuno, aspetti e skill inseriti poi, attraverso la terza sezione, in un paesaggio che include connotazioni familiari e genealogiche della persona.

Un lungo questionario di 140 domande consente di portare l'attenzione sull'intero funzionamento di una personalità, sui suoi orientamenti e sulle sue origini. I risultati del questionario sono rappresentati da un diagramma a stella (radar) ove sono possibili interpolazioni che consentono di correlare le funzioni di ciascuno. Dunque, gli Dei olimpici offrono le loro caratteristiche alle funzioni umane.

A cosa può servire uno strumento di lettura della personalità di questo tipo?

Nella fase iniziale di primo approccio con il paziente, il Theogramma® consente di avere un quadro globale, un'anamnesi caratteriale della persona, cogliendo aspetti che attraverso il colloquio clinico potrebbero venire alla luce in un tempo molto più lungo. Consente, inoltre, un follow up periodico per monitorare l'evoluzione personale del soggetto, individuare la differenza fra fattori di personalità di base e atteggiamenti, e le loro modificazioni.

Un ulteriore aspetto riguarda la visibilità immediata delle possibilità del soggetto, ad esempio il suo rapporto con l'aggressività, con la fiducia nell'azione, con l'autonomia, la dipendenza, la razionalità e la relazione con la funzione genitoriale.

Per ogni persona le funzioni che sottostanno a ciascun Dio hanno un ruolo, a prescindere dal genere, ognuno di noi in sé ha funzioni femminili e maschili (questa è un'importante differenza con le analoghe opere di J. Bolen⁵, che descrive separatamente le dee dentro la donna e gli dei dentro l'uomo).

Il Theogramma® è un lavoro che utilizza prevalentemente materiali antropologici e archeologici relativi agli dei con particolare riferimento all'epoca protostorica e a quanto di quel periodo è rimasto nell'Olimpo e nel Pantheon ed è uno strumento d'indagine della personalità, agile e intuitivo. È un questionario con scala Likert, composto di tre parti: la prima usa come metafore gli dei della mitologia greco latina per esplorare gli aspetti caratteriali, utilizzando 16 aree di personalità; la seconda ha come variabili di controllo le skills personali (radici) e la terza il milieu familiare e genealogico (paesaggi).

Il test è accompagnato da un manuale d'uso e da testi esplicativi della ricerca.

Il risultato dei valori ottenuti dai singoli Dei è un diagramma a stella che va interpretato tenendo conto anche delle altre variabili (radici e paesaggi) e del punteggio totale.

Il test privilegia gli aspetti di mobilità della personalità, indagando gli aspetti autoinibitori (punteggio fino a 10) e narcisistici (punteggio oltre 21) di ciascuna area.

Il suo risultato si pone quale strumento di orientamento che va confermato dal colloquio clinico e presenta il vantaggio di raccogliere una molteplicità di aspetti del

⁵ Cfr. J.S. Bolen, *Le Dee dentro la donna*, Astrolabio
J.S. Bolen, *Gli Dei dentro l'uomo*, Astrolabio

soggetto.

È utile nell'approfondimento dell'anamnesi, specialmente nei contesti di consultazione, counseling psicologico e selezione.

Nella sua formulazione attuale è utilizzabile dopo i 16 anni.

Il Theogramma® descrive un momento della vita psichica del soggetto e durante il percorso terapeutico registra i cambiamenti di atteggiamento: d'altro canto la personalità è modulabile e nelle differenti fasi della vita cambiano esigenze e di conseguenza le risposte.

Il questionario è ampiamente utilizzabile anche come strumento d'individuazione delle aree problematiche o propositive in contesti di consulenza clinica e aziendale.

Come usare il Theogramma®?

Il Theogramma® si può utilizzare in modo analogico utilizzando i materiali contenuti nel libro di presentazione, ove oltre al questionario sono presenti i profili di ciascun Dio e i risultati della ricerca mito archeologica, antropologica e psicologica e gli strumenti di interpretazione del diagramma a stella.

Il Theogramma® si può compilare in maniera digitale utilizzando il QR contenuto nel libro che accede al questionario digitale; lo staff del Teatro dell'Anima provvede a inviare la stella con i risultati per un'interpretazione personale, oppure può elaborare una interpretazione delle risposte che vanno confermate dal colloquio clinico.

È importante sottolineare che il colloquio risulta indispensabile quando le risposte evidenziano almeno il 20% di funzioni nell'area pervasiva (da 22) o negata (al di sotto di 7).

Le letture possibili sono a un livello più superficiale analizzando gli dei, le radici (skills), i paesaggi (aspetti genealogici e familiari) e le simmetrie fra gli dei opposti. A livello più avanzato si evidenziano aspetti di funzionamento dell'io ed aspetti più accurati del funzionamento caratteriale.

La relazione terapeutica o il gruppo esperienziale sono la giusta conclusione del percorso diagnostico, se necessario; nel nostro approccio viene usato il TheoDramma, che raccoglie le tecniche, le esperienze e la metodologia di lavoro sul mito e sul simbolo del Teatro dell'Anima e della teatroterapia.

Tra passato e presente

Se si considerano gli elementi culturali che emergono dal passato remoto, sembra disegnarsi una sostanziale convergenza fra le tappe di sviluppo della coscienza umana e le tappe dello sviluppo psicologico personale dell'uomo odierno. Tenendo conto degli aspetti di pensiero magico, della fase della dipendenza, del raggiungimento del pensiero preoperatorio, operatorio e astratto, che si inseriscono sullo sviluppo degli aspetti emozionali, essi hanno dato luogo alla coscienza contemporanea e ad una idea del mondo ecologica piuttosto che centrata sull'antitesi fra natura e cultura e sulla dominazione del più forte sul più debole.

Il Theogramma® fa riferimento a due aspetti della psicologia: il primo relativo agli studi di psicologia transpersonale legati a K. Wilber e alle sue ipotesi sullo sviluppo della coscienza, il secondo legato alla psicologia del carattere che individua nella rigidità dei tratti caratteriali la causa di molti disturbi psichici, mettendo in evidenza che un allentamento degli aspetti caratteriali ed una maggiore fluidità fra gli aspetti funzionali di una persona ne favoriscono una maggiore resilienza e benessere. Per questo motivo è possibile trovare nel diagramma risultante dal test del Theogramma® aree di benessere ed equilibrio, aree di ritiro e negazione, e aree di pervasività e autocentratura.

Viene ridefinito così un concetto di equilibrio dinamico tra le funzioni della persona, che tiene conto della vita e del contesto di ciascuno, e come tale fluttuante e non uno stato definito e stabile nel tempo.

In definitiva il Theogramma® è uno strumento che accompagna il percorso di consulenza. Esso è di facile somministrazione e verifica nonostante la sua lunghezza, anche se una lettura più accurata può aver bisogno di un breve periodo di apprendimento, anche on line, che è stato già predisposto. È un appassionante viaggio che mette in stretta relazione e connette insieme mito e personalità.

BIBLIOGRAFIA

- Aquilina, D. (2022). *Il Theogramma. Incontra gli dei in te*, ilmiolibro
- Bailey, S. (2007). *Drama therapy. Interactive and improvisational drama*
- Campbell, J. (1962). *Le maschere di Dio: introduzione alle mitologie primitive*. Bompiani
- Campbell, J. (1990). *Mitologia primitiva*. Mondadori
- Gimbutas, M. (1997). *Il linguaggio della dea*, trad. it. di N. Crocetti, Vicenza
- Gimbutas, M., Dexter, M. R., & Doni, M. (2005). *Le dee viventi: l'Europa delle origini e la religione della Dea Madre*. Medusa
- Graves, R. (1963). *I miti greci*, trad. it. Longanesi, Milano
- Jennings, S. (2014). *Dramatherapy: Theory and practice 1*. Routledge
- Jung, C. G. (1969). *Tipi psicologici. Opere, Boringhieri, Torino, 6*, 463.
- Neumann, E., & Vitolo, A. (1981). *La grande madre: fenomenologia delle configurazioni femminili dell'inconscio*. Astrolabio.
- Reich, W., Belfiore, F., & Wolf, A. (1982). *Analisi del carattere*. Sugarco ed.
- Wilber, K. (1997). *Lo spettro della coscienza*, ed. Crisalide

MINI-REVIEW

Sport, identità e adolescenza: una breve rassegna

Marco Filippini¹, Vincenzo Filoso¹, Serena Genghi¹, Nunzia Annunziata¹, Nicole Nascivera¹

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



Citation

Filippini M., Vincenzo Filoso V., Genghi S., Annunziata N., Nascivera N. (2023). Sport, identità e adolescenza: una breve rassegna Phenomena Journal, 5, 83-87. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.190>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Marco Filippini
marco.filippini93@gmail.com

Ricevuto: 25 aprile 2023

Accettato: 4 giugno 2023

Publicato: 8 giugno 2023

ABSTRACT

The aim of this mini-review is to shortly review the scientific literature on the development of identity in adolescence and then subsequently shift the attention to the influence of sporting activity on the construction of the self. For the review of the literature, searches were made mainly using keywords on the topic “adolescent identity and the influence of sport on it”. By the literature emerged that there is a strong influence of the sport on the construction of identity in adolescence.

KEYWORDS

Identity, Adolescence, Sport, Self-Narrative Model, Athlete.

ABSTRACT IN ITALIANO

Lo scopo di questa mini-review è quello di rivedere brevemente la letteratura scientifica sullo sviluppo dell'identità nell'adolescenza per poi successivamente spostare l'attenzione sull'influenza dell'attività sportiva nella costruzione del sé. Per la rassegna della letteratura, le ricerche sono state effettuate principalmente utilizzando parole chiave sul tema “identità adolescenziale e influenza dello sport su di essa”. Dalla rassegna è emerso che esiste una forte influenza dello sport sulla costruzione dell'identità nell'adolescenza.

PAROLE CHIAVE

Identità, Adolescenza, Sport, Modello Autobiografico, Atleta.



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

1. Introduzione

L'adolescenza è una fase di transizione caratterizzata da significativi cambiamenti psicosociali [1], in questo periodo inizia a costruire un senso coerente di sé e di identità.

Erikson [2] dice che la sensazione cosciente di avere un'identità personale si basa su due osservazioni simultanee: la percezione dell'uguaglianza di se stesso, il senso di continuità della propria esistenza del tempo e dello spazio, e almeno, la percezione del fatto che gli altri ci riconoscono con la stessa uguaglianza e continuità. In questo senso, concettualizza il ciclo di vita come una successione di periodi critici, ognuno di essi presenta un conflitto bipolare. Nello specifico, al quinto stadio, quello legato al periodo dell'adolescenza, il conflitto che l'individuo si trova ad affrontare: ruolo identità VS confusione di ruolo, risolto, nel caso di una traiettoria evolutiva positiva, con l'acquisizione dell'identità.

Marcia invece, identifica l'identità come un'identità-sé, un'organizzazione interna autocostruita e con bisogni, competenze, credenze e storie individuali dinamiche [3].

Bruner [4] introduce il concetto di narrazione come costruzione del sé, ovvero questa è adoperata dal soggetto per organizzare, interpretare e dare significato alle vicende della propria vita. L'autobiografia è dunque uno strumento in cui il soggetto dispone per potere dare un senso al sé ed al proprio essere nel mondo, attraverso la ricostruzione interpretativa degli eventi della propria vita.

L'autobiografia è per Bruner prima di tutto ciò che il soggetto dice di sé stesso, guidato dal bisogno di riconoscersi, definire la propria identità e di individuare, in un continuum temporale, una connessione tra gli eventi della propria vita passata, presente e futura. Secondo Bruner nella narrazione scegliamo il modo in cui ci presentiamo agli altri all'interno di un processo incessante di ridefinizione della propria identità e nello stesso momento avviene una rilettura della realtà circostante [4]. Raccontare la propria vita è per l'autore un modo per diventare ciò che si è veramente, ciò potrebbe significare rafforzare la propria immagine e la propria autostima.

Bruner ritiene che attraverso le narrazioni autobiografiche sia possibile individuare la presenza del sé di chi narra tramite 9 indicatori del sé [4], riconducibili ad alcune specifiche caratteristiche del sé: *Capacità di agire, Impegno, Risorse, Riferimento sociale, Valutazione, Qualità, Riflessività, Coerenza e Posizione*. Dal nostro punto di vista, il modello bruneriano presenta le caratteristiche che meglio si addicono allo studio della costruzione dell'identità dell'adolescente e delle modalità attraverso cui lo sviluppo di quest'ultima viene influenzata dalla pratica sportiva. Infatti, attraverso questo modello narrativo della costruzione del sé, è possibile ripercorrere le tappe autobiografiche degli adolescenti, prestando attenzione a specifici indicatori del sé. L'obiettivo della breve rassegna è quello di ripercorrere brevemente la letteratura scientifica sullo sviluppo dell'identità atletica, per poi spostare l'attenzione sull'influenza che l'attività sportiva ha sulla costruzione del sé.

2. Materiali e Metodi

Metodi

Sono stati recuperati articoli pubblicati su riviste peer-reviewed in lingua inglese, sull'argomento "*l'identità adolescenziale e l'influenza dello sport su di essa*". Abbiamo scelto i nostri termini di ricerca sulla base di ricerche precedenti. Le fonti provenienti dai diversi repository sono state unite in un unico set di dati dopo aver rimosso i duplicati. Le ricerche sono state condotte separatamente sulla base dei seguenti termini: sport+identity+adolescence. Le ricerche basate su queste parole chiave sono state condotte in PubMed e Scholar.

3. Risultati

Uno dei primi ricercatori interessati a questo argomento fu Brewer, che intorno all'inizio degli anni '90 cercò di mettere in campo uno studio sistematico sull'identità atletica. Prima degli studi specifici, la ricerca era focalizzata sui tratti caratteristici degli atleti in grado di raggiungere il successo. Lo studio di Brewer, Van Raalte e Linder [5] aveva l'obiettivo di sistematizzare e concettualizzare l'identità atletica. Questo studio ha suggerito che l'identità atletica prende forma confrontando due aspetti, la struttura cognitiva e il ruolo sociale, che si costruisce attraverso il feedback che gli atleti ricevono da valutazioni esterne (genitori, allenatori, compagni di squadra). Questo sondaggio ha portato alla creazione della Athletic Identity Measurement Scale (AIMS), costituita da 10 domande con risposte su scala Likert a 7 punti, da "fortemente d'accordo" a "fortemente in disaccordo", con punteggi più alti riferiti a maggiore connessione con lo sport. Successivamente, il lavoro di Proios [6] ha dimostrato che il concetto di identità atletica è multidimensionale, sostenendo l'ipotesi di Hale et al. [7] che una rappresentazione atletica dell'identità unidimensionale non è appropriata alla realtà.

Ci sono tre dimensioni considerate dall'AIMS, che contribuiscono alla formazione del concetto di identità atletica: identità sociale, esclusività e affettività negativa. Mentre lo strumento di misurazione AIMS di Brewer è rivolto agli atleti e al ruolo atletico nei contesti sociali, l'Athletic Identity Questionnaire (AIQ) di Anderson [8] è nato, invece, da un interesse nella valutazione della popolazione generale e del processo attraverso il quale l'etichetta "atletica" viene assegnata, valutata e mantenuta. Partendo dallo studio sull'identità, la ricerca ha analizzato il ruolo dell'identità rispetto ad aspetti generali dell'esistenza, come qualità della vita e resilienza. A questo proposito, uno studio di Findlay e Bowker [9] ha sottolineato come il grado di atletismo influenzi costrutti come il concetto di *sé* e *l'autostima globale*. In particolare, in un cluster di 351 adolescenti, i soggetti praticanti attività sportiva hanno mostrato una più solida autostima rispetto a non praticanti. Inoltre, lo studio di Edison, Christino e Rizzone [10] ha dimostrato che gli adolescenti sportivi hanno un minor rischio di burnout. Infatti, molti studi precedenti hanno analizzato il legame tra livello di identità atletica e capacità di adattamento, disturbi alimentari, comportamento illegale e aggressività. Lo studio di Baumert et al. [11] ha inoltre riscontrato che la parteci-

pazione allo sport riduce significativamente il rischio di sviluppare sintomi depressivi e ideazione suicidaria negli atleti adolescenti.

L'esperienza di infortunio risulta essere invece un fattore che influenza negativamente la salute psicologica degli sportivi. In tal senso, lo stato dell'arte mostra come negli sportivi si rilevano sintomi da DPTS e afferenti ad un episodio depressivo durante la convalescenza conseguente ad un infortunio.

Lo sport incide inoltre positivamente sull'autoconsapevolezza del proprio corpo, infatti è stato riscontrato che gli adolescenti praticanti sport hanno una consapevolezza maggiore del proprio corpo e dei cambiamenti legati allo sviluppo puberale, riuscendo ad avere anche un grado maggiore di sicurezza nella vita sociale, come ad esempio nell'ambito scolastico [13]

Le esperienze di sport di gruppo, infine, sembrano favorire lo sviluppo dell'identità atletica [15], come viene poi confermato anche in studio di Murray [16], dove viene evidenziato come il fattore sociale di uno sport di squadra incide sulla decisione di continuare la carriera sportiva o meno.

4. Conclusioni

A partire dal modello narrativo della costruzione del sé elaborato da Bruner e dalla presenza di strumenti che valutano l'identità atletica, quali lo strumento di misurazione AIMS di Brewer rivolto agli atleti e il questionario AIQ teorizzato da Anderson destinato a valutare la popolazione generale rispetto alla loro idea di "personalità atletica", vogliamo proporre una metodologia di indagine sia qualitativa che quantitativa che evidenzia le caratteristiche predittive in termini di costruzione dell'identità sportiva. Si ipotizza inoltre di costruire uno strumento basato sulla "Topic Analysis" delle storie di vita dei partecipanti sportivi.

Nello specifico, lo scopo è quello di costruire un'intervista semi strutturata che ha come punto di riferimento i 9 indicatori del sé proposti da Bruner [4]. Tale strumento verrà poi messo a confronto con i risultati di questionari quantitativi già esistenti che valutano le caratteristiche del sé di sportivi che praticano attività sia individuali che di squadra. Proporre, quindi, un nuovo metodo di studio circa l'identità sportiva e i fattori che la determinano.

BIBLIOGRAFIA

1. Valkenburg, P. M., Koutamanis, M., & Vossen, H. G. (2017). *The concurrent and longitudinal relationships between adolescents' use of social network sites and their social self-esteem. Computers in human behavior*, 76, 35-41.
2. Erikson, E. (1968). *Identità: giovinezza e crisi*. New York: W. W. Norton & Company.
3. Marcia, J. E. (1980). *Adolescent Identity*. In J. Adelson (ed.), *Manuale di psicologia adolescenziale*. New York: Wiley.
4. Bruner, J., Weisser, S. S. (1991). *L'invenzione dell'io: l'autobiografia e le sue forme*, tr. It. In alfabetizzazione e oralità, a cura di D. R. Olson, N. Torrance. Milano: Cortina Editore, 1995, 137-135.
5. Brewer, B. W., Van Raalte, J. L., & Linder, D. E. (1993). *Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles heel?*. *International journal of sport psychology*.
6. Proios, M. (2012). *Factor validity of the Athletic Identity Measurement Scale in a Greek sample*. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(4), 305-313.
7. Hale, B. D., James, B., & Stambulova, N. A. T. A. L. I. A. (1999). *Determining the dimensionality of athletic identity*: A MacPherson, E., Kerr, G., Stirling, A. (2016). *The influence of peer groups in organized sport on female adolescents' identity development*, *Psychology of Sport and Exercise*, 23, 73-81.
8. "Herculean" *cross-cultural undertaking*. *International Journal of Sport Psychology*.
9. Anderson, C. B., Masse, L. C., & Hergenroeder, A. C. (2007). *Factorial and construct validity of the athletic identity questionnaire for adolescents*. *Medicine e science in sports and exercise*, 39(1), 59-69
10. Findlay, L. C., & Bowker, A. (2009). *The link between competitive sport participation and self-concept in early adolescence: A consideration of gender and sport orientation*. *Journal of youth and adolescence*, 38, 29-40.
11. Edison, B. R., Christino, M. A., & Rizzone, K. H. (2021). *Athletic identity in youth athletes: A systematic review of the literature*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7331.
12. Baumert Jr, P. W., Henderson, J. M., & Thompson, N. J. (1998). *Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports*. *Journal of adolescent health*, 22(6), 460-465.
13. Manuel, J.C.; Shilt, J.S.; Curl, W.W.; Smith, J.A.; Durant, R.H.; Lester, L.; Sinal, S.H. *Coping with sports injuries: An examination of the adolescent athlete*. *Adolescence Journal Health* 2002, 31, 391-393.
14. Lubans D.R; Morgan P.J; McCormack A (2010). *Adolescents and school sport: The relationship between beliefs, social support and physical perception*. *Physical education and sport pedagogy*, 2011, pp.237-250.
15. MacPherson, E., Kerr, G., Stirling, A. (2016). *The influence of peer groups in organized sport on female adolescents' identity development*, *Psychology of Sport and Exercise*, 23, 73-81.
16. Murray, R.M. & Sabiston, C.M. (2022). *Understanding relationships between social identity, sport enjoyment, and dropout in adolescent girl athletes*, *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 44, 62-66, <https://doi.org/10.1123/jsep.2021-0135>

ARTICOLO DI OPINIONE

“La Sindrome del Gemello Scomparso”: la vita dopo il lutto perinatale

Rita Zampi¹

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

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate a psychological phenomenon that is experienced by a fetus in perinatal phase, or the loss of a twin. The interest in this topic comes from a clinical case treated in the psychotherapeutic path, through which I discovered the existence of a world within the uterus of which we still have little knowledge. This is the “Syndrome of the Missing Twin”, dealing with those deaths called “silent” that occur in the perinatal period, of which the mother has no awareness but the embryo that remains alive. This syndrome means the disappearance of an embryo in twin pregnancies confirmed by an ultrasound. Empirical research states that the latter already inside the uterus is capable of memorizing, learning, experiencing emotions and based on these experiences and the bond of attachment with the mother, will begin to build a prenatal memory that will carry with him throughout his life in an unconscious way. The emotional repercussions of a surviving twin vary from case to case. The numerous testimonies collected by the Austermann couple help us to understand how a widespread phenomenon is and to which little attention is still paid in the scientific world.

KEYWORDS

Missing Twin Syndrome, grief; injury, perinatal, attachment.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'obiettivo di tale elaborato è quello di approfondire un fenomeno psicologico che viene vissuto da un feto in fase perinatale, ovvero la perdita di un gemello. L'interesse per tale argomento nasce da un caso clinico trattato nel percorso psicoterapeutico, attraverso cui ho scoperto l'esistenza di un mondo all'interno dell'utero di cui si ha ancora poca conoscenza. Si tratta della “Sindrome del Gemello Scomparso”, tratta di quei lutti definiti “silenziosi” che avvengono nel periodo perinatale, di cui la mamma non ne ha consapevolezza ma l'embrione che resta in vita sì. Con tale Sindrome si intende la scomparsa di un embrione in gravidanze gemellari confermate da un'ecografia. Ricerche empiriche affermano che quest'ultimo già all'interno dell'utero è capace di memorizzare, apprendere, provare delle emozioni e sulla base di queste esperienze e del legame di attaccamento con la madre, inizierà a costruirsi una memoria prenatale che porterà con sé per tutta la sua vita in modo inconsapevole. Le ripercussioni emotive di un gemello sopravvissuto variano da caso a caso. Le numerose testimonianze raccolte dai coniugi Austermann ci aiutano a comprendere quanto sia un fenomeno molto diffuso e al quale viene posta ancora poca attenzione nel mondo scientifico.

PAROLE CHIAVE

Sindrome del gemello scomparso, lutto, trauma, perinatale, attaccamento.



Citation

Zampi R. (2023).
“La Sindrome del Gemello Scomparso”:
la vita dopo il lutto perinatale
Phenomena Journal, 5, 88-96.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.191>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Rita Zampi
psi.rita.zampi@gmail.com

Ricevuto: 24 maggio 2023

Accettato: 5 giugno 2023

Publicato: 8 giugno 2023



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

1.1 Il trauma perinatale

L'obiettivo di tale trattazione è quello di approfondire un fenomeno psicologico che viene vissuto da un feto in fase perinatale, ovvero la perdita di un fratello gemello. La morte di un gemello è un lutto che colui o colei che resta in vita si porterà con sé per lungo tempo. Con il termine perinatale si intendono tutti quegli eventi che possono accadere a madre e/o bambino dall'inizio della gravidanza al periodo che segue immediatamente la nascita (periodo compreso tra la 29° settimana di gestazione e i primi 7 giorni di vita del neonato, fino al 30° giorno di vita).

Il trauma perinatale annovera tutti quegli eventi definiti "silenziosi", alcuni dei quali non accadono necessariamente durante il periodo di gestazione, come ad esempio: lutti; trasferimenti importanti; situazioni traumatiche non elaborate da parte della madre vissute in passato che si riattivano nella relazione con il bambino che porta in grembo; oppure in altri casi possiamo inserire la perdita di un co-gemello, in caso di gravidanze gemellari, in utero durante i primi mesi di vita. Il lutto è un evento con cui ogni essere umano è destinato a confrontarsi e lo stato di lutto che ne deriva è una naturale esperienza di risposta alla perdita. Quando tale evento avviene durante i primi mesi di gravidanza o subito dopo la nascita del bambino, tende a divenire un evento indicibile. È terrificante quanto le morti che avvengono nel periodo perinatale siano eventi di cui non si parla, per la società sembra che non sia possibile condividere con l'Altro il dolore che attanaglia i genitori dopo la perdita.

1.2 Il Lutto in epoca peri-natale

Il mondo scientifico è colmo di articoli su come i genitori o i fratelli più grandi reagiscano al lutto, ma poco esplorato è il mondo dei gemelli che condividono l'utero per un certo periodo di tempo o, in alcuni casi, per tutta la gravidanza e dopodiché uno dei due muore.

Contrariamente a quanto si possa immaginare, la morte di un bambino durante la gestazione è un evento diffuso. Statisticamente in Italia, ogni anno, la morte prenatale colpisce una gravidanza su sei [1] evento che si ripercuote in modo terrificante sui genitori i quali possono paragonare tale evento con altri percorsi altrettanto dolorosi. La morte di un figlio durante la gestazione è soprattutto la morte della madre, di una parte del Sé, e viene vissuta come una vera e propria esperienza di fallimento, un confronto tra i propri limiti e tutte le possibilità che l'essere ancora in vita prospetta [2]. La madre, seppure profondamente ferita ha bisogno di trovare nuove forme per essere al mondo e per occuparsi del fratello gemello sopravvissuto, ma per fare ciò ha bisogno di elaborare il lutto, di rituali, di segni, di tempo e di parole. Le parole, sono quelle che curano l'anima. La donna che perde il bambino viene definita dalla società come "non madre", questo termine utilizzato evidenzia il processo di sofferenza inadeguato, come se il vissuto emotivo legato alla perdita fosse sproporzionato. Se consideriamo il bambino morto in fase prenatale come "non nato" stiamo negando ulteriormente il percorso di maternità che si è deciso di intraprendere [3]. Si sta negando l'essere venuto al mondo del bambino anche in forma silenziosa [3]. In seguito

alla morte perinatale, accompagnare la coppia genitoriale verso la nuova nascita non è più possibile, si sperimenta uno stato di shock, di profondo dolore e stordimento tale da limitare la capacità di comprensione [4], rendendo in tal modo essenziale la presenza di personale sanitario che dia loro accesso a tutte le informazioni necessarie [5], di sostegno sociale e di rituali che favoriscano l'elaborazione del lutto.

Tale vissuto ha ripercussioni psicologiche anche sul co-gemello sopravvissuto e sulla relazione affettiva che si instaura tra madre e bambino.

Il trauma infantile ha un ruolo chiave nell'insorgenza e/o mantenimento della psicopatologia adulta; gli studi genetici ed epigenetici suggeriscono che le prime esperienze di vita, se avverse, possono alterare il funzionamento neurale aumentando il rischio per lo sviluppo di psicopatologia [6].

È importante evidenziare quanto negli ultimi anni la teoria dell'attaccamento ha avuto un maggior interesse nel campo della medicina psicosomatica. Si è dimostrato, inoltre, che l'attaccamento ha effetti rilevanti sui fattori biologici e sulla salute delle persone. A tal proposito i ricercatori PNEI (Psico neuro endocrino immunologi) hanno testato gli effetti psicosomatici della relazione madre – bambino e indagato le influenze epigenetiche che tale relazione porta con sé fin dal periodo intrauterino [7]. La loro ipotesi è che le relazioni diadiche madre/bambino generano differenti stili di attaccamento descritti da Ainsworth, Bowlby, Main e Solomon, che iniziano nei nove mesi di gravidanza e vengono condizionate e strutturate dall'influenza dei fattori epigenetici [8, 9]. Le informazioni riguardo le ricerche epigenetiche permettono di comprendere come l'essere umano nelle sue prime fasi di vita sia particolarmente sensibile agli stimoli stressanti del bambino e nel caregiver. Si ipotizza anche come i fattori epigenetici e fattori traumatici (come un gemello che muore in fase perinatale) incidano sul caregiver e vadano ad influenzare la relazione di attaccamento della madre con il co-gemello sopravvissuto. Attualmente, sappiamo che stress vissuti dai genitori durante la gestazione, eventi traumatici durante il parto e la gravidanza, possono influenzare a livello epigenetico lo sviluppo del cervello del figlio, la risposta del sistema immunitario e la regolazione dell'asse dello stress, fino a concausare l'emergere dei disturbi di ansia, depressione, schizofrenia e sindrome metabolica [7].

I fattori epigenetici perinatali sono:

- fattori materni che includono alimentazione, malnutrizione, cibi dannosi (alcol), stress, fumo, diabete, ipertensione, danni del vivere in un ambiente inquinato;
- fattori fetali che comprendono ipossia/asfissia, insufficienza placentare, prematurità, basso peso alla nascita, tutti fattori che causano ritardo di crescita intrauterina [7].

Lo stress perinatale può indurre effetti neurobiologici e comportamentali a lungo termine con conseguenze per la risposta ipofisi – ipotalamo – surrene allo stress [9]. Tali condizioni possono influire sulla vita del feto nell'utero e nei successivi due anni del figlio, possono aumentare lo stress e diventare fattori predisponenti di disturbi, come: ansia, diabete, allergie e patologie psichiatriche.

I disturbi e i blocchi emotivi come paura e ansia durante la gravidanza, e nei primi mesi di allattamento possono determinare come sarà l'asse dello stress del figlio, al-

cuni dei quali possono essere: ridotto peso alla nascita, livelli bassi di cortisolo in seguito ad un parto pretermine, disturbi di attenzione a 18 mesi, ADHD [10]. Si potrebbe immaginare che il legame di attaccamento si instauri ancora prima della nascita del feto e che la relazione di attaccamento cominci a formarsi nell'utero. Tra i fattori che potrebbero influenzare la relazione riconosciamo anche il desiderio, la preparazione dei genitori al futuro figlio, lo stato emotivo e mentale della donna in gravidanza. Si ritiene, inoltre, che più siano elevati i livelli di ossitocina migliore sarà la qualità dell'attaccamento madre/figlio. Bowlby, nel 1969, propose che la teoria dell'attaccamento potesse essere utilizzata per comprendere l'eziologia delle differenti forme di psicopatologia. Nel primo periodo di vita del bambino vengono attivati tutti i sistemi emotivi che permettono uno sviluppo armonico e corretto del Sè [8].

2. La sindrome del Gemello Scomparso

Il termine "*Gemello Scomparso*" sta ad indicare la scomparsa di un embrione in gravidanze gemellari confermate da un'ecografia. [11] I primi tre mesi di gravidanza rappresentano la fase in cui embrioni multipli si impiantano nell'utero e può accadere che proprio in tale fase uno dei due scompaia morendo. Durante le prime tre settimane del periodo di fecondazione è possibile, attraverso l'apparecchio ecografico, osservare il sacco o più sacchi amniotici, in caso di gemellarità. Tutto quello che accade prima di tale data è visibile solo utilizzando apparecchi molto più sofisticati. Durante il periodo che va dalla fecondazione all'impianto, le cellule cominciano a riprodursi costantemente e tale fase dura dagli otto ai dieci giorni. Dal settimo giorno in poi si dà vita al feto che si annida nell'utero, ma solo da un 15 a un 40% di tutti gli zigoti arrivano a questo stadio [11]. I coniugi Austermann, si occupano dal 1998 della ricerca sul tema del "*gemello scomparso*" e di quello che "*sopravvive*", hanno potuto osservare nel loro lavoro come molte sofferenze inspiegabili e drammi relazionali siano correlati a tale problema. Il dottor Sartenaer afferma che tra l'8 e il 10% delle gravidanze sono nate multiple, ma solo l'11% di esse, termina con la nascita di gemelli vivi [11]. Solamente dalla quinta settimana di gestazione è possibile vedere gli embrioni. Quando sono due si odono reciprocamente molto presto, prima della sesta settimana. L'uno ode la circolazione sanguigna dell'altro prima ancora che il suo cuore cominci a battere. Quando un gemello muore durante la gravidanza la madre non sente niente, si potrebbe verificare una piccola perdita ematica alla quale non viene data importanza. Il gemello vivo, invece, sente i battiti del cuore e i movimenti che diventano più deboli per poi cessare completamente. Potrebbe capitare, come spesso accade, che il co-gemello eviti quello morto e si ritiri all'interno dell'utero senza quasi più muoversi per il resto della gravidanza [11]. Questa perdita viene registrata come la prima alla quale si accodano le altre, trascinandosi con sé un dolore profondo e permanente, che può essere elaborato, accolto e trasformato solo se riconosciuto e nominato nel suo contenuto emotivo. Alcuni studi hanno dimostrato come i gemelli sono in continua interazione tra loro e come si condizionano a vicenda sia per quanto riguarda lo sviluppo fisico sia quello psichico. Fin dall'inizio della gravi-

danza mostrano specifici pattern di coppia che possono protrarsi anche nella vita post-natale [12]. Nonostante l'esperienza di perdita del co-gemello appaia normale, sono stati messi in evidenza dei comportamenti rilevanti sviluppati precocemente nell'arco di vita di chi sopravvive [10], come ad esempio: la ricerca spasmodica del co-gemello in altre persone.

Secondo il Dott. William Emerson, pionere della psicologia peri-natale, tutte le esperienze del nostro ciclo vitale a partire dalla nostra prima cellula sono conservate dentro di noi. Secondo le sue teorie, le persone che hanno perso un gemello in utero manifestano dinamiche comuni, come ad esempio un inesprimibile e profondo senso di perdita, di disperazione, ostilità e rabbia in quanto occupandosi degli altrui bisogni il sopravvissuto nega i propri [10]. Si struttura un cronico sentimento di paura di subire di nuovo questa perdita, la quale viene controllata prendendo le distanze dagli altri, manifestando un'eccessiva timidezza e diffidenza, o al contrario instaurando relazioni simbiotiche di co-dipendenza. In tal modo si genera l'incapacità di formare legami in modo autonomo e l'attitudine alla sottomissione: *"Se non mi sottometto e non faccio quello che gli altri si aspettano da me, morirò"* [10].

2.1 La memoria pre e peri natale del gemello che resta

Gli embrioni hanno una memoria ed una sensibilità pre-natale, questo è possibile vederlo attraverso specifici strumenti e metodologie studiando in modo approfondito la vita intrauterina. Il feto ha una vita intrapsichica in stretta relazione con la madre e con l'ambiente in cui la stessa vive. All'interno dell'utero inizia a crearsi degli schemi interni inconsapevoli che si porterà per tutta la vita. L'embrione nell'utero è in grado di memorizzare, di apprendere, provare delle emozioni. L'essere umano sulla base delle esperienze pre-natali inizia a costruirsi una memoria pre-natale [13]. Negli anni '50 si pensava che un bambino fosse come un foglio bianco privo di emozioni e percezioni, non era concepibile che il periodo perinatale avesse ripercussioni a livello psicologico sul futuro nascituro, si pensava che il feto fosse un parassita non in grado di percepire il mondo circostante. La capacità di memorizzare gli eventi nella vita intrauterina e in quella immediatamente successiva al parto è stata per anni sottovalutata. Attualmente, invece, alcuni studi dimostrano che attraverso gli organi di senso, come ad esempio l'udito e il tatto, il feto apre dei canali con il mondo esterno che incidono sulla sua crescita [11]. Sulla base anche delle testimonianze di *"gemelli sopravvissuti"*, possiamo affermare che il feto è dotato di sensorialità, di vita psichica e di memoria. [10]. Il periodo prenatale possiamo definirlo come un periodo di apprendimento in cui svilupperà la capacità di elaborare gli stimoli circostanti. Con il termine apprendimento si intende un fenomeno psicologico fondamentale per l'evoluzione, riguardo una modificazione comportamentale che consegue a un'interazione ambientale. In tal caso specifico, per ambiente, si intende quello endouterino ed è il risultato di esperienze che conducono allo stabilirsi di nuove configurazioni in risposta agli stimoli esterni. Si può affermare quasi con certezza che il processo dell'apprendere e memorizzare inizi nel periodo prenatale, con-

siderando l'utero della mamma come un ambiente che aiuta ad accrescere l'esperienza e la conoscenza. Righetti, tra il 1995 e il 2001 [13], compie diverse indagini sperimentali nelle quali conferma che il nascituro è in grado di ricevere, elaborare e rispondere alle stimolazioni intra ed extra – uterine, che ha una vita psichica e che l'utero è un ambiente di apprendimento e di esperienza. Sin dall'epoca prenatale il bambino risponde a qualsiasi stimolo fastidioso con movimenti difensivi rapidi carichi di affettività. [13]

Attualmente abbiamo prove scientifiche che il feto ha delle sensazioni alle quali reagisce e di cui è in grado di ricordarsi più avanti, ciò viene confermato dal fatto che i feti hanno gli occhi chiusi sino agli ultimi due mesi di gestazione, prima di tale periodo riescono a percepire la luce e l'ombra al di là delle palpebre chiuse. Stanislav Grof, psichiatra americano, ha svolto delle indagini sulle esperienze perinatali e sull'impatto che queste hanno sul resto della vita. Ha condotto moltissime sedute terapeutiche facendo assumere ai suoi pazienti l'LSD, sostanza psichedelica che all'epoca era ancora legalmente consentita: molti di essi oltre alle esperienze legate al parto e alla vita pre-natale, hanno rivissuto il proprio concepimento e sono stati in grado di riferire in quale ambiente si trovavano i loro genitori e l'umore degli stessi al momento del parto [11]. Grof ha confrontato le informazioni fornite dai genitori con le esperienze raccontate dai suoi pazienti, e ha trovato una concordanza sorprendente. Gli Austermann, invece, avanzano l'ipotesi che esistano tre tipi di memorie, ovvero:

- memoria del campo morfogenetico: è indipendente dal vissuto delle persone; sono esperienze fatte da terzi possono diventare accessibili ad altri. Questo tipo di memoria si manifesta anche nel fenomeno delle costellazioni familiari. Attraverso questa tecnica hanno scoperto come si può avere accesso all'esperienza altrui stando a contatto con le immagini e le sensazioni che emergono, dando vita al "*campo cognitivo*" o "*memoria del campo morfogenetico*". [11]
- memoria extracorporea: riguarda un determinato tipo di esperienze fatte da una persona che avviene al di fuori dei cinque sensi. Ad esempio, alcune persone che sono ritenute clinicamente morte, hanno ricordi esatti e dettagliati della propria rianimazione e dell'ambiente circostante, tale esperienza può considerarsi come una fonte di percezione e di memoria fuori dal corpo.
- memoria corporea: indica il funzionamento del cervello e degli organi sensoriali che si basano su fatti concreti e sui risultati di varie ricerche.

I coniugi Austermann ipotizzano che oltre la memoria mnemonica dei neuroni del cervello, esiste una memoria cellulare. La memoria corporea è basata in parte sulle funzioni cerebrali e in parte su una rete di cellule presenti in tutto il corpo, che include il contatto epidermico con il gemello scomparso.

Un embrione dispone di diversi canali percettivi (udito, tatto, vista, gusto) che gli permettono di poter parlare del proprio vissuto pre-natale con molta precisione quando sono ancora bambini piccoli. Sono molti legati al vissuto della madre, assorbono ormoni e sostanze biochimiche da lei prodotte; gli embrioni gemellari sono molto legati l'uno all'altro, ciò che capita a uno dei due ha ripercussioni biochimiche sulle cellule dell'altro [11]. Mancina, invece, attraverso studi neuroscientifici fa rife-

rimento ad una memoria fetale implicita [15], che si pone quale "proto – funzione inconscia" sulla quale verranno a stratificarsi le esperienze sensoriali, affettive ed emozionali che caratterizzeranno la vita del neonato [16].

2.2 Le ferite emotive del gemello che resta

Le ferite emotive del Gemello che sopravvive possono essere molteplici, la maggior parte delle quali riguardano il senso di colpa [10]. Incolparsi per la morte del gemello è un meccanismo insidioso che mette in atto il co-gemello sopravvissuto punendosi, in tal modo, per una morte non causata da lui/lei.

In questo meccanismo di protezione e punizione si diventa ostaggi di sé stessi, ed entrano in scena la solitudine, l'abbandono, il mancato contatto. Aver perduto il contatto, la vicinanza e il sentirsi responsabili spinge a evitare le relazioni e il contatto emotivo e intimo con l'altro [13]. Scegliere di allontanare l'emotività e il "contatto pieno" dall'Altro potrebbe rappresentare un modo per punirsi e per evitare il dolore già vissuto in epoca peri-natale. Nel tempo poi compariranno ansia, desolazione, senso di vuoto e panico. Solamente attraverso la consapevolezza di ciò che è realmente accaduto l'individuo aiuterà se stesso a interrompere questo meccanismo disfunzionale. Il trauma della perdita del gemello si può trasformare in un bisogno di fare del male ad altri o a sé stessi. Il paziente lamenta un dolore emotivo non razionale e per tale motivo è difficile da sradicare, è caratterizzato da un senso di vuoto incolmabile e di mania nella ricerca del completamento del sé. È importante ricordare che non tutti i Gemelli sopravvissuti manifestano la "Sindrome del Gemello Che Resta"; tra i sintomi fisici più comuni la Civallero e la Rossi ne indicano alcuni: asimmetrie fisiche, scoliosi, mancinità, cefalee croniche, emicranie, epilessia, dislessia, disgrafia, discalculia, bulimia, anoressia, asma, eczema, cisti, vitiligine, discromie cutanee, verruche, teratomi, balbuzie, onicofagia, eterocromia iridea. Tali sintomi possono essere solo alcuni degli indizi per ipotizzare la presenza della "Sindrome del Gemello Che Resta" [10]. Se qualcuno ne soffre non vuol dire necessariamente che ha perso un gemello, le cause possono essere le più disparate e vanno verificate caso per caso [10].

Le ripercussioni psichiche di una perdita precoce, secondo i coniugi Austermann, [11] possono essere:

- Sensi di colpa: per aver avuto più fortuna dell'altro; per aver preso il posto dell'altro e quindi averne causato la morte, con conseguente difficoltà di affermarsi nella vita, di prendere un posto nel mondo; per aver divorato l'altro, può accadere in alcuni casi che il gemello scomparso venga inglobato da quello sopravvissuto che gli cresce intorno, e alcuni co-gemelli che restano sviluppano questa convizione interiore di aver divorato l'altro; per non essere riusciti a salvare il proprio gemello, per compensare la loro impotenza alcuni gemelli sviluppano un delirio di onnipotenza, convinti che avrebbero potuto salvarlo.
- Il senso di solitudine: frequente nei gemelli sopravvissuti, possono sentirsi soli e incompresi anche se circondati da amici, dalla famiglia, dai fratelli. Cercano

sempre il gemello perduto nelle persone che gli sono vicine, ma nessuno in realtà riesce a sostituire quel legame indissolubile con il gemello mancante.

- Affaticamento cronico e narcolessia: il desiderio di essere con l'altro tende a stancare fisicamente il sopravvissuto. Affaticamento e narcolessia lo proteggono dal dolore.
- Gelosia: il gemello che resta potrebbe essere colto da un profondo senso di paura e panico, mascherato da una rabbia che il partner troverà soffocante, soprattutto se, ad esempio, lo stesso non avrà rispettato gli orari o regole stabilite insieme, il gemello rivivrà il dramma vissuto nell'utero o alla nascita.
- Desiderio di morte per riunirsi al gemello perduto: alcuni gemelli hanno un legame così simbiotico con il proprio co-gemello che desiderano disperatamente di riunirsi a loro, scegliendo spesso uno stile di vita che gli faccia sfiorare la morte.
- Rapporti simbiotici;
- Difficoltà ad avere figli.

Le ripercussioni della perdita di un gemello nell'utero variano da caso a caso; ognuno trova in sé le risorse necessarie per affrontare al meglio il trauma subito che riveste ogni individuo con modalità e significati diversi. Alcuni eventi hanno come il potere per il gemello sopravvissuto di riattivare l'esperienza di perdita del co-gemello. [11] Coloro che restano manifestano la sindrome del gemello sopravvissuto, in particolar modo, nelle relazioni di coppia, dove il bisogno di vicinanza fisica estrema rispecchia l'esperienza pre-natale di due o più gemelli. Una persona su dieci che ha avuto un gemello, in genere cerca nel partner un'intimità specifica, una forma di complicità diversa da quella che cercano le altre persone.

Anche l'attaccamento con il proprio animale domestico è totalmente simbiotico, come se l'animale "sostituisse" quell'assenza che si fa presenza, in un'altra forma, del co-gemello morto.

Dar voce a questa forza è portare in luce tutte le parti di cui tutti i gemelli nati soli sono fatti, se risiede in sé l'eco del gemello potrebbe essere il momento di aiutarlo a manifestarsi in tutte le sue forme. In ogni momento della nostra vita possiamo cambiare il nostro passato. Le numerose testimonianze [11] raccolte dai coniugi Austermann, offrono elementi di riflessione su quanto sia diffusa la "*sindrome del gemello scomparso*" e su quanto il mondo scientifico non si sia ancora avvicinato del tutto a tale argomento.

3. Conclusioni

Alla luce di quanto detto fino ad ora sembra che la tragedia che accade ad un co-gemello nei primi giorni di vita riconduca a sentimenti di rabbia, lutto e senso di colpa, ma non sempre questi sentimenti sono spiegabili dalla "*Sindrome del Gemello scomparso*". Anche se di primo acchito i sensi di colpa e il senso di vuoto, di solitudine e di non completezza possono ricondurre a quest'esperienza credo sia importante fare un'accurata disamina di ogni caso per poter parlare di tale "*Sindrome*". È stato messo in evidenza come ricerche empiriche abbiano sottolineato quanto un lutto silenzioso

o trauma accaduto nel periodo peri-natale, o addirittura un blocco emotivo da parte della madre possa andare ad incidere sulle relazioni di attaccamento madre/bambino e ho ipotizzato quanto e in che modo possa essere influenzato il legame di attaccamento con la madre e la vita emotiva del gemello che sopravvive, in seguito alla morte del co-gemello. Quando un gemello entra in contatto con quello scomparso, il suo corpo potrebbe ricordare quanto è avvenuto all'interno dell'utero e dell'intima vicinanza che esisteva tra i due. Affrontare tale dolore non è facile, anzi i sentimenti derivati dalla consapevolezza potrebbero ripercuotersi per anni nella vita di una persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Ravaldi, C. (2012). *La morte in-attesa*. Verona: Iper testo Edizioni.
2. Iori, V. (2014). La morte nella nascita: l'assurdo inatteso e la domanda di senso. *Rivista sperimentale di freniatria*, 50.
3. La Rosa, V. (2019). Quando il dolore è indicibile. Riflessioni pedagogiche sul lutto in gravidanza. *MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni*, 136, 137.
4. Ravaldi, C., Vannacci, A. (2009). La gestione clinica del lutto perinatale. Strategie di intervento e linee guida internazionali. *Le cure in perinatologia*, 123.
5. La Rosa, V. (2019). Quando il dolore è indicibile. *MeTis-Mondi educativi. Temi indagini suggestioni*, 9(1), 127-143.
6. Favaro, A., Tenconi, E. (2010) The interaction between perinatal factors and childhood abuse in the risk of developing anorexia nervosa. *Psychol Med*.
7. Massaro, C. (2018). La base si-cura: attaccamento, patologia con il tuina pediatrico. Tesi di diploma in medicina classica cinese e tuina.
8. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
9. Weinstock, M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain, Behavior, and Immunity*.
10. Civallero, C., Rossi, M. L. (2018). *Il mio gemello mai nato*. Marene (CN): Uni Editori.
11. Alfred R. Austermann, B. A. (2010). *La sindrome del gemello scomparso*. Torino: Edizioni Amrita.
12. Beretta, E., Bonghi, I. (2003). *Aspetti Psicologici della gravidanza gemellare*.
13. Nutricati, A. S. (2009). La psicologia prenatale e il tempo. *Psicofenia*, 72,74,75.
14. Righetti, P.L., (2000) Non c'è due senza tre. Torino: Bollati Boringhieri.
15. Mancia, M. (2007). *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Milano: Springer Verlag.
16. Negri, R. (2020). *Personalità, memoria fetale e psicopatologia precoce*. In Antonio Imbasciati e Loredana Cena, *Psicologia Clinica prenatale babycentred. Come si costruisce la mente umana*. Milano: Franco Angeli.