



# phenomenajournal

Giornale ufficiale di  phenomena**hub**

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

VOL.5 N. 2 / LUG • DIC 2023

EDITORIALE

## Gestalt e scienza: il modello delle reti complesse applicato ai processi editoriali

di Enrico Moretto

Nel Volume 5, Numero 2 (2023) di “Phenomena Journal”, dedicato al quinto anniversario della rivista, l’editoriale si concentra sull’evoluzione del modello delle reti complesse in psicoterapia e sul processo editoriale dietro la sua pubblicazione.

Questo numero rappresenta il culmine di un progetto editoriale annuale nell’ambito dell’iniziativa “Open Science HUB: costruire la scienza del futuro, che ha coinvolto prestigiose istituzioni e scuole di specializzazione in tutta Italia. Il progetto Open Science HUB (OSH), si è concluso con un evento scientifico che ha visto la partecipazione di numerosi esperti del settore, tra cui il Prof. Gianni Francesetti.

Il progetto, con la partecipazione di: l’Istituto Gestalt Puglia (IGP), l’Istituto Gestalt Firenze (IGF), lo Studio di Psicoterapia BenessereNapoli, la Scuola Gestalt Torino (SGT), l’Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell’Individuo e della Comunità (A.S.P.I.C.), l’Istituto Encuentro de Gestalt de Uruguay e la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata (SiPGI), ha portato a una serie di contributi che enfatizzano l’importanza delle reti complesse nella comprensione delle nuove frontiere scientifiche applicate alla salute mentale.

L’accento posto sulla dimensione processuale delle fasi editoriali per la pubblicazione è stato fondamentale. L’integrazione del modello dei processi ha consentito di considerare le interazioni tra le diverse variabili e le fasi evolutive del percorso editoriale, aprendo la strada a nuove strategie di pubblicazione più mirate ed efficaci. Questo approccio di “campo” ha permesso di esaminare non solo il contenuto degli articoli ma anche il contesto e il processo dietro la loro creazione, offrendo una visione più completa del lavoro editoriale.

Il modello delle reti complesse, ecologico per sua natura (Figura 1), con la sua enfasi sulle connessioni e interdipendenze, ha trovato applicazione non solo nel contenuto degli articoli ma anche nel processo editoriale stesso, riflettendo la natura interconnessa e dinamica del lavoro di redazione di una rivista scientifica segnando un netto Prima e Dopo per il giornale.

In questa edizione è emerso quanto oltre a scrivere, sia importante partecipare alle revisioni, confrontarsi tra autori e soprattutto leggere i contributi dei colleghi. Creare maggiori connessioni vuol dire anche rendere più individuabili e riconoscibili i lavori scientifici di psicoterapia della Gestalt. Una proposta, emersa durante le giornate finali dell’edizione 2023, può essere di aggiungere l’acronimo GT (Gestalt Therapy) all’interno dei titoli che trattano di scienza e psicoterapia della gestalt, con la possibilità di essere maggiormente riconoscibili sui database che raccolgono gli articoli per aprirsi così al dialogo scientifico, insieme.

In conclusione, questo numero di “Phenomena Journal” non solo celebra il quinto anniversario della rivista ma anche il successo di un progetto editoriale che ha saputo

integrare sapientemente contenuto scientifico e processo editoriale, contribuendo significativamente al campo della psicoterapia e della ricerca scientifica. Questa edizione rappresenta un importante traguardo nella storia della rivista e pone le basi per futuri sviluppi e collaborazioni nel campo della psicoterapia e delle neuroscienze.

Figura 1



<b>INDICE</b>	<b>Autism Open Clinical Model (A- O.C.M.) <i>Struttura di un modello clinico integrato per la valutazione ed il trattamento dell'autismo</i> . . . . .</b>	<b>Pag. 1-14</b>
	<b>Depressione nell'Adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento: Prevalenza, Fattori di Rischio e Trattamenti: una revisione sistematica . . . . .</b>	<b>Pag. 15-29</b>
	<b>Un viaggio nella Gestalt: come cambia il benessere durante il percorso gestaltico . . . . .</b>	<b>Pag. 30-37</b>
	<b>SIDA-Sport, Identità ed Adolescenza: Verso la costruzione di un nuovo protocollo di valutazione . . . . .</b>	<b>Pag. 38-44</b>
	<b>Autismo, psicosi e disturbi del comportamento alimentare, tra comorbidità psichiatrica e diagnosi differenziale: una mini review . . . . .</b>	<b>Pag. 45-52</b>
	<b>Autismo di livello 1 e disturbo schizoide di personalità in età adulta . . . . .</b>	<b>Pag. 53-66</b>
	<b>Tra Natura e Psiche: introduzione all'Ecopsicologia e all'Ecopsicoterapia . . . . .</b>	<b>Pag. 67-76</b>
	<b>L'educabilità della cura: la responsabilità di 'attraversare cancelli' . . . . .</b>	<b>Pag. 77-92</b>
	<b>Psichedelici e legislazione europea: ricadute sociali e sanitarie tra proibizionismo e antiproibizionismo . . . . .</b>	<b>Pag. 93-108</b>
	<b>La sessualità nella psicoterapia della Gestalt (GT): una scoping review . . . . .</b>	<b>Pag. 109-123</b>
	<b>Psicoterapia blended: intervento integrato sul trauma . . . . .</b>	<b>Pag. 124-142</b>
	<b>Benessere digitale vs benessere nel digitale . . . . .</b>	<b>Pag. 143-148</b>

## IPOTESI E METODI DI STUDIO

**Autism Open Clinical Model (A- O.C.M.)***Struttura di un modello clinico integrato per la valutazione ed il trattamento dell'autismo*Flavia Morfini<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata**Citation**

Morfini F. (2023).  
Autism Open Clinical Model (A- O.C.M.)  
Struttura di un modello clinico integrato  
per la valutazione ed il trattamento  
dell'autismo  
Phenomena Journal, 5, 1-14.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.184>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**Flavia Morfini  
[flaviamorfini@virgilio.it](mailto:flaviamorfini@virgilio.it)**Ricevuto:** 17 febbraio 2023**Accettato:** 19 ottobre 2023**Pubblicato:** 20 ottobre 2023

## ABSTRACT

This work starts from the examination of the characteristics of the scientific literature concerning autism disorders and from the analysis of the needs of the autistic subject and his family. It focuses on the description of an integrated clinical model called Autism Open Clinical Model (A. - O. C. M.). It constitutes the hypothesis of a basic approach with which to face the evaluation and treatment of autism spectrum disorders. The A- O.C.M. represents an open system which, although starting from the integration of three models: applied behavioural analysis, Cognitive-behavioural Therapy and Gestalt Therapy, was designed to be enriched by contributions from other models and settings. It is a clinical model in continuous evolution which therefore constitutes an open system. The aim is to develop a scientific production and clinical practice characterized by a constant and profound work of comparison, integration and dialogue between scholars. It will be highlighted how this aspect, although essential to a scientific discourse, is, however, currently lacking.

Therefore, in the light of the state of the art of autism research, the basic structure of the model will be described. Starting from its epistemological premise, principles and characteristics will be defined. Finally, the clinical implications will be investigated.

## KEYWORDS

**Autism, integration, model.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro, che parte dall'esame delle caratteristiche della letteratura scientifica inerente i disturbi dell'autismo e dall'analisi dei bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia, è incentrato sulla descrizione di un modello clinico integrato che abbiamo denominato Autism Open Clinical Model (A-O.C.M.). Esso costituisce l'ipotesi di un'impostazione di base con la quale affrontare la valutazione ed il trattamento dei disturbi dello spettro autistico. L'A-O.C.M. rappresenta un sistema aperto che, pur partendo dall'integrazione di tre modelli: l'Analisi Applicata del Comportamento, la psicoterapia della Gestalt e l'orientamento Cognitivo- Comportamentale, è stato ideato per essere arricchito da contributi afferenti da altri modelli ed impostazioni. Il fine è sviluppare una pratica clinica caratterizzata da un costante e profondo lavoro di confronto, integrazione e dialogo tra gli studiosi. Si evidenzierà come tale aspetto, pur essendo imprescindibile da un discorso scientifico, è tuttavia, attualmente, carente. Si descriverà, pertanto, alla luce dello status dell'arte della ricerca sull'autismo, la struttura di base del modello. Partendo dalla sua premessa epistemologica si definiranno principi e caratteristiche. Infine, saranno approfondite le implicazioni cliniche.

## PAROLE CHIAVE

**Autismo, integrazione, modello.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. Premessa e finalità

Le linee guida internazionali individuano l'Analisi applicata del comportamento (ABA) quale trattamento d'élite per i disturbi dello spettro autistico di livello 2 e di livello 3 e la psicoterapia cognitivo comportamentale quale trattamento suggerito per l'autismo di livello 1 [1]. La ricerca scientifica evidenzia che gli studi evolucionistici e naturalistici che derivano dall'Aba rappresentano le ricerche maggiormente supportate dall'evidenza. Ciò mette in luce l'importanza di applicare l'Aba in un'ottica ecologica e attenta ai bisogni dell'individuo [2]. È fondamentale distinguere la ricchezza scientifica dell'Aba da come tale disciplina è, talvolta, intesa nella prassi clinica. Frequentemente, l'evoluzione concettuale dell'analisi applicata del comportamento è ignorata. Quest'ultima richiama, dunque, concetti di rigidità e punizione che non sono coerenti con le sue reali basi concettuali [3].

Tali fraintendimenti sono presenti anche sul piano dell'implementazione clinica con la conseguenza di un operato che non risponde realmente ai bisogni della persona autistica e della sua famiglia.

Le gravi ripercussioni sull'operare clinico sono dovute anche ad un aspetto di peculiare gravità: la divulgazione scientifica sull'autismo è molto più indietro della ricerca scientifica [4]. Ciò crea confusione e disorientamento nelle famiglie con autismo. Non vi è, frequentemente, un linguaggio comune tra i clinici. Le linee guida sull'autismo sono spesso ignorate dagli esperti che, non di rado, portano avanti la propria tesi sulla valutazione ed il trattamento dell'autismo senza alcun atteggiamento di tipo scientifico.

La scrivente, lavorando per numerosi anni nel contesto della riabilitazione, è entrata quotidianamente in contatto con il dolore dei genitori con figli autistici. Essi si percepiscono disorientati, non comprendendo, talvolta, a chi rivolgersi per una valutazione diagnostica e per una presa in carico. Non è sempre spiegato in maniera corretta ed opportuna (utile) il senso del feedback diagnostico. Succede che il figlio e loro stessi siano sottoposti a trattamenti senza la piena ed adeguata consapevolezza degli obiettivi. Sono prescritte indicazioni di tipo comportamentale che, spesso, non riescono ad ottemperare perché manifestano una forte resistenza la quale è frequentemente dovuta al rifiuto di accettare la diagnosi [5]. Tale resistenza non è sempre oggetto di trattamento ed il progetto terapeutico non è, talvolta, costruito ad hoc per uno specifico paziente e la sua famiglia. Sono troppi i progetti terapeutici che si assomigliano tra loro, procedure messe in atto in maniera schematica. Tale aspetto, in considerazione dell'elevata eterogeneità che caratterizza i disturbi dello spettro autistico, riveste carattere di peculiare gravità. I bisogni della persona con autismo, non essendo adeguatamente contenuti, invadono sempre più la famiglia ed il sistema in cui essa è inserita: insegnanti, clinici, istituzioni che assumono, infatti, modalità di tipo autistico caratterizzate dalla chiusura. In altre parole, questi sistemi non interagiscono in maniera costruttiva poiché non si aprono al dialogo e ad una concreta collaborazione di rete. Per tale ragione, il professionista che si occupa di autismo è, talvolta, sopraffatto da emozioni di tipo negativo che possono coinvolgere in un burnout

[6]. La conseguenza di ciò è la perdita del in reale contatto con il soggetto/famiglia ma la rigida aderenza alle proprie convinzioni scientifiche e cliché operativi. A nostro avviso, un rischio dell'operare clinico è, infatti, la tendenza a focalizzarsi su degli specifici aspetti del soggetto e del suo sistema in maniera predominante, perdendo, pertanto, di vista l'interessa dell'essere umano nella sua complessità. Il paziente è, dunque, visto in maniera scissa. Com'è noto, tale difficoltà nell'operazione di sintesi del totale degli elementi in un campo di conoscenza è una caratteristica percettiva-sensoriale tipica del soggetto autistico [7]. Altro aspetto importante da considerare è il sovraccarico economico delle famiglie: in modo particolare per i casi più gravi, vi è la necessità di un cospicuo numero di ore settimanali di terapie che il Sistema Sanitario Nazionale non riconosce. Ciò si traduce nella mancata possibilità, per le famiglie meno facoltose, di beneficiare di un trattamento idoneo [8]. I programmi eclettici appaiono basati sulla creatività dei clinici attraverso un modus operandi caratterizzato dalla creatività e meno dal rigore. In tal modo, succedono inevitabili condizioni: non si mette a disposizione della comunità scientifica il valore del proprio operato; l'implementazione clinica applicata in maniera non rigorosa non consente di avere adeguato controllo delle variabili e di valutare realmente l'efficacia del trattamento. Come Giacomo Vivanti sottolinea: un metodo eclettico condotto in maniera esperienziale e sprovvisto di un rigoroso inquadramento teorico non consente la comprensione e replicazione del metodo. Un'ulteriore lacuna presente sul piano scientifico è rappresentata dalle caratteristiche di frammentarietà della letteratura inerente i disturbi dello spettro autistico. Autori che esprimono concetti importanti non sempre proseguono il loro pensiero e discorso alla comunità scientifica. Sarebbe auspicabile un adeguato scambio comunicativo tra i clinici/ricercatori che si occupano di autismo. Il campo delle neuroscienze rappresenta un ambito di ricerca di particolare interesse[4]. Gli aspetti sui quali l'attenzione è maggiormente concentrata sono i seguenti:

- sviluppo senso-percettivo;
- funzione dei neuroni specchio.
- ruolo dei processi neurocognitivi nell'espressione comportamentale nella genesi e nello sviluppo di comportamenti ristretti e ripetitivi.

L'esame dei dati presenti in letteratura, documentati nelle linee guida nazionali consente, inoltre, di identificare i fattori correlati alla riuscita del trattamento. Essi sono:

- tempestività dell'intervento. Da ciò consegue l'importanza della diagnosi precoce.
- Intensità dell'intervento con un impegno di almeno 15/20 ore settimanali.
- Individualizzazione attraverso un programma " cucito su misura".
- Coinvolgimento attivo delle famiglie nell'implementazione del programma.
- Rapporto soggetto/operatori più basso possibile. Si predilige, pertanto, il rapporto 1:1 o il lavoro in piccoli gruppi.
- Programma che rispetta criteri di tipo evolutivo: nel lavoro sul processo di apprendimento del bambino autistico devono essere rispettate le sequenze evolutive che compaiono nello sviluppo normotipico. Tale aspetto è essenziale

quando si lavora con bambini molto piccoli oppure in una fase di curriculum iniziale.

- ❑ Progetto di intervento elaborato dai punti di forza e debolezza del soggetto al fine di potenziare le risorse e compensare le disabilità. Partire dai punti di forza pone l'accento sul rispetto della neurodiversità.
- ❑ Programma focalizzato sullo sviluppo delle autonomie e di preparazione alla vita adulta con focus sulla generalizzazione e mantenimento delle abilità acquisite.
- ❑ Intervento che prevede periodiche valutazioni e monitoraggio del piano di trattamento.
- ❑ Procedure accuratamente descritte che prevedono periodiche valutazioni [4].

I disturbi dello spettro autistico rappresentano dunque una problematica talmente complessa ed ampia che richiede, inevitabilmente, una visione di comprensione e trattamento dell'autismo altrettanto ampia ed articolata che tenga conto di tutti questi fattori.

La finalità del lavoro che presentiamo è, pertanto, andare incontro alle reali necessità delle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie proponendo un modello clinico integrato scientificamente orientato che rappresenti una presa in carico profonda e concreta. L'Autism Open Clinical Model è un modello di valutazione e trattamento incentrato sia su focus di tipo abilitativo/riabilitativo (con particolare riferimento all'autismo di livelli 2 e 3) sia di tipo psicoterapico (in riferimento all'autismo di livello 1).

## 2. Metodologia

L'elaborazione dell'A-O.C.M. è un lavoro in evoluzione iniziato alcuni anni fa. Negli articoli precedenti la scrivente ha iniziato a porre le premesse per la costituzione dell'A- O.C.M partendo dall'individuazione di una specifica logica integrativa quale principio guida per estrarre dall'Aba, dalla psicoterapia della gestalt e dalla psicoterapia cognitivo comportamentale gli aspetti salienti da integrare nel nostro modello [9]. Alla luce dell'esame di review sistematiche e di studi supportati dall'evidenza e sulla base dell'esperienza clinica della scrivente, sono stati, pertanto, identificati i "principi attivi" presenti in ciascuno di questi orientamenti. In altre parole, essi sono le variabili maggiormente coinvolte nell'efficacia del trattamento [10]. L'aspetto centrale del concetto di integrazione del nostro modello è la traduzione di processi intrapsichici e relazionali in termini comportamentali e, pertanto, misurabili scomponendo, viceversa, comportamenti in osservazioni fenomenologiche. Vi è una diversa accezione del significato di integrazione da quello di fusione. L'integrazione enfatizza l'interazione tra diversi sistemi teorici con conseguente arricchimento di visioni e strategie operative mentre il processo di fusione indica un passaggio successivo: essa si verifica nel momento in cui tali sistemi teorici formano un'unica entità. Nel nostro modello l'integrazione si concretizza in un *modus operandi* armonico in cui l'interazione tra le parti (diversi orientamenti) produce una visione "altra", una

fusione [9]. Si ritiene che l'individuazione delle variabili maggiormente coinvolte nell'efficacia del trattamento, possa costituire una ricchezza in quanto ha l'intuitiva conseguenza di tenere sotto controllo i possibili effetti collaterali presenti in un orientamento. Ogni modello teorico è per sua natura, inevitabilmente, riduttivo: sottolineare dei focus comporta non dare la stessa attenzione ad altri. Il principio integrativo del modello ha l'obiettivo di cogliere, senza snaturare, la ricchezza delle differenti visioni. Cogliere, inoltre, il linguaggio comune sotteso a diversi orientamenti mettendone in luce le diverse sfumature ed accezioni consente di arricchirsi di una visione particolarmente articolata ed ampia sul funzionamento del soggetto e dei sistemi in cui esso è coinvolto [9].

Lo step successivo di tale ragionamento è il focus sulla funzione di un comportamento. È stata evidenziata come la comprensione della funzione di un comportamento rappresenti l'*anello* che congiunge tutti gli orientamenti psicoterapici. Per tale ragione, l'accento è stato posto sulla significatività clinica della funzione di un comportamento mettendo in luce come l'Aba, la psicoterapia della Gestalt e la psicoterapia Cognitivo Comportamentale affrontano tale aspetto con linguaggi e strumenti diversi [11]. Nella fase di A.F. (analisi funzionale) l'utilizzo di un linguaggio che identifica concretamente le variabili responsabili del mantenimento di uno specifico comportamento è di più accesso alla comprensione rispetto ad un linguaggio più astratto e metacomunicativo. Allo stesso tempo, l'operazionabilità dei concetti e il conseguente utilizzo di una terminologia più concreta consente una maggiore sistematicità e controllo delle variabili oggetto di studio [12]. Ciò permette di raccogliere ed esaminare i dati per valutarne il grado di efficacia.

Nel presente articolo si descrive la struttura di base dell'A-O.C.M. nel suo impianto epistemologico attraverso la descrizione dei principi e delle caratteristiche. Da ciò si metteranno in luce le implicazioni cliniche di tale modello. L'intento di quest'articolo che rappresenta un'ipotesi di studio è, dunque, rendere chiara la premessa teorica del modello per poi definirne, in un successivo lavoro, protocolli e procedure di intervento.

### **3. Base teorica della metodologia utilizzata**

L'Autism Open Clinical Model si basa su principi di tipo filosofico e principi di tipo operativo dai quali derivano le caratteristiche principali del modello. L'individuazione di tali principi e caratteristiche è il risultato sia di un processo di riflessione sulle proprie esperienze professionali con soggetti autistici sia di un confronto con professionisti del settore attuato attraverso percorsi di studio e formazione.

#### *3.1 Principi filosofici e principi operativi*

I principi filosofici si basano sul pragmatismo in cui la validità delle ipotesi è valutata in termini di successo dall'applicazione pratica [13]. Di seguito sono rappresentate gli aspetti centrali:

- ❑ dubbio filosofico. Esso è la coscienza guida della scienza. Ha il significato

di interrogarsi continuamente sulla veridicità di ciò che è considerato come “fatto”. Da ciò consegue che la scienza in quanto tale deve essere sempre considerata sperimentale. Dialogo e confronto tra gli studiosi non dovrebbe, quindi, costituire una scelta derivante dalla propensione del singolo professionista ma, deve, necessariamente, essere condizione imprescindibile in un contesto clinico scientificamente orientato in cui la clinica non dovrebbe essere scissa dalla ricerca scientifica. Il nostro modello è, infatti, incentrato sulla stretta interdipendenza tra clinica e ricerca.

- ❑ Sperimentazione. Essa implica osservazione oggettiva con accurata descrizione dei fenomeni di interesse, quantificazione e valutazione. Da tale concetto deriva l'importanza di descrivere in termini operazionabili anche concetti complessi al fine di consentirne la replicazione e, dunque, la sperimentazione [14].
- ❑ Parsimonia: richiede che nell'esame di un processo siano prioritariamente prese in considerazione le spiegazioni più semplici per poi procedere ad esaminare spiegazioni gradualmente più complesse.

I principi operativi sono [15]:

- ❑ diritto alla diversità e al proprio modo originale di essere al mondo.
- ❑ Adattamento creativo dell'organismo all'ambiente con focus sul confine di contatto: modo in cui individuo e ambiente si influenzano reciprocamente.
- ❑ Principio della coerenza interna del proprio essere al mondo (bisogno della chiarezza del legame tra azioni ed obiettivi).
- ❑ Approccio centrato sulla percezione del presente, sulla consapevolezza e sulla responsabilità [16].
- ❑ Concetto di organismo come totalità corpo/mente con funzione autoregolatoria e tendente alla realizzazione con focus sui propri valori personali.
- ❑ Approccio fenomenologico in cui attraverso l'osservazione del comportamento si cerca di dare significato a quest'ultimo senza ricorrere a spiegazioni mentalistiche [17].
- ❑ La terapia clinica in senso ampio è, prima di essere scienza, arte. Un analista del comportamento, ad esempio, che “maneggia” uno specifico sistema di rinforzo sta agendo in base alla sua preparazione ed intuizione e, solo in un secondo momento, avrà l'evidenza dell'efficacia del suo trattamento. Allo stesso modo uno psicoterapeuta della gestalt che applica la tecnica dell'amplificazione emotiva attraverso la potenzialità dell'incontro fenomenologico, saprà, solo successivamente, se il suo intervento è stato efficace. Uno psicoanalista che utilizza un'interpretazione psicodinamica non può conoscere con certezza nell'istante in cui la impiega l'efficacia di ciò. Soltanto, in un secondo momento, si esamina il senso di queste artistiche implementazioni. La ricerca applicata alla psicologia clinica diventa, dunque, mezzo per canalizzare la creatività sul piano scientifico in cui il focus è sulla dimostrazione dell'efficacia dei trattamenti. Tale principio sottolinea il valore del confronto e dell'accoglienza di molteplici punti di vista.

- ❑ Focus sull'operazionalizzazione delle variabili oggetto di studio. Come descritto nel corso di questo lavoro, ogni variabile oggetto di studio deve essere espressa in termini concreti e misurabili [9]:

### 3.2 Caratteristiche principali del modello

- ❑ individuazione dei “principi attivi” quale logica integrativa che costituisce la messa a punto dei criteri di base del modello come precedentemente descritto nel paragrafo relativo alla base teorica della metodologia del modello.
- ❑ Prospettiva di tipo evolutivo in cui si mette in luce che il processo di apprendimento è il risultato di una relazione molto stretta tra ambiente, storia di apprendimento del soggetto ed influenze legate all'età. Ciò sottende tre aspetti: plasticità neurale in cui si sottolinea l'importanza di intervenire quando il bambino è ancora molto piccolo ed il suo cervello particolarmente plastico; necessità di lavorare in un contesto naturale al fine di favorire la generalizzazione dei cambiamenti; pivotal skills in cui per degli insegnamenti principali bisogna tener conto di sequenze di tipo evolutivo [18].
- ❑ Disponibilità all'accoglienza di molteplici punti di vista. Tale caratteristica si collega alla logica integrativa descritta sopra. Non vi è pregiudizio verso alcun tipo di impostazione: nessun orientamento fine a se stesso è più scientifico di un altro.
- ❑ Accento sulla tecnologia. La strutturazione articolata dell'A-O.C.M. dovuta alla ricchezza di una visione integrata rende opportuna la messa a punto di nuove tecnologie integrate e nuove letture di implementazione. L'intervento e le procedure utilizzate devono essere descritte in maniera chiara al fine di poter essere rigorosamente replicate (come sarà evidenziato nei nostri prossimi lavori). Tra gli obiettivi principali del modello vi è lo sviluppo della tecnologia informatica con funzione di coadiuvare il lavoro terapeutico favorendo i processi di generalizzazione dei risultati dell'intervento [19].
- ❑ Accento sull'analisi dei bisogni e sul processo di responsabilizzazione del sistema familiare. Nella prassi clinica vi è confusione tra analisi dei bisogni ed analisi della domanda. Le resistenze ad un trattamento possono e devono essere necessariamente elaborate e la motivazione stimolata. Un bisogno, tuttavia, non può essere indotto. Per tale ragione, nell'A- O.C.M. si sottolinea l'importanza di lavorare *per* e *con* il paziente su degli obiettivi che siano realmente condivisi.
- ❑ Accento sulla corretta informazione e divulgazione scientifica. È compito del professionista essere informato sulle normative dei soggetti con autismo e sullo stato dell'arte della ricerca sull'autismo divulgandone i contenuti.
- ❑ Artigianalità. Ogni progetto è cucito ad hoc e tiene in debito conto sia dei bisogni dell'individuo sia delle risorse. Succede, frequentemente, che, in funzione dei bisogni si prescrivano trattamenti che per ragioni di tipo economico, emotivo ed organizzativo la famiglia non riesce ad ottemperare. Compito del responsabile del piano di intervento e dell'equipe di lavoro è

individuare, insieme al soggetto autistico e alla sua famiglia, il carico sostenibile. L'attenzione è su un adeguato esame della relazione costi/benefici [4]. Applicatività. Il modello si focalizza su comportamenti significativi per l'individuo in termini di crescita personale e sociale. L'attenzione è la progressione verso quei comportamenti adattivi tipicamente esibiti dalle persone della stessa età e gruppo sociale di riferimento. In quest'ottica le priorità educative sono individuate sulla base di un criterio di funzionalità, in modo da promuovere l'autonomia della persona presa in carico e ridurre la dipendenza dalle figure di riferimento [14].

- ❑ Rispetto della neurodiversità che include un grado di adattamento del contesto alle esigenze dell'autismo [20].
- ❑ Operazionabilità. Il comportamento è l'oggetto fondamentale di studio poiché nell'Autism Open Clinical Model, così come descritto precedentemente, al fine di mettere a punto studi basati sull'evidenza scientifica, vi è l'impegno costante, a tradurre in termini operazionabili osservazioni fenomenologiche e viceversa. Da ciò deriva che il linguaggio utilizzato deve essere chiaro e riferirsi a caratteristiche osservabili non utilizzando etichette sommarie.
- ❑ Analiticità. L'A-O.C.M. si basa sulla presa dati nella fase di baseline e monitoraggio dei risultati, effettuata in maniera rigorosa attraverso probe intermedi, con frequenza programmata.
- ❑ Sistematicità. Risponde ai criteri di ordine, metodo, rigore. L'aspetto applicativo delle caratteristiche, come ad esempio i momenti intervizione e di supervisione ai vari livelli (responsabile del trattamento, assistente, terapeuta) deve essere applicate in maniera sistematica e quindi in modo organizzato. Il fine è chiaramente il controllo sulle variabili e l'aderenza a un modus operandi scientificamente orientato. L'obiettivo è l'identificazione e il controllo delle variabili oggetto di studio che si esprime attraverso l'utilizzo dell'A.F (analisi funzionale) il cui obiettivo è dimostrare la relazione tra la manipolazione di uno stimolo e l'emissione di un comportamento. Essa comporta che l'utilizzo di procedure e strumenti clinici utilizzati siano coerenti con i principi di base del modello. Nell'A-O.C.M. l'utilizzo della sistematicità non rappresenta il blocco della creatività del clinico ma è un modo per canalizzarla nella concretezza.
- ❑ Generalità. Il progetto terapeutico deve considerare le variabili coinvolte nella generalizzazione nel contesto naturale oltre a considerare gli effetti di durata e stabilità dell'intervento. Vanno dunque identificate le variabili responsabili della generalizzazione per elaborare un adeguato piano di intervento [12].
- ❑ Centralità del lavoro di rete e di equipe con definizione chiara (sebbene flessibile) di ruoli e funzioni. L'A- O.C.M. utilizza la strutturazione in equipe presente nel modello dell'analisi applicata del comportamento. Essa prevede la figura di un responsabile del trattamento, di uno o più assistenti che supportino il responsabile del trattamento nelle varie fasi della presa in carico e di uno o più tecnici addetti all'implementazione delle tecniche e

all'osservazione/registrazione dei dati. Investire sulla rete e valorizzazione delle risorse consente la sperimentazione di un protocollo di intervento meno intenso di quelli previsti in letteratura, che, in virtù di ciò, dia maggiore autonomia e libertà al soggetto. In base all'esperienza clinica della scrivente, con particolare riferimento al disturbo autistico di livello 1, la non totale strutturazione del tempo costituisce, infatti, un terreno fertile per lo sviluppo di un gesto o pensiero creativo.

#### **4. Implicazioni cliniche dell'A- O.C.M.**

L'A-O.C. M. accoglie la definizione di autismo elaborata da Giacomo Vivanti e collaboratori in cui l'autismo si configura come un deficit dell'apprendimento sociale [21]. Al fine di insegnare ai soggetti con autismo le abilità sociali l'allenamento all'imitazione ha un ruolo peculiare. Quest'ultima è, infatti, una pivotal skills poiché facilita l'apprendimento spontaneo in altre abilità.

L'imitazione è associata allo sviluppo delle capacità simboliche e di conseguenza allo sviluppo del gioco e del linguaggio perché ogni atto imitativo del bambino può essere considerato un atto simbolico. Quest'ultimo riflette, infatti, un'azione rappresentata mentalmente. Sviluppare le prime forme di imitazione significa dunque mettere le basi per la capacità di elaborare simboli. Per questa ragione, le ricerche sul processo imitativo e su come catalizzarlo rappresenta un campo notevolmente fertile. A tale proposito, l'intelligenza artificiale promette ampi sviluppi in questa direzione. Alcuni studi dimostrano, infatti, che i bambini con autismo hanno prestazioni migliori nell'imitare azioni compiute da robot poiché gli strumenti tecnologici elaborano stimoli semplificati [22]. La difficoltà nell'elaborazione degli stimoli è il risultato di una diversa percezione degli oggetti del mondo fisico e sociale. Come sappiamo, i soggetti con autismo soffrono, frequentemente, di ipersensorialità la quale produce un'emozione molto dolorosa quale l'assalto sensoriale. Il soggetto si sente letteralmente aggredito dalla quantità di stimoli proveniente dal mondo fisico e sociale. Nei progetti terapeutici è dunque fondamentale l'educazione percettiva mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti specifici da valutare in base al caso. Per soggetti con autismo, in maniera particolare di livello 2 e 3, l'educazione sensoriale può essere efficacemente supportata da dispositivi tecnologici. A tale proposito, citiamo il lavoro di Yoon Park e di Janghoon Yang i quali hanno ideato un software finalizzato a sviluppare una corretta percezione visiva dei bambini con autismo. L'obiettivo è migliorare l'attenzione congiunta e sviluppare un senso di esperienza condivisa. Tale programma consente ai soggetti autistici di imitare "step by step" gli oggetti in primo piano e poi sullo sfondo. In tal modo si offre l'opportunità di potenziare adeguatamente lo spostamento e la messa a fuoco. In altri termini, partendo dal processo attentivo, si sviluppa nella persona autistica una maggiore flessibilità percettiva [4]. Con persone autistiche di livello 1 ed adeguato livello cognitivo, il colloquio psicoterapico, il cui focus è sulla denominazione/differenziazione delle emozioni, è lo strumento privilegiato [23]. Il fine è guidare il paziente ad una modalità percettiva

meno caotica e più organizzata. In altri termini, si aiuta quest'ultimo ad individuare la propria modalità di entrare in contatto con gli stimoli senza sentirsi sopraffatto autoregolando le proprie emozioni [4].

La letteratura scientifica non approfondisce in maniera adeguata i processi percettivi e sensoriali nell'autismo [24]. Le autodescrizioni sono criticate dai ricercatori in quanto non essendo documenti oggettivi non consentirebbero una verifica sperimentale. T. Grandin, a tale proposito, sostiene: "Ma è proprio questo il punto". L'osservazione oggettiva dei comportamenti può fornire informazioni importanti, ma solo una persona che soffre di sovraccarico sensoriale può dirci "cos'è in realtà" [25].

Come sostiene la stessa autrice, al fine di comprendere i processi percettivi/sensoriali l'evoluzione della tecnologia può facilitare l'utilizzo delle autodescrizioni che ci permettono di esplorare la differenza tra il comportamento manifesto e come, invece, è percepito dal soggetto [25].

L'assalto sensoriale è un'emozione comune a molte condizioni cliniche e disturbi psicopatologici. Ciò amplifica la difficoltà di una corretta diagnosi di autismo (diagnosi differenziale) e la difficoltà ad individuare la compresenza di altre patologie (aspetto relativo alla comorbidità psichiatrica).

L'Autism Open Clinical Model sottolinea che, al fine di avere chiarezza del quadro clinico del nostro assistito, l'esame dei meccanismi di difesa è il fulcro centrale. Tale analisi si focalizza sull'individuazione delle modalità difensive che il soggetto autistico mette in atto per fronteggiare l'angoscia derivante dalla disregolazione percettiva. Ad esempio, si valuta qual è il comportamento di un bambino autistico nei confronti del pianto di una madre, qual è la sua percezione in termini di contenuto e di modalità. È fondamentale analizzare i sintomi partendo da come si sono originati e pertanto approfondire le caratteristiche del processo difensivo [26]. Le modalità con le quali il paziente mette in atto modalità difensive si rendono esplicite nella dinamica della relazione terapeutica. Il clinico deve porsi la domanda: "*cosa produce la relazione con il suo assistito? In che modo avviene l'influenza reciproca?*". In termini gestaltici, l'attenzione è sul confine di contatto (uno dei principi chiave sul quale l'A-O.C.M. è incentrato). La relazione autentica con il paziente è all'origine di un operare clinico creativo (sebbene rigoroso) che caratterizza questo modello. Il terapeuta si pone, infatti, in una dimensione di apertura e profonda accoglienza, lontana da pregiudizi. Ad esempio, è necessario accogliere lo stile comunicativo del paziente, anche le stereotipie cercando di trasformarle in un'occasione di contatto. "Tu ami qualcosa ed io cerco di capire, a sensazione, il piacere che ti procura per cercare di renderlo sociale, relazionale" [27].

- ❑ È opportuno, dunque, percepire la qualità del contatto con il paziente. In altri termini, è importante comprendere le caratteristiche del processo di pairing che, nel nostro modello, ha un significato più articolato rispetto a come è inteso nella terminologia comune dell'Aba.
- ❑ Il pairing, nel linguaggio dell'Analisi Applicata del Comportamento, è una procedura in cui il terapeuta effettua un intervento sugli antecedenti condizionando il contesto e se stesso come stimolo piacevole per il bambino.

Tale operazione, ripetuta più volte, fa sì che la mera presenza dell'operatore sarà rinforzante per il bambino [12]. Il focus è, per tale ragione, esclusivamente sul bambino.

- Nell'A-O.C.M il pairing non è esclusivamente quanto il terapeuta è rinforzante per il paziente ma anche quanto quest'ultimo è rinforzante per il terapeuta. Aspetto centrale è dunque la relazione.

È fondamentale la capacità di mettersi in gioco, di sperimentarsi e di accogliere il "nuovo" anche in riferimento alla propria identità professionale ed agire clinico. Ciò richiama uno dei principi del nostro modello integrato: la ricerca clinica è un processo artistico. Aprendoci profondamente al rispetto della diversità, possiamo realmente accogliere le emozioni dei nostri assistiti non definendo le loro emozioni secondo i nostri codici. Ad esempio, nella pratica clinica si incontrano, spesso, genitori e familiari che negano l'autismo del figlio. Tale negazione è frequentemente la manifestazione di un meccanismo di difesa: la necessità di sperare che il proprio bambino abbia una vita felice e normale. "Aspettative ed obiettivi irrealistici che i genitori hanno sui figli devono essere inquadrati, pertanto, nell'ottica dell'amore e della speranza e non della negazione" [5]. È compito del clinico, pertanto, comprendere qual è il modo migliore per coinvolgere i familiari dopo che è stata comunicata la diagnosi.

Il momento in cui i genitori hanno appreso la diagnosi richiede impegno ed attenzione clinica anche quando sono trascorsi molti anni dalla comunicazione della diagnosi poiché questo evento è all'origine di emozioni fortemente traumatiche. La consapevolezza che il proprio bambino è autistico produce l'avvio di un processo di lutto del figlio che avevano immaginato. Ogni sintomo del bambino ha una specifica conseguenza nella vita di un genitore. È necessario approfondire come ciò si evolve nel corso dello sviluppo.

Nell'eventualità sia presente un fratello a sviluppo tipico, è importante, inoltre, comprendere se quest'ultimo vuole essere coinvolto nel programma di trattamento. Non bisogna dare per scontato che il bene migliore per i fratelli sia vivere la propria vita in maniera libera dal carico autistico valutando l'opportunità di caso per caso [5] in linea con l'"artigianalità" di ogni progetto di terapia, una delle caratteristiche prioritarie del modello.

## Conclusioni

*"Quelli che s'innamorano della pratica senza la scienza son come il cocchiere, che entra in naviglio senza timone o bussola, che mai ha la certezza di dove stia andando". Leonardo Da Vinci*

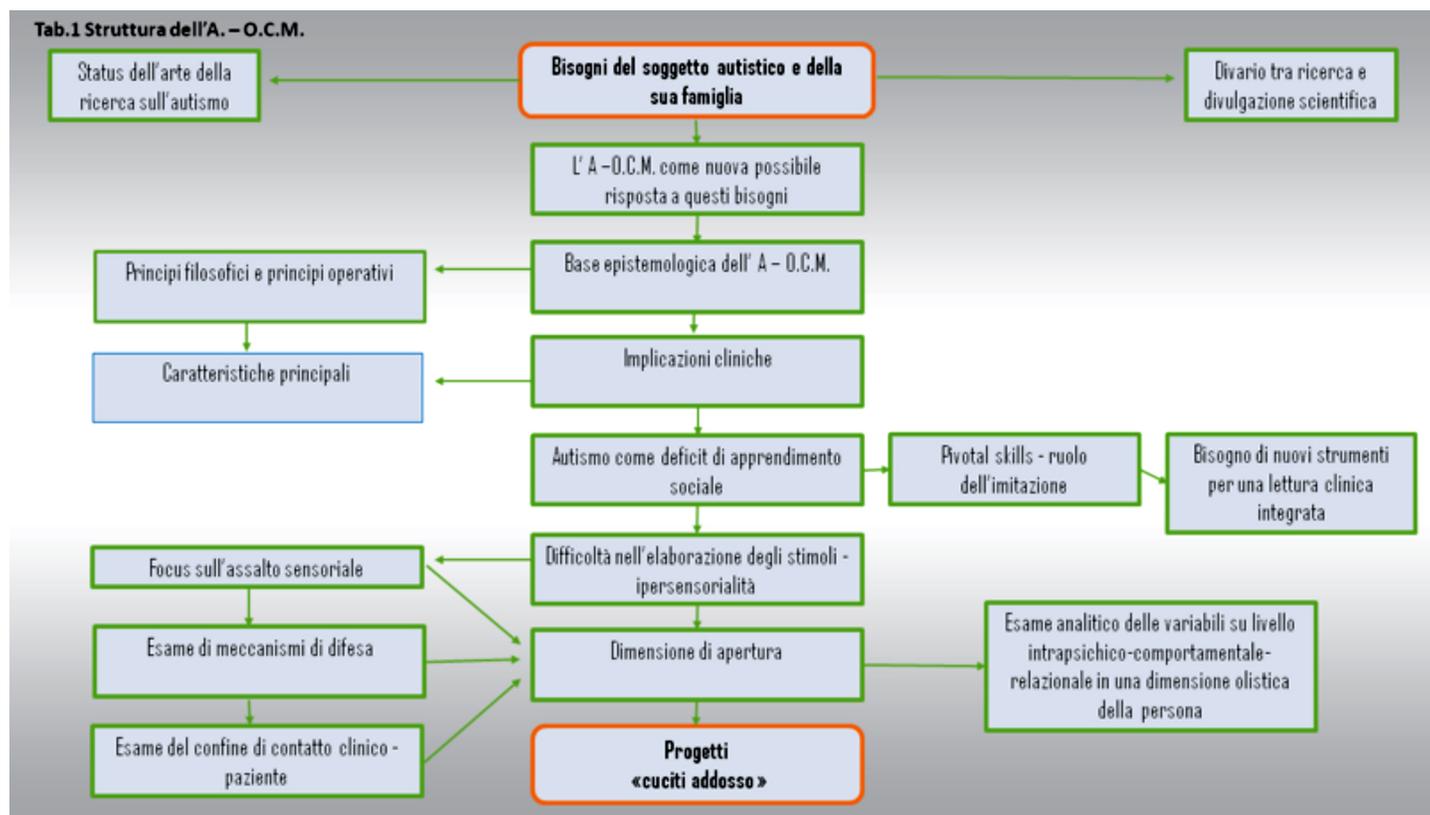
Come si è evidenziato nel manoscritto, l'Autism Open Clinical Model rappresenta la valorizzazione dello studio e della ricerca. Per poter realmente arricchire il mondo scientifico delle proprie esperienze professionali abbiamo dunque bisogno di ordinare, sistematizzare ciò in un sistema epistemologico di tipo analitico. Per farsi che

il mondo professionale arricchisca il nostro pensiero e modo di operare clinico è essenziale, viceversa, “uscire” da questo sistema epistemologico e confrontarci. Per questa ragione l’A- O.C.M. nasce e sarà sempre un modello sperimentale, aperto e flessibile. Ciò lo rende generativo di pensieri poiché dal confronto si genera pensiero. La costituzione di questo modello rappresenta, pertanto, lo stimolo per la sua evoluzione: nasce proprio per essere arricchito da contributi di altri studiosi.

Si è messo in luce come tale impostazione abbia una base teorica-scientifica di elevata significatività, la quale rende opportuno l’approfondimento e l’applicazione dell’Autism Open Clinical Model su larga scala sia nella pratica clinica sia di formazione e ricerca. Alla luce di tale necessità sarà successivamente presentato un lavoro in cui descriveremo i protocolli di intervento che stiamo implementando su soggetti autistici con diversi livelli di funzionamento. Come afferma un noto ricercatore dei disturbi dello spettro autistico: “la complessità dell’autismo ci impone di informarci continuamente su nuovi dati e nuove ipotesi, di mettere da parte quello che davamo per assodato e di mettere in dubbio principi ed egemonie culturali” [4].

### **Appendice - TAB.1.**

Nello schema di seguito riportato sono rappresentati i punti chiave della struttura dell’A.-O.C.M. Essa si basa sull’esame dei bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia attraverso la valutazione di due variabili principali: lo status dell’arte della ricerca sull’autismo ed il divario tra ricerca e divulgazione scientifica. La base epistemologica del modello è costituita da principi che fanno riferimento a caratteristiche fondamentali. Da ciò derivano implicazioni cliniche che hanno come focus il concetto di autismo quale deficit di apprendimento sociale. Ciò sottintende il ruolo delle pivotal skills e la necessità di avvalersi di nuovi strumenti clinici per una lettura integrata. Il deficit di apprendimento sociale pone il focus sulla difficoltà nell’elaborazione degli stimoli con la conseguente sensazione di “assalto sensoriale” quale aspetto presente in svariate condizioni psicopatologiche. Al fine di una corretta comprensione degli elementi di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica l’esame dei meccanismi di difesa diventa pertanto, centrale. Esso include l’analisi del confine di contatto terapeuta-paziente. Quanto messo in luce sottolinea la lettura approfondita delle variabili sui vari livelli: intrapsichico, relazionale, comportamentale in una dimensione di interazione reciproca individuo-ambiente. Tale condizione di apertura crea le condizioni per l’elaborazione di progetti concretamente “*cuciti addosso*”.



## BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 24/2017, art.5. *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida.*
2. Martin, G. & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento.* Stati Uniti: McGrall Hill Edition.
3. Zamboli A. (2021). *L'Analisi del Comportamento Applicata: Tra ricchezza e cattive prassi.* Phenomena Journal. Sora: Marpedizioni.
4. Vivanti, G., Cornoldi, C. (2021). *La mente autistica.* Firenze: Hogrefe Editore.
5. Fische, K.E. (2017). *Autismo e famiglia.* Roma: Giovanni Fioriti Editori.
6. Shoman, Y., El May, E., Marca, SC, Wild, P., Bianchi, R., Bugge, MD, ... & Guseva Canu, I. (2021). *Predittori del burnout professionale: una revisione sistematica.* Rivista internazionale di ricerca ambientale e salute pubblica, 18 (17), 9188.
7. Bogdashina, O. (2013). *Autismo e spiritualità.* Firenze: Giovanni Fioriti Editore (2016).
8. Lavelle T A, Weinstein MC, Newhouse JP, Munir K A, Prosser LA. (2014). *Economic burden of childhood autism spectrum disorders.* Pediatrics.
9. Morfini, F. (2020). *Il disturbo autistico ad alto funzionamento: Criteri per un modello clinico integrato.* Phenomena Journal- rivista internazionale di psicopatologia, neuroscienze e psicoterapia. Sora: Marpedizioni.
10. Schopler, E. (2003). *Trattamento per l'autismo dalla scienza alla pseudoscienza all'antiscienza.* Giornale di ricerca clinica e psicoeducativa. Vol.1 e 3. Trento: ediz. Erickson.
11. Morfini, F. (2021). *I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato.* Phenomena Journal-rivista internazionale di psicopatologia, neuroscienze e psicoterapia. Sora: Marpedizioni.
12. Corradori, G. & Sangiorgi, A. (2017). *L'analisi funzionale del Comportamento. Principi metodi e tecniche.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.a.

13. Calcaterra, R.M., Maddalena, G. (2015). *Il Pragmatismo. Dalle origini agli sviluppi contemporanei*. Roma: Carocci.
14. Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behaviour*. New York: Appleton-Century, Crofts.
15. Polster, E. & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Milano: Giuffrè.
16. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
17. Bèjà, V. (2020). *L'atteggiamento fenomenologico in una prospettiva di campo: un punto di vista sulla psicoterapia della Gestalt contemporanea*. Milano: FrancoAngeli.
18. Tambelli, R. (2012) *Psicologia clinica dell'età evolutiva*. Bologna: Casa Editrice il Mulino.
19. Morfini, F., Durante, S., Ammendola, A., Moretto, E., Stanzione, R., Ragozzino, O., Mosca, L., L., Cioffi, V., Maldonato, N., M., Muzii, B., De Lucia, N., Sperandeo, R. (In fase di pubblicazione). *Domotica e Analisi Comportamentale Applicata: lo sviluppo del mand nell'ambiente naturale*. Milano: Springer.
20. Faggioli, R. & Lorenzo, J.S. (2014). *Dentro l'autismo*. Milano: FrancoAngeli.
21. Vivanti, G. & Salomone, E. (2016). *L'apprendimento nell'autismo*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
22. Yoon, P., Janghoon Y. (2019) *Efficacy of Gestalt Visual Motor Integration Learning (GVMIL) to Improve Visual Perception in Children with Autism* · Seul Korea: Department of New Media, Institute of Technology.
23. Attwood, T. (2007). *Guida completa alla sindrome di Asperger*. Milano: Ediz. Edra (2018).
24. Narzisi, A. & Muratori, F. (2018). *Riflessioni sulla dimensione spirituale dell'autismo: tra ipersensorialità e ridotta influenza dei priors cognitivi*. Quaderni di Gestalt. Milano: FrancoAngeli.
25. Grandin, T. (2013). *Il cervello autistico*. Bologna: Adelphi Edizioni.
26. D'Angelo V. (2021). *La funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento: necessità di nuovi riferimenti diagnostici valutativi*. Phenomena Journal. Sora: Marpedizioni.
27. Daniele, P. (2018). *L'attesa dell'angelo, costruire comunicazioni con soggetti autistici*. Spiragli nello Spessore del silenzio. Sora: Marp Edizioni.

SYSTEMATIC REVIEW

# Depressione nell'Adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento: Prevalenza, Fattori di Rischio e Trattamenti: una revisione sistematica

Francesco Marino<sup>1</sup>, Angela Ammendola<sup>1</sup>, Simona Durante<sup>1</sup>, Salvatore Di Donna<sup>1</sup>, Flavia Morfini<sup>1</sup>, Rosalia Brancati<sup>2</sup>, Marta Luongo<sup>2</sup>, Luca Cacciapuoti<sup>2</sup>, Marica Gallo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy

<sup>2</sup> Ricercatori indipendenti



## Citation

Marino F., Ammendola A., Durante S., Di Donna S., Morfini F., Brancati R., Luongo M., Cacciapuoti L., Gallo M. (2023).

Depressione nell'Adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento:

Prevalenza, Fattori di Rischio e Trattamenti: una revisione sistematica  
Phenomena Journal, 5, 15-29.

<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.198>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Francesco Marino  
[francescomarino119@gmail.com](mailto:francescomarino119@gmail.com)

**Ricevuto:** 19 ottobre 2023

**Accettato:** 9 novembre 2023

**Pubblicato:** 23 novembre 2023

## ABSTRACT

**Background:** This study explores the connection between High-Functioning Autism Spectrum Disorder (ASD) and depression in adults. Adults with ASD have a 4-fold higher risk than the general population of developing depression, due to factors such as deficits in Theory of Mind, social isolation, sleep disturbances, and suicidal ideation. While some cognitive and mindfulness-based therapies may help, diagnostic challenges and medication sensitivity complicate management. The aim of this systematic review is (1) to assess the extent of depressive symptomatology among adults with high-functioning autism and (2) to identify specific risk and protective factors associated with the development of depression in adults with high-functioning autism. **Methods:** This systematic review, following PRISMA guidelines, analyzed the comorbidity of depression in adults with high-functioning autism; 18 articles were included in the analysis at the end of the review. **Discussions:** Adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) are at high risk for depression. Depression can be influenced by autistic traits, complicating the picture. Some risk factors include executive function difficulties, Theory of Mind and facial recognition problems, social isolation and social difficulties, sleep disturbances, and an increased risk of suicide. Further research is needed to understand protective factors and effective treatments for depression in individuals with ASD.

## KEYWORDS

**Autism spectrum disorder; High functioning autism; Depression; Comorbidity; Adulthood.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

**Background:** Questo studio esplora la connessione tra il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva e la depressione negli adulti. Gli adulti con ASD hanno un rischio 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare depressione, a causa di fattori come deficit nella Teoria della Mente, isolamento sociale, disturbi del sonno e ideazione suicidaria. Mentre alcune terapie cognitivo-comportamentali e quella basata sulla mindfulness possono aiutare, le sfide diagnostiche e la sensibilità ai farmaci complicano la gestione. L'obiettivo di questa revisione sistematica è (1) valutare in che misura è diffusa la sintomatologia depressiva tra gli adulti con autismo ad alto funzionamento e (2) identificare i fattori di rischio e protettivi specifici associati allo sviluppo della depressione negli adulti con autismo ad alto funzionamento. **Metodi:** Questa revisione sistematica, in linea con le linee guida PRISMA, ha analizzato la comorbilità della depressione negli adulti con autismo ad alto funzionamento; alla fine della revisione sono stati inclusi 18 articoli nell'analisi. **Discussioni:** Gli adulti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) hanno un alto rischio di depressione. La depressione può essere influenzata dai tratti autistici, complicando il quadro. Alcuni fattori di rischio includono le difficoltà nelle funzioni esecutive, problemi di Teoria della Mente e riconoscimento facciale, isolamento sociale e difficoltà sociali, disturbi del sonno e un rischio aumentato di suicidio. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere i fattori protettivi e i trattamenti efficaci per la depressione in individui con ASD.

## PAROLE CHIAVE

**Disturbo dello spettro autistico; Autismo ad alto funzionamento; Depressione; Comorbidity; Età adulta.**



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

## Introduzione:

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è una condizione legata al neurosviluppo caratterizzata da un persistente e significativo deterioramento nel dominio socio-comunicativo, insieme a pattern di comportamento, interessi e attività ristretti e ripetitivi [1]. Negli ultimi anni, c'è stato un crescente riconoscimento degli adulti con autismo di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva (ad alto funzionamento), che presentano abilità cognitive e competenze linguistiche relativamente conservate. Fattori quali le funzioni esecutive compromesse, la difficoltà nella Teoria della Mente (ToM), l'isolamento sociale, le difficoltà del sonno e l'ideazione suicidaria contribuiscono all'aumento del rischio di depressione in questa popolazione. Gli studi dimostrano che le funzioni esecutive avanzate possono attenuare i sintomi depressivi negli adulti con ASD, indicando che una comprensione approfondita delle proprie difficoltà può migliorare il benessere emotivo. Inoltre, la ToM affettiva e il riconoscimento facciale risultano essere cruciali nell'empatia e nella percezione sociale, ma sono spesso deficitari negli individui con ASD, contribuendo così all'isolamento sociale. I disturbi del sonno, noti per peggiorare i sintomi dell'ASD, sono anche fortemente associati alla depressione. La ricerca mostra un aumento significativo dell'ideazione suicidaria tra gli adulti con ASD, con il rischio di suicidio quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale.

Sebbene siano stati identificati alcuni fattori di protezione, come il supporto sociale post-diagnostico e le terapie assistite dagli animali, le criticità nel processo diagnostico dell'ASD persistono. Molti adulti con ASD sono stati diagnosticati con disturbi psichiatrici atipici, rendendo difficile una gestione efficace della depressione. In termini di trattamento, le terapie cognitivo-comportamentali e quelle basate sulla mindfulness hanno dimostrato di essere efficaci nel mitigare i sintomi depressivi negli adulti con ASD. Tuttavia, rimangono sfide nel trattamento farmacologico, poiché gli individui con ASD possono essere più sensibili agli effetti collaterali dei farmaci antidepressivi. L'obiettivo di questa revisione sistematica è (1) fino a che punto è diffusa la sintomatologia depressiva tra gli adulti con autismo ad alto funzionamento? e (2) quali sono i fattori di rischio e protettivi specifici associati allo sviluppo della depressione negli adulti con autismo ad alto funzionamento?

Attraverso una sintesi completa della letteratura esistente, miriamo a ottenere una comprensione più approfondita dell'interazione complessa tra queste due condizioni, gettare luce su potenziali fattori di rischio ed esplorare specifiche caratteristiche cliniche che potrebbero informare interventi mirati e strategie di supporto.

## Metodi

Questa revisione sistematica è stata condotta seguendo la procedura di ricerca e selezione degli studi stabilita nelle linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)[2].

## Strategia di ricerca

I database consultati sono stati MEDLINE Complete, CINAHL Complete, APA PsychArticles e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Le parole chiave utilizzate sono le seguenti: «high functioning autism in adults» AND «mental illness or mental health or mental disorder or psychopathology or psychological disease» AND «depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder» AND «comorbidity or comorbidities or cooccurrence» AND «factors or causes or influences or reasons or determination or predictors or contributors».

## Criteri di inclusione/esclusione

Gli articoli sono stati inseriti se soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione: (1) pubblicati su una rivista con revisione paritaria; (2) adulti; (3) alto funzionamento; (4) scritti in inglese. Criteri di esclusione: (1) assenza del testo completo; (2) recensioni/protocolli/tesi; (3) articoli che trattavano solo dati sociodemografici/socioeconomici; (4) articoli che riportavano solo parametri medici; (5) articoli che non affrontavano almeno una delle domande di ricerca.

## Raccolta Dati

La raccolta dei dati è stata effettuata utilizzando moduli pre-pilota. Sono state raccolte le seguenti informazioni: Identificazione dello studio (Primo autore, Anno, Citazione, Paese, Regione; Periodo di raccolta dei dati); Caratteristiche della popolazione (Dimensione del campione, Età, Genere, Etnicità); Disegno dello studio (Quantitativo, Qualitativo, Metodi misti); Argomenti investigati; Esito di interesse; Fattori di rischio (deficit delle funzioni esecutive; deficit della teoria della mente e del riconoscimento facciale; isolamento e difficoltà sociali; disturbi del sonno; tendenza al suicidio); Fattori protettivi (nessuno); Fattori di inclusione sociale (nessuno); risultati principali.

## Procedura

RB, LC, MG e ML hanno sviluppato la ricerca bibliografica. I duplicati sono stati rimossi e i titoli/gli abstract sono stati esaminati in modo indipendente da quattro ricercatori (RB, LC, MG, ML) per valutarne la rilevanza. Successivamente, è stata scelta una selezione di articoli per la lettura del testo completo ed è stato stabilito il set finale per l'inclusione. Eventuali discrepanze sono state discusse e risolte attraverso il confronto. La valutazione e la sintesi dei dati sono state eseguite in modo narrativo.

## Risultati

In totale, sono stati identificati 606 articoli, di cui 247 sono stati rimossi a causa di duplicazioni. Successivamente, sono state esaminate 359 singole citazioni valutando i titoli/gli abstract, e 278 articoli sono stati rimossi in quanto considerati non perti-

menti. Dopo una valutazione accurata degli 81 articoli rimanenti, 49 sono stati eliminati perché non soddisfacevano i criteri di inclusione. In conclusione, sono stati inclusi nell'analisi finale 18 studi (Figura 1). La maggior parte degli studi ha utilizzato un metodo quantitativo, alcuni hanno utilizzato una metodologia qualitativa (interviste/focus groups), e uno studio ha applicato un approccio misto.

## Discussioni

### Prevalenza (e genere)

Gli individui affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) mostrano una suscettibilità notevolmente elevata a manifestazioni di depressione in confronto agli adulti con sviluppo neurotipico. In particolare, la percentuale di soggetti con ASD che presentano disturbi psichiatrici si attesta al 79%, mentre tale prevalenza si colloca significativamente al di sotto, pari al 40%, nella popolazione generale [3].

In uno studio condotto da Jordan et al. [4] sono state indagate le esperienze di *low mood* e depressione in adulti autistici attraverso strumenti di natura qualitativa (mood diary settimanale + intervista semistrutturata con metodo IPA). Dai risultati è emerso che la popolazione adulta affetta da ASD ha un rischio 4 volte maggiore di sperimentare la depressione rispetto alla popolazione generale. La depressione, a sua volta, può anche essere esacerbata dalla presenza stessa di tratti autistici. Ad esempio, una rigidità cognitiva, una maggiore tendenza a comportamenti ripetitivi, e difficoltà nello “*shifting*”, può aumentare il rischio di ruminazione [5][6]. Sintomi depressivi e tratti autistici possono quindi interagire: l'aumento di sintomi depressivi può condurre a peggioramenti osservabili dei tratti autistici.

Sebbene il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) sia generalmente considerato come un disturbo con stabilità diagnostica, vi sono fluttuazioni nella severità della patologia lungo il corso della vita dell'individuo. Partendo dal presupposto che l'iter diagnostico risulta essere molto complesso e lungo, uno studio condotto da White, S.W et al. [8] ha rivelato che i partecipanti sottoposti a tale iter diagnostico, nei casi in cui non rispettavano i criteri diagnostici per l'ASD, hanno manifestato, nei successivi 7 anni, la presenza di altri disturbi psichiatrici. Va sottolineato che non esiste una relazione lineare tra la severità dei sintomi autistici e la presenza di comorbidità psichiatriche, poiché tale interazione è estremamente complessa. Tuttavia, questo studio ha identificato che i tratti autistici predicevano positivamente la probabilità di superare la soglia diagnostica per il disturbo dell'umore, in modo coerente con la ricerca esistente, che indica alti tassi di depressione tra i soggetti con ASD. Tale predizione è moderata dal genere: si è osservato che donne con tratti autistici più pronunciati risultano essere coloro che con maggior probabilità soddisferanno i criteri per la diagnosi di depressione. [8]

### Fattori di rischio

#### *Funzioni esecutive*

Le funzioni esecutive (EF) costituiscono un costrutto cognitivo complesso che com-

prende una serie di processi associati al funzionamento comportamentale e cognitivo avanzato. Questo insieme di abilità è responsabile della regolazione e del controllo delle altre funzioni cognitive e del comportamento [9], inoltre tali funzioni si sviluppano e si perfezionano durante tutto il corso della vita.

In uno studio condotto da Abbott et al. [3] vengono analizzate le funzioni esecutive in soggetti adulti che hanno ricevuto la diagnosi di autismo in età avanzata. Oltre a confermare le fragilità di tali soggetti nei compiti che richiedevano l'applicazione di tali funzioni, lo studio ha rilevato un interessante risultato: i partecipanti che hanno ottenuto risultati più elevati in prove focalizzate sulle funzioni esecutive hanno riportato punteggi più bassi nella valutazione del proprio quoziente empatico (EQ) e nei sintomi depressivi. Questo suggerisce che abilità cognitive più sviluppate potrebbero facilitare una maggiore comprensione delle aree di difficoltà o favorire un funzionamento ottimale, insieme allo sviluppo di strategie di adattamento più efficaci, tutti fattori che contribuiscono a un umore più stabile e positivo.

A questo proposito, le prestazioni nei compiti legati alle funzioni esecutive sono correlate in modo indiretto attraverso le prestazioni nei compiti che coinvolgono la Teoria della Mente (ToM) [10].

### ***Teoria della Mente (ToM) e riconoscimento facciale***

Il disturbo dello spettro autistico è spesso associato in letteratura a una difficoltà nell'empatia, che è legata alla Teoria della Mente (ToM). La ToM ha due aspetti principali: l'empatia cognitiva (capacità di comprendere i pensieri altrui) e l'empatia affettiva (capacità di rispondere emotivamente agli stati mentali altrui). Spesso si trascura l'importanza del corpo in questo processo, poiché è attraverso l'esperienza fisica che percepiamo gli altri e comprendiamo le loro azioni. Il nostro sistema nervoso fornisce il meccanismo di base per la risonanza con gli altri, permettendoci di simulare le azioni altrui e le loro conseguenze. Questo meccanismo si basa su modelli neurali attivati dalla percezione o dalla memoria ed è guidato dal codice comune tra percezione e azione. La percezione di un comportamento altrui attiva automaticamente la nostra rappresentazione interna di quel comportamento, suggerendo che la percezione è legata all'azione [11]. Berthoz afferma che ogni azione è codificata in termini di effetti percettivi, condivisi tra individui, consentendo loro di comprendere gli obiettivi altrui attraverso il Sistema di rappresentazione dell'azione. L'empatia richiede vari meccanismi cerebrali, come la percezione spaziale, la manipolazione mentale e la capacità di cambiare prospettiva [12].

I requisiti fondamentali per una buona empatia includono una percezione coerente del proprio corpo in relazione all'ambiente, la capacità di cambiare punto di vista mentalmente (simulazione mentale) e la capacità di adottare una prospettiva diversa da quella egocentrica [13].

Nel caso dei disturbi dello spettro autistico, si osservano spesso difficoltà nell'empatia dovute a problemi nella mentalizzazione, incapacità di comprendere i pensieri o le emozioni altrui, deficit nelle funzioni esecutive, difficoltà nell'interpretare sfumature

emotive e carenza nel sistema di rispecchiamento (mirror system) nella corteccia motoria, che contribuisce ai deficit nella cognizione sociale e nei processi di percezione [13].

In uno studio condotto da Altschuler et al. è stato esaminato il riconoscimento dei volti e delle espressioni facciali in relazione alla ToM affettiva, confrontando la popolazione di adulti con ASD a quella di adulti affetti da schizofrenia, entrambe relazionate poi alla popolazione di adulti normotipici. In tale sede, per “riconoscimento facciale” si intende un tipo di percezione che include la capacità di identificare, decodificare, riconoscere e richiamare volti. I risultati suggeriscono che le difficoltà nella ToM affettiva potrebbero essere correlate al processo di riconoscimento dei volti in adulti con ASD, tanto che una migliore abilità di riconoscimento dei volti prevede in modo univoco una migliore abilità di ToM affettiva in tale popolazione. Inoltre una delle componenti che sembra incidere negativamente su tali processi è l'abilità relativa al processo percettivo visivo dei volti, più critico in adulti con ASD che in adulti schizofrenici e/o normotipici [13].

La presenza di tale deficit empatico potrebbe rappresentare un fattore di rischio per l'emergere di sintomi depressivi poiché la difficoltà nel comprendere le proprie ed altrui emozioni [14] esporrebbe la persona affetta da ASD a maggiore stress psicologico. Ciò sottolinea l'importanza di maggiori indagini approfondite per la comprensione di tale associazione.

### *Isolamento e difficoltà sociali*

In uno studio di Zimmerman et al. vengono approfonditi i fattori correlati agli esiti psicosociali nella popolazione di adulti con ASD ad alto funzionamento. Per “esiti psicosociali” si intende sia il versante che ha a che fare maggiormente con la salute mentale (sintomi depressivi, d'ansia, stress, bassa autostima...) sia quello che si occupa del funzionamento sociale adattivo. In primo luogo tale studio sottolinea che nella popolazione di adulti con ASD troviamo maggiori livelli di stress percepito e tale dato viene attribuito alle difficoltà sociali che tali soggetti vivono sin dall'infanzia (bullismo, vittimizzazione in età infantile e in adolescenza, limitati legami profondi...). Tale condizione viene poi aggravata da una ToM più povera e da tratti di intelligenza emotiva deficitari, i quali risultano in ultima analisi associati a più alti livelli di stress sociale [15]. Lo studio sottolinea, inoltre, quanto i soggetti affetti da autismo ad alto funzionamento incontrino spesso maggiori difficoltà nel trovare lavoro, il che può contribuire alla percezione di una ridotta capacità di controllo [16]. Gli adulti con ASD risultano essere più isolati rispetto ai pari normotipici, pur riportando il desiderio di intimità e di connessione sociale. Molto spesso questo desiderio irrealizzato, insieme a fattori come l'isolamento sociale, la mancanza di competenze sociali e la disoccupazione [17], favorisce l'insorgenza e/o ad un incremento della sintomatologia depressiva.

Da questo punto di vista la depressione sorge dal contesto sottostante, costellato di croniche difficoltà nella percezione sociale, nella competenza sociale e nei conflitti

interiori ed interpersonali. Anche mettere in gioco strategie compensatorie a tali condizioni (es: tenere il contatto oculare per un tempo prolungato, organizzare turnazioni in molteplici contesti, sforzarsi di parlare spontaneamente seppur per breve tempo...) possono condurre il bambino autistico a diventare un adulto esausto, che sperimenta sintomi depressivi.

In particolare, in uno studio di Hull et al.[18], è stato indagato in adulti con ASD il “*Social Camouflaging*”, inteso come il comportamento di prima elezione che tali individui mettono in atto per nascondere o mascherare i loro sintomi allo scopo di adattarsi meglio agli standard sociali. La stragrande maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di camuffarsi in qualche misura, nonostante le implicite differenze individuali. Le motivazioni annoverate dai partecipanti sono state essenzialmente due: l’assimilazione (intesa come risposta comportamentale a richieste ambientali con lo scopo di allinearsi agli standard sociali) e la connessione (stringere legami, fare amicizia, non essendo considerati “diversi”). Alcuni partecipanti hanno suggerito che una sensibilizzazione più capillare ed una maggiore accettazione dell’ASD nella popolazione generale migliorerebbero significativamente le loro esperienze sociali e consentirebbero loro di inserirsi e aumentare le connessioni, senza alcuna necessità di camuffamento. La necessità di agire sulla popolazione generale sorge in ogni caso anche dall’analisi di quelle che sono le conseguenze del camuffamento sui soggetti affetti da ASD. Infatti l’utilizzo di tale strategia può condurre ad uno stato di esaurimento su breve e/o lungo periodo, il che costituisce un fattore di rischio non solo per lo sviluppo di patologie secondarie (es: quadri depressivi), ma anche per una minore percezione della qualità della vita. Il camuffamento sembra sfidare le visioni di molti partecipanti su se stessi e produrre emozioni e atteggiamenti negativi, come "sentirsi falsi" o perdere la propria identità, comportando ricadute negative a lungo termine sull’autostima e sull’umore. È da considerare che le conseguenze positive sono state riportate più frequentemente dagli uomini rispetto alle donne. Ciò potrebbe suggerire che il camuffamento sia un processo maggiormente soddisfacente per gli uomini con ASD. Le cause possono essere molteplici: (1) l’attuale background socio-culturale di genere; (2) la modalità in cui gli uomini declinano il camuffamento, rispetto alla controparte femminile, che può essere considerato più in linea con gli standard sociali; (3) le maggiori richieste sull’abilità sociale e sull’assimilazione da parte della società nei confronti di donne o di individui che si percepiscono come femminili.

### ***Disturbi del sonno***

Le difficoltà associate al sonno nell’ASD possono compromettere il benessere psicologico quotidiano e contribuire all’emergere di sintomatologia depressiva. Studi dimostrano che i disturbi del sonno peggiorano i sintomi principali dell’ASD, come la presenza di comportamenti ripetitivi, scarse interazioni sociali e difficoltà comunicative. Inoltre, è stato mostrato che la riduzione dei disturbi del sonno è associata a miglioramenti nelle abilità sociali [19]. Esiste una relazione consolidata tra sonno e salute mentale, spesso concepita come dinamica e bidirezionale [20][21]. In linea

con questo, è stato dimostrato che le difficoltà associate al sonno sono sia precursori [22] che conseguenze [23] dei sintomi clinici di salute mentale.

All'interno della popolazione adulta diagnosticata con il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), si osserva una notevole e più forte associazione tra efficienza del sonno e salute mentale, in particolare per quanto riguarda il benessere psicologico e il disagio mentale a lungo termine, se confrontata con la popolazione generale. Questa marcata correlazione tra sonno e salute mentale suggerisce che gli adulti con ASD potrebbero manifestare una maggiore sensibilità agli effetti di un sonno insufficiente, sottolineando l'importanza di acquisire una comprensione più approfondita dei meccanismi causali che sottendono a questa relazione. Inoltre, tali risultati evidenziano la necessità di includere la valutazione dell'efficienza del sonno come componente abituale nell'ambito dell'analisi clinica di routine. I problemi del sonno possono, però, persistere nell'età adulta e influenzare il funzionamento durante il giorno. Le linee guida raccomandano la revisione dei farmaci e la valutazione di condizioni mediche e psichiatriche concomitanti che possono migliorare la qualità del sonno. In caso di insuccesso delle strategie comportamentali e del trattamento delle condizioni concomitanti, si consiglia l'uso di melatonina a rilascio prolungato o in combinazione con la terapia cognitivo-comportamentale. L'uso di farmaci sedativi è un'opzione se la melatonina non è efficace. Gli antidepressivi e gli antiepilettici possono essere utilizzati per migliorare il sonno in determinate situazioni [24].

### **Suicidalità**

Le statistiche che registrano l'indice generale di suicidalità mostrano che il suicidio si verifica con una probabilità 9 volte maggiore nella popolazione autistica rispetto alla popolazione generale. Nello specifico parliamo di un 72% per ideazione suicidaria (bambini, adolescenti e adulti) e un 66% per tentativi di suicidio negli adulti con ASD, fronte ad un esiguo 17% registrato nella popolazione generale [25]. Inoltre un altro indice che sembra avere una maggiore incidenza nella popolazione adulta con ASD è quello che registra i comportamenti autolesionisti: 65% fronte ad un 29.8% nella popolazione generale. Le cifre sembrano dunque designare la diagnosi di autismo tra i predittori del rischio suicidario negli adulti, aggiungendo un +4.5% di varianza in suicidalità [25]. In ultima analisi dai risultati è emerso che la popolazione adulta affetta da ASD ha un rischio 4 volte maggiore di sperimentare la depressione rispetto alla popolazione generale e tale condizione peggiora il preesistente autismo, aumentando il rischio di suicidio.

I principali fattori di rischio evidenziati nell'autismo, che a loro volta possono predire il rischio suicidario sono: (1) una maggiore esposizione a eventi negativi nella vita [26][27] [28] [29]; (2) le difficoltà nella formazione e nel mantenimento di relazioni sociali e reti di supporto [30][31][32][33][34]; (3) strategie di coping limitate per affrontare efficacemente le sfide della vita, difficoltà nell'immaginazione e mancanza di flessibilità del pensiero [29][35][36]; (4) incapacità di comprendere come la propria morte possa avere un impatto sugli altri, dato strettamente correlato con una

ToM deficitaria [37].

Nello studio condotto da Hochard et al. si è inoltre indagata la correlazione fra la durata del sonno, l'ideazione suicidaria e i tratti autistici. L'ipotesi primaria, che sosteneva un'associazione tra tratti autistici e un aumento dell'ideazione suicidaria, ha trovato conferma nei risultati dell'analisi: punteggi più elevati nei tratti autistici si sono dimostrati predittivi di un incremento dell'ideazione suicidaria tenendo conto delle variabili di età e genere. In secondo luogo l'ipotesi secondaria, che suggeriva una relazione tra una breve durata del sonno e un aumento dell'ideazione suicidaria, è stata anch'essa confermata. Tuttavia, l'ipotesi secondo cui la durata del sonno potesse moderare la relazione tra tratti autistici e ideazione suicidaria, non ha ricevuto conferma. In particolare, l'interazione tra durata del sonno e tratti autistici non è risultata significativa nella predizione dell'ideazione suicidaria, suggerendo che il rischio di ideazione suicidaria per individui con elevati tratti autistici non fosse condizionato dalla durata breve del sonno [38].

### **Fattori protettivi**

Nell'analisi esaustiva della letteratura scientifica non sono stati identificati fattori di protezione correlati all'ASD che possano prevenire lo sviluppo della depressione, evidenziando la necessità di ulteriori ricerche per comprendere appieno questa complessa relazione.

### **Trattamento**

Dalla letteratura scientifica presa in esame, lo stress risulta essere strettamente collegato alla depressione e all'ansia [39], alla mortalità prematura e agli esiti di salute negativi [40], così come alla gravità dei tratti dell'ASD, che comprendono difficoltà nell'interazione sociale e nella comunicazione [41]. Finora, la ricerca su interventi efficaci volti a ridurre lo stress nelle persone con ASD, o a migliorare la loro capacità di interagire socialmente e comunicare, è stata estremamente limitata [42]. Tuttavia uno studio condotto da Jones, L. et. al. suggerisce che l'esperienza di supporto post-diagnostico, quando è solida e personalizzata, può costituire una variabile protettiva per stress e depressione, migliorando la qualità della vita dei soggetti con ASD [43]. I trattamenti mirati a mitigare la qualità del sonno a livello clinico, monitorare e ottimizzare il sonno potrebbero essere importanti per la prevenzione e il trattamento delle difficoltà di salute mentale nella popolazione con ASD, come la depressione [44]. Va notato che sono stati sollevati diversi problemi riguardanti il trattamento psicoterapeutico e psicofarmacologico della depressione nell'ASD [45], non ultimo il fatto che le persone con ASD potrebbero essere più inclini agli effetti avversi dei trattamenti psicofarmacologici per la depressione, tra cui irritabilità e disturbi del sonno stessi [46]. Pertanto, il riconoscimento dell'impatto e il mantenimento di un buon sonno, con il supporto necessario, potrebbero migliorare fattibilmente la qualità della vita negli adulti con ASD [47].

Alcuni studi controllati randomizzati (RCT) condotti sull'ASD suggeriscono che te-

rapie come quella cognitivo-comportamentale (CBT) e quella basata sulla mindfulness (MBSR) potrebbero essere efficaci nel mitigare la depressione [48]. Questo beneficio potrebbe derivare, almeno in parte, dalla riduzione dello stress fisico, che può essere misurato attraverso indicatori come il cortisolo nella saliva [39].

Numerose ricerche hanno dimostrato, inoltre, che le interazioni fisiche con gli animali possono contribuire a ridurre i livelli di stress [49] e a migliorare l'interazione sociale e la comunicazione [50]. Uno studio esplorativo sul tema ha riportato risultati positivi circa l'applicazione di terapie assistite da animali (AAT) sulla popolazione adulta con sindrome autistica (ASD). Tale ricerca ha evidenziato che, in confronto al gruppo di controllo, la terapia assistita dagli animali (AAT), in particolare quella posta in essere con l'ausilio di un cane, ha determinato una riduzione del livello di stress percepito e dei sintomi correlati all'agorafobia e alla depressione negli adulti con disturbo dello spettro autistico (ASD). Inoltre, i risultati hanno suggerito che l'AAT ha contribuito a diminuire i deficit nella reattività sociale, valutati attraverso le relazioni dei partecipanti con i rispettivi coniugi, familiari stretti o amici. L'ipotesi centrale è che il miglioramento delle abilità di comunicazione sociale potrebbe essere attribuito alla capacità unica degli animali di fungere da supporto sociale o di agire come catalizzatori sociali in un contesto terapeutico. Le analisi hanno indicato che tali effetti, di entità ridotta o moderata, sono rimasti persistenti al follow-up condotto dopo 10 settimane [51].

### **Criticità del processo diagnostico**

Tenendo in considerazione le preesistenti problematiche emotive proprie della caratterizzazione autistica, uno studio condotto da Jordan et al. [4] sottolinea la difficoltà di effettuare una diagnosi di depressione in soggetti affetti da ASD. Proprio a causa di tale difficoltà, molti dei pazienti ormai adulti sono stati presi in carico dal Sistema Sanitario per le loro condizioni psichiatriche secondarie, molte delle quali venivano affiancate diagnosticamente con l'aggettivo "atipico" (es: depressione atipica), per tener dentro al quadro diagnostico anche altre manifestazioni sintomatologiche non afferenti a quel dato dominio [52].

I dati statistici presenti in letteratura sottolineano in ogni caso alti tassi di comorbilità psichiatrica negli adolescenti e negli adulti con ASD, causando un significativo disagio nelle persone colpite e un grande peso per le loro famiglie. Sebbene appaia di estrema importanza l'utilizzo di uno screening cadenzato per i disturbi secondari più comuni (es: ansia, depressione e ADHD), non sembrano esistere attualmente strumenti validati ad hoc per questa popolazione. Un team di ricercatori ha individuato l'SDQ come uno strumento che potrebbe essere utilizzato per questo scopo e ha condotto uno studio pilota per testarne l'affidabilità e la validità [53]. Per la sua sperimentazione è stato scelto un campione di adolescenti e adulti con ASD che si trovavano in quel momento o che avevano cercato in passato assistenza presso servizi clinici per difficoltà legate all'ASD.

L'SDQ è un breve questionario di 25 domande con cinque sottoscale: (1) problemi

emotivi; (2) problemi di condotta; (3) iperattività-attenzione; (4) problemi relazionali; (5) comportamento prosociale. L'SDQ ha il potenziale per essere uno strumento valido per l'uso in adolescenti e adulti con ASD perché: (a) può essere utilizzato per individuare psicopatologie comunemente associate all'ASD (ansia, depressione e ADHD); (b) è relativamente breve; (c) è probabile che la cooperazione sia migliore quando si utilizza un singolo questionario anziché diversi questionari separati (per ansia, depressione, ADHD, ecc.); e (d) può essere somministrato a individui con ASD e ai loro genitori (o altri informatori). L'SDQ si è rivelato affidabile nel rilevare disturbi emotivi e ADHD in adolescenti e adulti con ASD –sebbene necessiti di ulteriori tentativi sistematici di convalida– in particolare per ciò che concerne le valutazioni dei genitori. Tuttavia, l'autovalutazione è risultata meno specifica, in quanto alcuni adulti con ASD potrebbero sottostimare queste difficoltà o valutarle in modi atipici, ad esempio facendo rientrare sintomi d'ansia sotto il dominio dell'iperattività ("Sono facilmente distratto").

Nonostante i più recenti tentativi di varare strumenti specifici per individui con ASD, uno studio condotto da Jones, L. et. al [43] ha approfondito l'esperienza del processo diagnostico di molti adulti con ASD, sottolineando quanto esso sia ancora tendenzialmente lungo e disorganizzato: basti pensare che sul territorio italiano in media tra la prima valutazione clinica e la diagnosi definitiva trascorrono mediamente 11 anni, cifra che sale a 12 nei Paesi Bassi [54]. I soggetti coinvolti riportavano insoddisfazione per una tarda diagnosi, in quanto con il tempo aumenta anche il rischio di misdiagnosi di problemi mentali, schizofrenia e disordini di personalità. La diagnosi in tale popolazione si delinea come evento di primaria importanza non soltanto per l'effettiva presa in carico psico-farmacologica che ne consegue, ma anche per l'esperienza di vita globale dei soggetti che ne soffrono, in quanto legata irrimediabilmente all'immagine di sé e alla possibilità di autoaccettarsi [52]. Più la diagnosi è precoce, prima il paziente ha la possibilità di dare finalmente un nome a ciò che sente non funzionare bene in sé, allo sforzo che richiedono attività molto più intuitive per i suoi pari e più facilmente è capace di individuare le risorse implicite nella sua condizione, concentrandosi sui propri punti di forza. Ciò vale in particolar modo per i soggetti affetti da ASD con medio-alto funzionamento cognitivo e per la popolazione femminile, che si registra avere processi diagnostici ancor più tardivi della popolazione maschile [52].

## Conclusioni

Ciò che sembra essere emerso è che i sintomi depressivi in ASD si presentano in modo differente. Si annoverano fra questi il ritiro sociale, il pianto, la perdita di interesse verso ciò che tendenzialmente risulta piacevole e comportamenti aggressivi. Inoltre i risultati confermano che gli autistici ad alto funzionamento, i quali risultano essere più coscienti della loro condizione sociale, sono più esposti a fare esperienza della depressione rispetto a chi presenta un funzionamento più basso. Lo stesso rischio viene riportato soltanto in quei soggetti con ASD che, pur avendo interesse

nell'interazione sociale, non hanno le abilità richieste per portarle a termine. Il dato interessante è che si è riscontrato che tale popolazione, nonostante le apparenze e i sintomi caratteristici del disturbo autistico, sono interessati alle emozioni e raccontano la depressione come un'esperienza significativa, relazionata con senso di non appartenenza, sensazione di essere ridicolizzati e difficoltà di comprensione delle caratteristiche che li rendono diversi dagli altri.

## BIBLIOGRAFIA

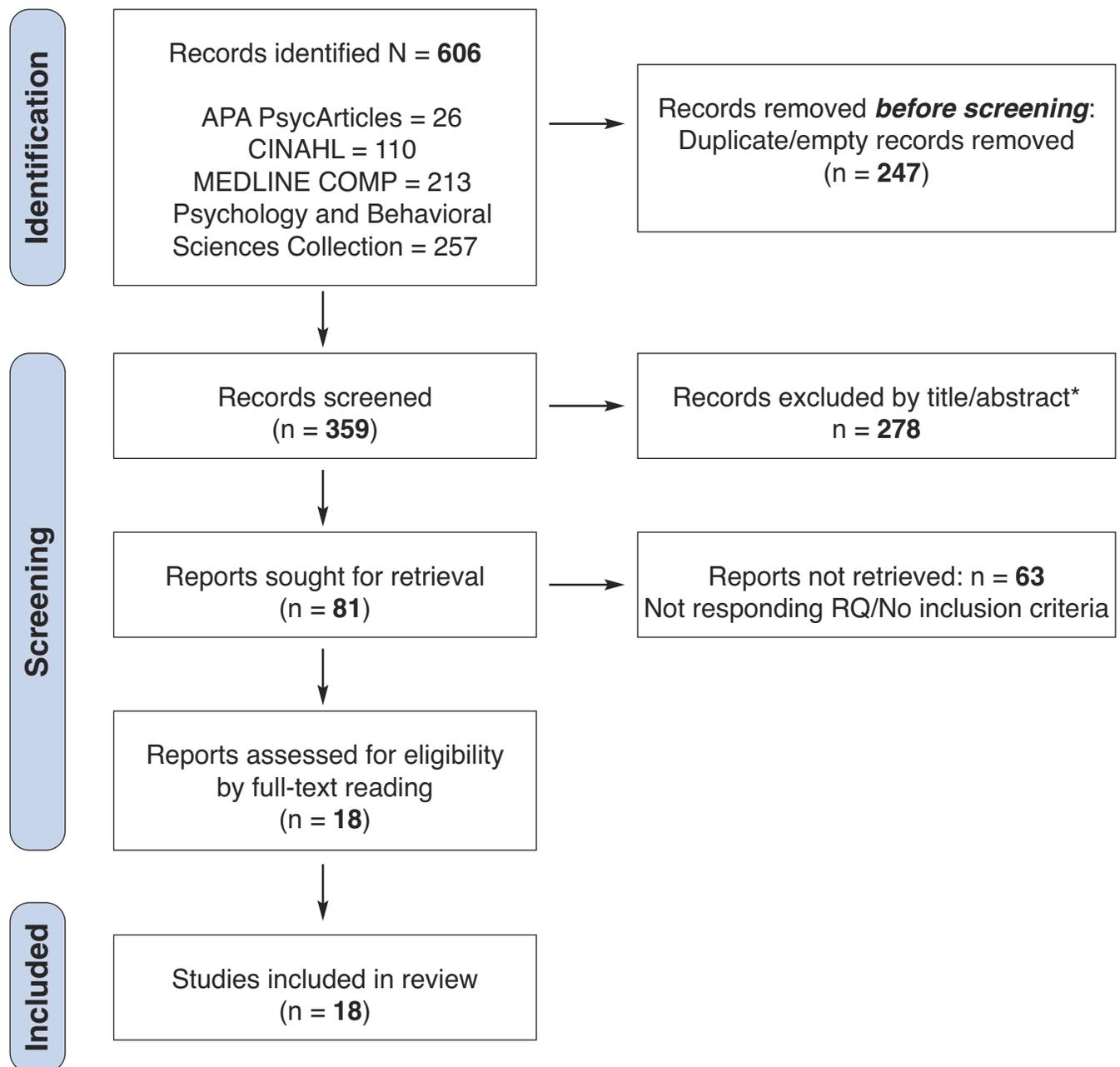
1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association, (tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015).
2. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.
3. Abbott, P., Happé, F. G., & Charlton, R. A. (2018). Exploratory study of executive function abilities across the adult lifespan in individuals receiving an ASD diagnosis in adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 4193-4206.
4. Jordan, A. L., Marczak, M., & Knibbs, J. (2021). 'I felt like I was floating in space': autistic adults' experiences of low mood and depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1683-1694.
5. Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142-147.
6. Gotham, K., Bishop, S.L., Brunwasser, S., & Lord, C. (2014). Rumination and perceived impairment associated with depressive symptoms in a verbal adolescent-adult ASD sample. *Autism Research*, 7, 381-391.
7. Andersen, P., Skogli, E., Hovik, K., Egeland, J., & Øie, M. (2015). Associations among symptoms of autism, symptoms of depression and executive functions in children with high-functioning autism: A 2 year follow-up study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2497-2507
8. White, S. W., & DiCriscio, A. S. (2015). Introduction to special issue ASD in adulthood: Comorbidity and intervention. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 3905-3907.
9. Vicari, S., & Di Vara, S. (2017). *Funzioni esecutive e disturbi dello sviluppo: Diagnosi, trattamento clinico e intervento educativo*. Edizioni Centro Studi Erickson.
10. Jones, C. R., Simonoff, E., Baird, G., Pickles, A., Marsden, A. J., Tregay, J., ... & Charman, T. (2018). The association between theory of mind, executive function, and the symptoms of autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1), 95-109.
11. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100.
12. Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Editions Odile Jacob. *Sciences-Paris Février*.
13. Altschuler, M. R., Trevisan, D. A., Wolf, J. M., Naples, A. J., Foss-Feig, J. H., Srihari, V. H., & McPartland, J. C. (2021). Face perception predicts affective theory of mind in autism spectrum disorder but not schizophrenia or typical development. *Journal of abnormal psychology*, 130(4), 413.
14. Morie, K. P., Jackson, S., Zhai, Z. W., Potenza, M. N., & Dritschel, B. (2019). Mood disorders in high-functioning autism: The importance of alexithymia and emotional regulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 2935-2945.
15. Zimmerman, D., Ownsworth, T., O'Donovan, A., Roberts, J., & Gullo, M. J. (2018). High-functioning autism spectrum disorder in adulthood: A systematic review of factors related to psychosocial outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(1), 2-19.

16. Roy M1, Prox-Vagedes V, Ohlmeier MD, Dillo W. (2015). Beyond childhood: psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome. *Psychiatr Danub.* Mar; 27(1):50-9.
17. Brakemeier EL, Normann C & Berger M: The etiopathogenesis of unipolar depression. Neurobiological and psychosocial factors. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008; 51:379-91.
18. Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of autism and developmental disorders*, 47, 2519-2534.
19. Malow, B. A., Marzec, M. L., McGrew, S. G., Wang, L., Henderson, L. M., & Stone, W. L. (2006). Characterizing sleep in children with autism spectrum disorders: a multidimensional approach. *Sleep*, 29(12), 1563-1571.
20. Fang, Q., Aiken, C. A., Fang, C., & Pan, Z. (2019). Effects of exergaming on physical and cognitive functions in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Games for health journal*, 8(2), 74-84.
21. Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*, 16(2), 129-136.
22. Roberts, C. A., Hunter, J., & Cheng, A. L. (2017). Resilience in families of children with autism and sleep problems using mixed methods. *Journal of pediatric nursing*, 37, e2-e9.
23. Dahl, R. E., & Harvey, A. G. (2007). Sleep in children and adolescents with behavioral and emotional disorders. *Sleep medicine clinics*, 2(3), 501-511.
24. Zambrelli, E., Lividini, A., Spadavecchia, S., Turner, K., & Canevini, M. P. (2021). Effects of supplementation with antioxidant agents on sleep in autism spectrum disorder: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 689277.
25. Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular autism*, 9, 1-14.
26. Graetz, J. (2016). Autism grows up: Opportunities for adults with autism. *Disability & Society*, 25, 33-47.
27. O'Haire, M. E. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 1606-1622.
28. Matthews, N.L., Smith, C.J., Pollard, E., Ober-Reynolds, S., Kirwan, J., & Malligo, A. (2015). Adaptive functioning in autism spectrum disorder during the transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2349-2360
29. Schmidt, L., Kirchner, J., Strunz, S., Brozus, J., Ritter, K., Roepke, S., & Dziobek, I. (2015). Psychosocial functioning and life satisfaction in adults with autism spectrum disorder without intellectual impairment. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1259-1268
30. Causton-Theoharis, J., Ashby, C., & Cosier, M. (2009). Islands of loneliness: Exploring social interaction through the autobiographies of individuals with autism. *Intellectual & Developmental Disabilities*, 47, 84-96
31. Chamberlain, B., Kasari, C., & Rotheram-Fuller, E. (2007). Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 230-242.
32. Chown, N., & Beavan, N. (2012). Intellectually capable but socially excluded? A review of the literature and research on students with autism in further education. *Journal of Further & Higher Education*, 36, 477-493.
33. Gray, M. (2012). Addressing the isolation experienced by clients. *Learning Disability Practice*, 15, 33-34.
34. Griffith, G.M., Totsika, V., Nash, S., & Hastings, R.P. (2012a). 'I just Don't Fit Anywhere': Support experiences and future support needs of individuals with Asperger syndrome in middle adulthood. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 16, 532-546.
35. Pisula, E., Danielewicz, D., Kawa, R., & Pisula, W. (2015). Autism spectrum quotient, coping

- with stress and quality of life in a non-clinical sample—An Exploratory Report. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 1.
36. Pollmann, M., Finkenaue, C., & Begeer, S. (2010). Mediators of the link between autistic traits and relationship satisfaction in a non-clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 470–478.
37. Hannon, G., & Taylor, E.P. (2013). Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: Findings from a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1197–1204.
38. Hochard, K. D., Pendrous, R., Mari, T., & Flynn, S. (2020). Examining the relationship between autism traits and sleep duration as predictors of suicidality. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 3575–3584.
39. Vreeburg, S. A., Zitman, F. G., van Pelt, J., DeRijk, R. H., Verhagen, J. C., van Dyck, R., ... & Penninx, B. W. (2010). Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosomatic medicine*, 72(4), 340–347.
40. Slavich, G. M. (2016). Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teaching of Psychology*, 43(4), 346–355.
41. Hirvikoski, T., & Blomqvist, M. (2015). High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(6), 752–757.
42. Damiano, C. R., Mazefsky, C. A., White, S. W., & Dichter, G. S. (2014). Future directions for research in autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 828–843.
43. Jones, L., Goddard, L., Hill, E. L., Henry, L. A., & Crane, L. (2014). Experiences of receiving a diagnosis of autism spectrum disorder: A survey of adults in the United Kingdom. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 3033–3044.
44. Blake, M. J., & Allen, N. B. (2020). Prevention of internalizing disorders and suicide via adolescent sleep interventions. *Current opinion in psychology*, 34, 37–42.
45. Chandrasekhar, T., & Sikich, L. (2015). Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in clinical neuroscience*.
46. Boyd, B. A., McDonough, S. G., Rupp, B., Khan, F., & Bodfish, J. W. (2011). Effects of a family-implemented treatment on the repetitive behaviors of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 41, 1330–1341.
47. Mandell, D. (2018). Dying before their time: Addressing premature mortality among autistic people. *Autism*, 22(3), 234–235.
48. Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 64, 47–55.
49. Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in psychology*, 3, 234.
50. Berry, A., Borgi, M., Francia, N., Alleva, E., & Cirulli, F. (2013). Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: A critical review of the current evidence. *The journal of alternative and complementary medicine*, 19(2), 73–80.
51. Wijker, C., Leontjevas, R., Spek, A., & Enders-Slegers, M. J. (2020). Effects of dog assisted therapy for adults with autism spectrum disorder: An exploratory randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 2153–2163.
52. Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 263, 189–196.
53. Findon, J., Cadman, T., Stewart, C. S., Woodhouse, E., Eklund, H., Hayward, H., ... & McEwen, F. S. (2016). Screening for co-occurring conditions in adults with autism spectrum disorder using the strengths and difficulties questionnaire: A pilot study. *Autism Research*, 9(12), 1353–1363.

54. Fusar-Poli, L., Brondino, N., Politi, P., & Aguglia, E. (2022). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 272(2), 187-198.

Fig. 1 PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



BREVE RAPPORTO DI RICERCA

# Un viaggio nella Gestalt: come cambia il benessere durante il percorso gestaltico

Stefano Roti<sup>1</sup>, Francesca Berti<sup>1</sup>, Nino Geniola<sup>2</sup>, Susanna Zajotti<sup>1</sup>, Giulia Calvaresi<sup>1</sup>, Matteo Defraia<sup>1</sup>, Alessandro Cini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IGF - Istituto Gestalt Firenze

<sup>2</sup> IGP - Istituto Gestalt Puglia



## Citation

Roti S., Berti F., Geniola N., Zajotti S., Calvaresi G., Defraia M., Cini A. (2023). Un viaggio nella Gestalt: come cambia il benessere durante il percorso gestaltico  
Phenomena Journal, 5, 30-37.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.204>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Stefano Roti  
[stefano.roti@gmail.com](mailto:stefano.roti@gmail.com)

**Ricevuto:** 20 ottobre 2023

**Accettato:** 17 novembre 2023

**Publicato:** 28 novembre 2023

## ABSTRACT

This work reports some preliminary results relative to a research project ,with the aim to investigate the relationship between the perceived well-being and the Gestalt psychotherapy treatment. Specifically, in the following article, we present some results relating to the dynamics and the changes showed by patients, who freely participated to this research, that regard their sense of well-being. This construct was investigated using a self-evaluation scale adapted and standardized to the Italian population.

**METHODOLOGY.** We present a qualitative experimental design that involved five patients for three months, all of them involved into a phenomenological-existential Gestalt psychotherapy. The data were collected every four psychotherapeutic sessions.

## KEYWORDS

**Psychotherapy; Gestalt; Well being; Efficacy; Quality of life.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Questo lavoro riporta alcuni risultati preliminari di un progetto di ricerca volto a indagare il rapporto tra il benessere percepito e il lavoro personale in psicoterapia della Gestalt. Nello specifico, presentiamo nel seguente articolo, i risultati relativi alla dinamica e ai cambiamenti che alcuni pazienti, che hanno liberamente partecipato alla ricerca, hanno mostrato riguardo al proprio senso di benessere, costruito qui indagato attraverso l'uso di una scala autovalutativa nella sua versione adattata e standardizzata per la popolazione italiana.

**METODOLOGIA.** Si tratta di un disegno sperimentale longitudinale qualitativo che ha coinvolto cinque pazienti per tre mesi, tutti presi in carico da psicologi psicoterapeuti di approccio Gestalt fenomenologico-esistenziale. I dati sono stati raccolti ogni quattro sedute individuali.

## PAROLE CHIAVE

**Psicoterapia; Gestalt; Benessere; Efficacia; Qualità di vita.**



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

## 1. Introduzione

La psicoterapia della Gestalt (GT) lavora principalmente sul processo che, di seduta in seduta, sottende tutto il percorso terapeutico. Questo significa che raramente si concentra sulla risoluzione del sintomo che il paziente porta in seduta. Durante il lavoro terapeutico, il campo si allarga e il sintomo diventa espressione del colorito mondo interno che man mano si palesa: emergono reti di polarità che si alternano in figura, contesti che diventano sfondi, permessi impossibili, desideri frustrati, bisogni inconfessabili e così via. Il tutto concorre a dare forma a quella meravigliosa complessità che fiorisce nell'incontro tra terapeuta e paziente. È anche per questo che, quando si vuole “portare fuori dallo studio” lo scopo con il quale il terapeuta e il paziente si muovono in seduta, si usa dire che si lavora per aiutare il paziente ad aiutarsi, perché migliori la sua qualità di vita. In psicoterapia si lavora per fare “di ciò che c'è” qualcosa di valore per il paziente, per trasformare situazioni bloccate in aperture verso qualcosa che risuoni migliore, più funzionale, più bello, più buono [1].

Il senso di questa ricerca, della quale questo articolo ne racconta solo una piccola parte, è proprio quello di fotografare, o meglio, raccontare come cambia durante un percorso terapeutico in GT la qualità della vita del paziente, dal punto di vista del paziente.

Per far ciò è stato creato un disegno sperimentale [2] che prevede di indagare la dinamica del benessere percepito attraverso due strumenti, un questionario (PWB) [3,4] nella sua versione italiana [5] e una domanda aperta ed evocativa: “Descrivi com'è cambiato il sapore della tua vita nell'ultimo mese e racconta una esperienza significativa e dettagliata”. La risposta del paziente a quest'ultima domanda verrà poi analizzata seguendo il metodo fenomenologico-esistenziale presentato da Giorgi [6,7,8], alla ricerca del senso della narrazione del paziente.

Questo articolo si concentra solo su un'analisi preliminare dei dati, ottenuti grazie alle risposte che i pazienti hanno dato al questionario PWB. I dati sono stati raccolti ogni 4 sedute.

Lo scopo di questo lavoro è quello di evidenziare la dinamica del senso di benessere percepito dal paziente. L'utilizzo del questionario PWB permette di estrapolare 6 dimensioni (autonomia, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive con gli altri, padronanza ambientale, autoaccettazione) che insieme concorrono a dare forma al costruito di benessere. Quello che ci si aspetta è mostrare non tanto di quanto cambia il benessere percepito, quanto riflettere sul suo andamento nel tempo. Questo permetterà quindi di ipotizzare quali siano alcuni dei punti di forza di una psicoterapia della Gestalt fenomenologico-esistenziale, ipotesi che saranno integrate nel prosieguo della nostra ricerca [2].

## 2. Metodo

### 2.1. Campionamento

Il campione è costituito da giovani adulti tra i 20 e i 36 anni (4 femmine e 1 maschio), presi in carico da psicoterapeuti formati e accreditati da IGF (Istituto Gestalt Firenze) sia privatamente che attraverso il progetto Hermes [9], un servizio che offre psicoterapia a prezzi calmierati. In questo rapporto preliminare verranno presi in considerazione i primi cinque pazienti ad aver completato i primi tre mesi di terapia.

Ad ogni paziente è stata somministrata una scheda socio-demografica all'inizio del percorso. Da questa scheda sono state raccolte informazioni sulla situazione attuale di ogni paziente, sul suo grado di soddisfazione della vita e sulla motivazione intorno alla decisione di intraprendere un percorso di psicoterapia.

Dei pazienti presi in considerazione solo una persona è convivente, mentre gli altri vivono con la famiglia oppure soli. Il grado di scolarizzazione va dal diploma alla laurea triennale e nessuno dei cinque fa uso abituale di psicofarmaci. Sono presenti sia persone al primo approccio con la psicoterapia che persone con esperienze pregresse, queste informazioni sono state raccolte all'inizio della terapia e verranno usate a fini statistici al raggiungimento di un campione più consistente.

Le richieste con cui hanno motivato il loro desiderio di fare psicoterapia sono varie: solo una persona menziona attacchi di panico e ansia, per le altre si tratta di disagi esistenziali e questioni relazionali.

## 2.2. Metodi e strumenti

La metodologia di ricerca adottata ha previsto l'utilizzo della "Scala del benessere psicologico a 84 item" (PWB) nella sua versione italiana [5].

Questa scala prevede che il paziente dia indicazione della sua risposta posizionandola in una scala Likert da 1 a 6 punti, dove 1 esprime il totale disaccordo e 6 il totale accordo con l'affermazione alla quale si riferisce. Alcuni degli 84 item che formano la scala sono posti in forma negativa, e il loro punteggio è stato invertito in fase di scoring, in modo tale che a un punteggio più alto corrisponda, effettivamente, un'autovalutazione maggiormente positiva.

La somministrazione della scala del benessere psicologico è avvenuta all'inizio della ricerca, come a fissare il punto 0, e riproposta ogni quattro sedute individuali (prevedendo incontri a cadenza settimanale), allo scopo di tracciare l'evoluzione nel corso del tempo delle sei dimensioni evidenziate dalla Ryff.

Le sei dimensioni sono costruite per sintetizzare e integrare i diversi modi di vedere il benessere prendendo in considerazione concetti come l'autorealizzazione, la persona pienamente funzionante, l'individuazione e la maturità, rifacendosi alla psicologia evolutiva e alla teoria del benessere legato allo stile di vita [2]. Più nello specifico, le dimensioni analizzate riguardano i seguenti argomenti:

1. **Autoaccettazione:** Accettare se stessi per come si è, comporta il prendere consapevolezza delle proprie congruenze e ambivalenze e l'accettare il proprio passato.
2. **Relazioni Positive:** Importanza del calore e della fiducia nelle relazioni e della

capacità di amare, di sviluppare empatia, di provare sentimenti di amicizia e intimità.

3. **Autonomia:** Regolazione del proprio comportamento “dall’interno”, sviluppo di un senso di indipendenza, conoscere e rispettare i propri bisogni e i valori personali.
4. **Padronanza Ambientale:** Capacità di scegliere o creare un ambiente adatto ai propri bisogni, abilità di manipolazione dell’ambiente, creatività.
5. **Scopo nella Vita:** Perseguire un progetto di vita, trovare un senso alla propria esistenza, dare senso al proprio passato e al proprio presente, raggiungere la consapevolezza di motivazioni e scopi.
6. **Crescita Personale:** Percepirsi come in cammino, in evoluzione nella propria esistenza.

### 2.3. Analisi dei dati

Lo scoring della PWB ha fornito i punteggi del benessere percepito da ogni paziente su ognuna delle sei dimensioni descritte dalla Ryff per quattro somministrazioni (tre mesi). I dati prodotti sono stati uniformati per far coincidere il valore della prima somministrazione con un punto 0 condiviso tra i pazienti e osservare lo spostamento del valore lungo i mesi di terapia. Successivamente sono state prodotte le medie dei valori di cambiamento delle sei dimensioni lungo le quattro somministrazioni. Infine è stata testata la correlazione lineare tra i mesi di terapia e le medie dei risultati delle dimensioni del benessere.

## 3. Risultati

I risultati preliminari mostrano una significativa correlazione lineare positiva tra il benessere totale (la somma delle dimensioni della PWB) e la durata della psicoterapia ( $r^2=0,991$ ,  $F=229.084$ ,  $P=0,004$ ). Questo indica un miglioramento generale del benessere percepito in una o più delle sei dimensioni studiate.

Esaminando le diverse dimensioni (autonomia, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive con gli altri, padronanza ambientale, autoaccettazione) possiamo osservare una tendenza media al miglioramento per tutte quante, con l’eccezione della crescita personale.

Cinque delle sei dimensioni mostrano una correlazione lineare positiva. Nel grafico sottostante (Figura 1) sono riportati i valori incrementali e le rette di regressione. Allo scopo di uniformare i dati iniziali, e di proporre un grafico leggibile, i punteggi risultanti dalla prima somministrazione della PWB sono stati standardizzati a 0. Questo non permette di effettuare un confronto tra i risultati dei singoli pazienti, ma offre la possibilità di osservare la dinamica del cambiamento delle dimensioni del benessere per tutto il campione. I dati grezzi dei singoli pazienti verranno utilizzati per studi single-case.

Nella tabella sottostante (Tabella 1) sono riportati i dati della significatività della regressione lineare delle singole dimensioni e del valore totale del benessere percepito,

con  $p < 0,05$ . Il benessere totale, la padronanza ambientale, le relazioni positive, lo scopo nella vita e l'auto-accettazione mostrano una regressione positiva significativa. La dimensione di crescita personale non mostra una regressione positiva significativa, mentre l'autonomia, nonostante suggerisca una regressione lineare positiva, non raggiunge gli standard della significatività (probabilmente è responsabilità del campione ancora troppo piccolo).

#### 4. Discussione e conclusioni

Prendendo in considerazione i dati raccolti è possibile osservare un generale aumento del benessere percepito da parte del paziente. In poche parole sembrerebbe aumentare la sua qualità di vita, obiettivo generale di ogni intervento psicoterapeutico.

Il fatto che dall'analisi dei dati risulti un percepibile incremento di dimensioni come padronanza ambientale, relazioni positive, scopo nella vita e autoaccettazione, riflette alcuni dei principi epistemologici della GT, cioè l'orientarsi verso una risoluzione degli eventi passati (chiusura delle Gestalt aperte), lo sviluppo del libero arbitrio, l'assunzione di responsabilità delle proprie scelte e la sperimentazione del contatto con l'ambiente.

Non è ancora chiaro perché la dimensione di crescita personale non abbia mostrato sviluppi nel tempo. È possibile che l'attuale tempistica della ricerca (tre mesi) sia troppo breve per osservare un cambiamento e che il costrutto di crescita personale sia più complesso rispetto alle altre dimensioni analizzate. È stato inoltre osservato che questa dimensione parte da un punteggio più elevato degli altri già dal momento di inizio della psicoterapia. Saranno necessari studi approfonditi per comprendere questo fenomeno tuttavia è possibile ipotizzare anche una correlazione tra l'alto punteggio di crescita personale e lo stimolo a cominciare un percorso psicoterapeutico. Aumentare il numero di somministrazioni del test potrà permettere di esplorare la dinamica di questa particolare dimensione.

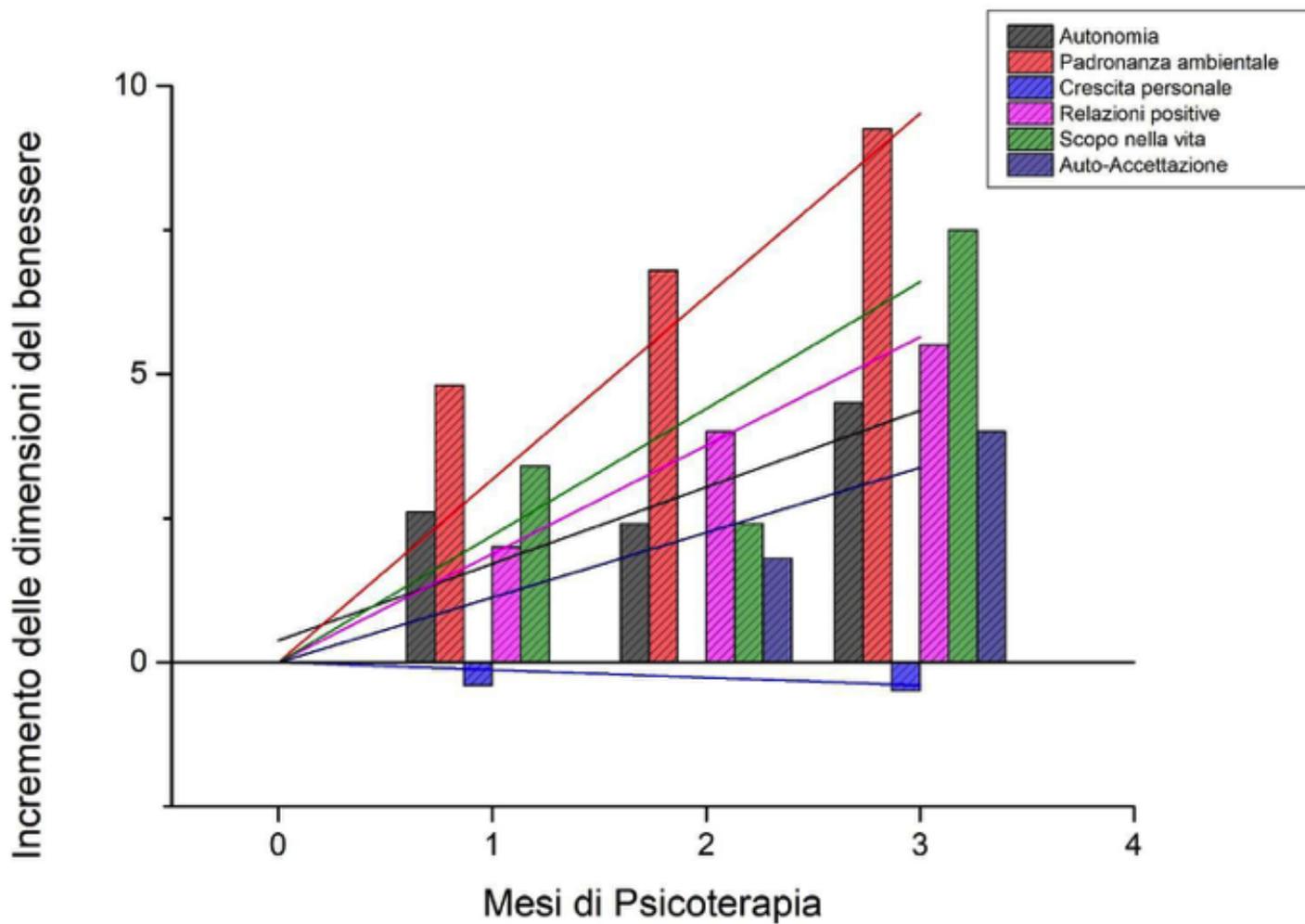
La proposta per un prosieguo della ricerca è quella di ampliare il campione attraverso un campionamento ragionato che prenda in considerazione i motivi che hanno portato i pazienti in terapia, allo scopo di correlare tali motivazioni con le diverse dimensioni che concorrono a formare il benessere percepito. Ciò ridurrebbe anche la grande variabilità riscontrata e permetterebbe studi più approfonditi intrecciando anche la scheda socio-demografica e le differenze tra i pazienti.

Gli sviluppi futuri prevedono anche lo studio delle narrazioni scritte prodotte dai pazienti ogni quattro sedute, i cui risultati affiancheranno quelli già presentati in questo lavoro. Inoltre, si esplorerà ciò che effettivamente accade di seduta in seduta, dal punto di vista sia del paziente che del terapeuta, in modo tale da poter osservare meglio e direttamente il processo terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Quattrini, G.P. (2007). *Fenomenologia dell'esperienza*. Zephyro Edizioni.
2. Cini, A., Oliva, S., & Quattrini, G. P. (2019). Well-Being: a proposal research on Gestalt therapy efficacy. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 1(1), 44-53.
3. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
4. Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
5. Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.
6. Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. *Phenomenology and psychological research*, 1, 23-85.
7. Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological psychology*, 43(1), 3-12.
8. Giorgi, A., Giorgi, B., & Morley, J. (2017). The descriptive phenomenological psychological method. *The sage handbook of qualitative research in psychology*, 176-192.
9. *Progetto Hermes*. (2011, March). Retrieved September 15, 2023, from <https://progettohermesfi-renze.blogspot.com/>

### Appendice



**Figura 1:** Variazione media delle sei dimensioni del benessere dal momento U (inizio psicoterapia). Le linee indicano l'adattamento lineare delle variabili (Autonomia,  $r^2=0,866$ ; Padronanza ambientale,  $R^2=0,959$ ; Crescita personale,  $r^2=0,292$ ; Relazioni positive,  $r^2=0,996$ ; Scopo nella vita,  $r^2=0,788$ ; Autoaccettazione,  $r^2=0,879$ ).

		<b>DF</b>	<b>SS</b>	<b>MS</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Benessere totale</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>491,041</b>	<b>491,041</b>	<b>229,084</b>	<b>0,004</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>4,287</b>	<b>2,144</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>495,327</b>	<b>165,109</b>		
<b>Autonomia</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>8,8445</b>	<b>8,845</b>	<b>12,978</b>	<b>0,069</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>1,363</b>	<b>0,682</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,208</b>	<b>3,402</b>		
<b>Padronanza Ambiente</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>44,253</b>	<b>44,253</b>	<b>46,369</b>	<b>0,021</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>1,909</b>	<b>0,954</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>46,162</b>	<b>15,387</b>		
<b>Crescita</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>0,0605</b>	<b>0,0605</b>	<b>0,823</b>	<b>0,460</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>0,147</b>	<b>0,0735</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0,208</b>	<b>0,0692</b>		
<b>Relazioni Positive</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>17,113</b>	<b>17,113</b>	<b>456,333</b>	<b>0,002</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>0,0375</b>	<b>0,0375</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>17,188</b>	<b>5,729</b>		
<b>Scopo nella Vita</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>23,112</b>	<b>23,112</b>	<b>7,414</b>	<b>0,113</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>6,235</b>	<b>3,118</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>29,348</b>	<b>9,783</b>		
<b>Auto Accettazione</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>9,522</b>	<b>9,522</b>	<b>14,560</b>	<b>0,062</b>
	<b>Error</b>	<b>2</b>	<b>1,308</b>	<b>0,654</b>		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,830</b>	<b>3,610</b>		

**Tabella 1:** Significatività della regressione delle sei dimensioni e del punteggio totale di benessere percepito con il tempo in psicoterapia. Crescita personale e Autonomia non risultano significativi mentre le altre dimensioni raggiungono lo standard di significatività.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# SIDA-Sport, Identità ed Adolescenza: Verso la costruzione di un nuovo protocollo di valutazione

Marco Filippini<sup>1</sup>, Vincenzo Filoso<sup>1</sup>, Serena Genghi<sup>1</sup>, Simona Verniti<sup>1</sup>, Sara Santarpia<sup>1</sup>, Gianmaria Granato<sup>1</sup>, Carlo Acanfora<sup>2</sup>, Nicole Nascivera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIPGI – Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli, Italy

<sup>2</sup> Psychologist, Napoli



## Citation

Filippini M., Filoso V., Genghi S., Verniti S., Santarpia S., Granato G., Acanfora C., Nascivera N. (2023). SIDA-Sport, Identità ed Adolescenza: Verso la costruzione di un nuovo protocollo di valutazione Phenomena Journal, 5, 38-44. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.196>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Marco Filippini  
[marco.filippini93@gmail.com](mailto:marco.filippini93@gmail.com)

**Ricevuto:** 19 ottobre 2023

**Accettato:** 17 novembre 2023

**Publicato:** 23 novembre 2023

## ABSTRACT

Sports psychology embraced the study of athletic identity in the 1990s. The objective of our research, after a careful review, is to create a new protocol, which can integrate a quantitative part with a qualitative part, giving life to a new test protocol that identifies the effectiveness of sport in identity construction in adolescence. The new protocol arises from the integration of two quantitative tests and a qualitative test, via a Google Form file. For administration, the chosen sample falls within the 14-18 years age group, where the data obtained will be analyzed by calculating the average and the standard deviation of the constructs investigated. This new protocol aims to demonstrate that there is a sporting self that is born in the adolescent who plays sports at a competitive level. What we are aiming for is a large-scale administration of the questionnaire which will allow us to standardize the instrument and therefore give life to a new study method on the influence of sport in the construction of adolescent identity.

## KEYWORDS

**Athletic identity Questionnaire; Athletic identity measurement scale; social identity exclusivity; negative affectivity; sport; adolescence; physical activity; sport psychology.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

La psicologia dello sport ha abbracciato lo studio dell'identità atletica negli anni Novanta. L'obiettivo della nostra ricerca, dopo un'attenta revisione, è quello di creare un nuovo protocollo, che possa integrare una parte quantitativa ad una parte qualitativa, dando vita ad un nuovo protocollo di test che vada ad individuare l'efficacia dello sport nella costruzione dell'identità nella fase adolescenziale. Il nuovo protocollo nasce dall'integrazione di due test quantitativi ed un test di tipo qualitativo, tramite un file di Google Form. Per la somministrazione il campione scelto ricade sulla fascia 14-18 anni, dove i dati ricavati saranno analizzati calcolando la media e la deviazione standard dei costrutti indagati. Questo nuovo protocollo vuol dimostrare che esiste un sé sportivo che nasce nell'adolescente che fa sport a livello agonistico. Quello a cui si punta è una somministrazione su larga scala del questionario che ci permetta di standardizzare lo strumento e quindi dare vita ad un nuovo metodo di studio circa l'influenza dello sport nella costruzione dell'identità dell'adolescente.

## PAROLE CHIAVE

**Questionario identità atletica; Scala di misurazione identità atletica; identità sociale; esclusività; affettività negativa; sport; adolescenza; attività fisica; psicologia dello sport.**



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], infatti in questo periodo inizia a costruirsi un senso coerente di sé e di identità.

L'interesse per tale concetto prende le mosse con la speculazione dello psicologo William James che nel 1980, inizia a considerare il "Sè" come fattore determinante primario per i pensieri umani, le loro azioni ed i propri sentimenti. Sono state proposte molte altre teorie rispetto all'identità: personale vs sociale, individuo vs collettività. Nel 1968, Erickson ha asserito che l'identità sia, in primis, un senso inconscio e costante/pervasivo di chi si è, sia come individuo che come membro di un gruppo o di una società.

Ognuno potrebbe auto-identificarsi, simultaneamente, come studente, docente, musicista, genitore o figlio. Erickson, inoltre, dichiara anche che l'identità personale non può esistere e svilupparsi isolatamente dalla propria cultura o ambiente di appartenenza: lo sviluppo dell'identità è inestricabilmente correlato al nucleo interno di ogni persona e, allo stesso modo, alle credenze della cultura condivisa con gli altri. Marcia, invece, identifica l'identità come un'identità-sé, un'organizzazione interna autocostruita e con bisogni, competenze, credenze e storie individuali dinamiche [2].

Bruner [3] 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 di 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 se 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. Raccontare la propria vita è per l'autore un modo per diventare ciò che si è veramente e questo 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, riconducibili ad alcune specifiche caratteristiche del sé: Capacità di agire, Impegno, Risorse, Coerenza, Qualità, Riflessività, Riferimento sociale, Valutazione e Localizzazione. Il modello di Bruner, quindi secondo il nostro punto di vista può ben integrarsi all'area di ricerca in materia di psicologia dello sport, che ha avuto un periodo molto fertile intorno agli anni Novanta dello scorso secolo, ma che comunque resta una materia "nuova" e quindi in fase di implementazione. Britton Brewer è stato uno dei primi ad avviare ricerche rispetto al concetto di identità atletica e, in merito, ha proposto lo studio sistematico di questa area di interesse. Secondo l'autore, 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).

Il modello bruneriano sembra presentare le caratteristiche più adatte 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.

## 2. Scopo

In questo articolo noi proponiamo un nuovo protocollo in fase di costruzione, che abbia come finalità l'esplorazione dell'identità sportiva in soggetti adolescenti, integrando due test di tipo quantitativo ed un test di tipo qualitativo.

## 3. Metodi

La nostra ricerca integra due strumenti quantitativi, ampiamente utilizzati in psicologia dello sport, ovvero l'Athletic Identity Questionnaire (AIQ) di Anderson [4] e l'Athletic Identity Measurement Scale (AIMS) [5] sviluppato da Brewer & Cornelius (2001), con l'aggiunta di uno strumento di tipo qualitativo ideato da Bruner. Sia l'AIQ che l'AIMS sono stati tradotti in italiano, quindi si punterà anche ad una standardizzazione di entrambi.

Il campione, a cui saranno somministrati i test, comprenderà soggetti che praticano attività sportiva, di età compresa tra i 14 e 18 anni. Gli stessi test saranno somministrati anche ad un campione di controllo: soggetti con età compresa tra i 14 e 18 anni, ma che non svolgono attività sportiva.

I dati raccolti comprenderanno l'età dei soggetti, il genere, se praticano sport o non lo praticano, la tipologia di sport (di squadra o individuale), il peso e l'altezza.

### 3.1 Strumenti

Di seguito vengono descritti i costrutti su cui si basano i tre test.

L'AIQ di Anderson è uno strumento composto da 40 item su una scala Likert a 5 punti ed i costrutti considerati sono:

Tabella 1.

1) Appearance, ovvero il grado di percezione dell'apparenza e della forma fisica;
2) Competence, ovvero il grado di percezione e di autoefficacia sportiva del soggetto;
3) Importance of Physical Activity, ovvero il grado di attaccamento e di priorità dato all'attività fisica rispetto ad altre attività ed imprevisti;
4) Encouragement from parents/best friends/teachers or other adults, ovvero il grado di supporto percepito da genitori/ migliori amici/ insegnanti ed altri adulti.

L'AIMS è uno strumento composto da una scala Likert a 7 punti e le componenti sono così spiegate:

Tabella 2.

1) Social Identity, ovvero il grado di percezione che un individuo ha del proprio ruolo di atleta;
2) Exclusivity, ovvero il grado in cui l'autostima di un individuo è stabilita attraverso la partecipazione al ruolo atletico;
3) Negative Affectivity, ovvero la misura in cui un individuo prova emozioni negative a causa dei risultati sportivi indesiderati.

Per entrambi i test di tipo quantitativo, i dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica. Verrà effettuata l'analisi descrittiva, in particolare la media e la deviazione standard. In seguito verranno comparati i dati dei due campioni per poter verificare la nostra ipotesi di ricerca.

Lo strumento qualitativo, di tipo autobiografico, è stato proposto da Confalonieri (2004) ed ha come indicatori:

Tabella 3.

1) Azione (Agency): raccontare le attività pratiche in cui il soggetto è coinvolto in prima persona, gli atti di libera scelta intrapresi al fine di realizzare un progetto o uno scopo. Si esprime con verbi di movimento come andare, venire, fare, studiare...
2) Impegno (Commitment): indica adesione e/o opposizione a norme e ad azioni compiute in loro nome, quindi evidenzia il coinvolgimento diretto del soggetto in un'azione, un'impresa, un compito. È espresso da verbi modali come potere, dovere, volere...
3) Risorse (Resources): rileva le strategie cognitive e sociali, necessarie al raggiungimento di obiettivi o al superamento degli ostacoli che si frappongono alla realizzazione dei progetti del protagonista. Espresso da verbi di azione come raggiungere, trovare, imparare...
4) Coerenza (Coherence): manifesta la volontà del narratore di costruire una storia dotata di una sua logica interna, attraverso la creazione di uno scenario nel quale gli avvenimenti assumono un significato. Si esprime con i verbi come ricordare, raccontare, spiegare...
5) Aspetti di Qualità (Qualia): esprime il sé da un punto di vista percettivo e qualitativo, cerca di caratterizzare il modo di "sentire" la vita del protagonista. È espressa da verbi mentali come arrabbiarsi, descriversi...

6) <b>Riflessività (Reflexivity):</b> si riferisce alla parte metacognitiva del Sé. È connotato dall'uso di verbi mentali che parlano delle modalità di pensiero impiegate dall'autore per compiere la propria analisi dell'esperienza passata o presente. I verbi più ricorrenti sono pensare, sapere, ritenere...
7) <b>Riferimento Sociale (Social Reference):</b> rappresenta la rete di affetti e di legami sociali che serve da riferimento per i sé e per la scelta e la giustificazione dei propri valori e dei progetti anche in chiave contrappositiva. È costituito da riferimenti a persone o gruppi quali famiglia o classe.
8) <b>Valutazione (Evaluation):</b> la volontà del narratore di esprimere un giudizio su eventi o comportamenti propri ed altrui, osservandoli come dall'esterno, in una posizione distaccata. Espresso con avverbi di qualità, ad esempio "come per me".
9) <b>Localizzazione (Positional):</b> rivela come un individuo si colloca nel tempo, nello spazio e nell'ordine sociale. È espresso da verbi di posizione come trascorrere, frequentare...

Questi indicatori, proposti da Bruner e ripresi da Confalonieri [6], servono ad effettuare la codifica, andando a localizzare i marker linguistici utili ad identificarli. la creazione del protocollo è stata fatta tramite un file di Google Form, che ci permette di avere in formato digitale tutti gli strumenti descritti in precedenza, ma anche di raggiungere un campione più vasto. Il file è stato creato in questo modo:

- 1) il consenso al trattamento dei dati,
- 2) casella per l'età, poichè il campione è focalizzato sulla fascia 14-18.
- 3) Sono stati inseriti gli item dei due test quantitativi.
- 4) Consegna per effettuare il test qualitativo.

La consegna inserita per il test qualitativo in Google Form si presenta così:

*"Ti chiedo di provare a raccontare la tua storia, scrivendola come se la dovessi comunicare ad una persona interessata a te, ma che non ti conosce. Puoi provare a scrivere ciò che vuoi e nel modo che ritieni opportuno, cercando di far capire all'altro chi sei tu, quali sono le tue caratteristiche e come sei arrivato ad essere quello che sei". [7]*

Ai soggetti non è stato dato alcun limite di tempo per svolgere il test. Inoltre, è previsto un follow-up a 12 mesi dalla somministrazione.

### 3.2. Analisi dei dati

I dati saranno analizzati calcolando la media e la deviazione standard dei costrutti indagati. Data l'omogeneità del campione (per genere ed età) non saranno effettuati comparazioni tra i gruppi, ma sarà tracciato, attraverso il follow-up, l'andamento di-

mensionale entro i soggetti, in modo da capire quali potrebbero essere i motivi che portano ad uno spostamento dei valori dei costrutti considerati.

#### 4. Disegno di ricerca

Tabella 4.

Somministrazione tramite Google Form della SIDA ad un campione di adolescenti sportivi
Raccolta consenso informato da parte dei tutori-genitori, inserito nel Google Form
Raccolta dati
Analisi dei dati e standardizzazione
Somministrazione tramite Google Form della SIDA ad un campione adolescente non sportivo
Raccolta dati ed analisi dei dati
Comparazione risultati
Follow-up a 12 mesi dalla prima somministrazione

#### 5. Discussioni

Con questo nuovo protocollo si ipotizza che gli adolescenti che praticano uno sport (sia esso di squadra oppure individuale) hanno una maggiore percezione ed autostima rispetto al campione che non effettua sport.

Inoltre, un adolescente sportivo può avere una forte dipendenza emotiva dai suoi risultati sportivi, dal suo aspetto fisico, dalla percezione di sentirsi abile nello sport di riferimento, riuscendo anche a coinvolgere le figure adulte più prossime nel suo processo di crescita e di carriera. Questo magari non avviene in un adolescente che non pratica sport, in linea con gli studi di Edison et al. [8].

Quindi si potrebbe ipotizzare che esiste un vero e proprio sé sportivo, che nasce all'interno dell'adolescente quando inizia a praticare un qualsiasi tipo di sport, così come si evince dall'analisi di Lochbaum et al. [9].

#### 6. Conclusioni

Per effettuare la somministrazione dei test sono stati presi accordi con alcuni importanti settori giovanili di sport di squadra come l'Academy del Basket Scafati, oppure l'Academy delle Fiamme Torresi. Noi puntiamo ad una somministrazione su larga

scala, che ci permetta di standardizzare questa batteria, affidandoci ad un link di Google Form, strumento molto più veloce rispetto al cartaceo. Nelle prossime ricerche puntiamo a proporre i risultati che abbiamo ottenuto. Sicuramente ci sono dei limiti in questa ricerca, come ad esempio la dispersione del campione, che può avvenire soprattutto nei soggetti non sportivi, in quanto non affiliati a nessuna società/associazione sportiva, ma anche nei soggetti neo maggiorenni che usciranno successivamente fuori dal nostro range di età. La standardizzazione di questa batteria potrà darci un nuovo metodo di studio circa l'efficacia dello sport nella costruzione dell'identità nell'adolescente. L'identità sportiva, così come descritta da Ronkainen et al. [10], si sposta da un approccio post positivista ad una diversificazione delle metodologie di ricerca, dei metodi e dei risultati, fornendo maggiore spazio alla nascita di tipologie di ricerca di carattere misto, che comprendano una visione maggiormente fluida dei concetti di identità.

## BIBLIOGRAFIA

1. Filippini M.; Filoso V.; Genghi S.; Annunziata N.; Nascivera N. (2023) Sport, Identità e adolescenza: Una breve rassegna. *Phenomena Journal*, 5, 83-87
2. Bruner J.S (1998). A Narrative Model of Self Construction. In Snodgrass, J.G; Thompson, R. (eds). *New York Academy of Science Annals. The self across psychology: Self recognition, self-awareness and self -concept*. New York: New York Academy Of Sciences.
3. Bruner J.S. (1998). A Narrative Model of Self Construction. In Snodgrass, J.G; Thompson, R. (eds). *New York Academy of Sciences. Annals. The self across psychology: Self recognition, self-awareness and the self-concept*. New York: New York Academy of Sciences.
4. Anderson C.B; Masse L.C; Hergenroeder A.C. (2007) Factorial and Construct Validity of the Athletic Identity Questionnaire for Adolescence. Baylor College of Medicine, Department of Pediatrics, Children's Nutrition Research Center, Houston, TX and University of British Columbia, Department of Pediatrics, Centre for Community Child Health Research, Vancouver, CANADA
5. Brewer W.B; Cornelius A.E (2001) Norms and Factorial Invariance of the athletic identity Measurement Scale. *The Academic Journal*. P 103
6. Confalonieri, E. (2004). *Adolescenze e percorsi di sviluppo: uno studio qualitativo con adolescenti in famiglia e comunità*. In L. Aleni Sestio (a cura di), *Processi di formazione dell'identità in adolescenza*. Napoli Liguori, pp.273-298.
7. Confalonieri, E., Scaratti, G (a cura di). (2000). *Storie di crescita. Approccio narrativo e costruzione del sé in adolescenza*. Milano: Unicopli.
8. Edison B.R.; Christina M.A.; Rizzone K.H (2021) Athletic Identity in Youth Athletes: A Systematic Review of the Literature.
9. Lochbaum M.; Cooper S.; Limp S. (2022) The Athletic Identity Measurement Scale: A Systematic Review with Meta-Analysis from 1993 to 2021.
10. Ronkainen N.; Kavoura A.; Ryba T.V. (2016) A meta-study of athletic identity research in sport psychology: Current status and future directions.

## MINI REVIEW

# Autismo, psicosi e disturbi del comportamento alimentare, tra comorbidità psichiatrica e diagnosi differenziale: una mini review

Simona Durante<sup>1</sup>, Angela Ammendola<sup>1</sup>, Francesco Marino<sup>1</sup>, Salvatore Di Donna<sup>1</sup>, Flavia Morfini<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy**Citation**

Durante S., Ammendola A., Marino F., Di Donna S., Morfini F. (2023). Autismo, psicosi e disturbi del comportamento alimentare, tra comorbidità psichiatrica e diagnosi differenziale: una mini review Phenomena Journal, 5, 45-52. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.208>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**Simona Durante  
[durante.psicologa@gmail.com](mailto:durante.psicologa@gmail.com)**Ricevuto:** 24 ottobre 2023**Accettato:** 23 novembre 2023**Pubblicato:** 4 dicembre 2023

## ABSTRACT

From a thorough examination of the scientific literature in recent years, it emerges in the diagnostic/clinical and psychotherapeutic landscape that the overlap of symptoms between autism spectrum disorder and other psychopathologies represents a barrier from the diagnosis stage. Autism spectrum disorders have several comorbidities, which not only make the diagnostic process challenging but also require further investigation to ensure accurate and targeted interventions. In this paper, the authors examine the differential diagnosis and psychiatric comorbidity with level 1 autism in adulthood of two clinical conditions: psychosis and eating disorders. Psychotic symptoms can indeed be confused with autistic symptoms, just as the reverse can occur. Similarly, selective eating and sensory aversion, which are common symptoms in autism, overlap with a diagnosis of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, as well as pose a threat in the treatment of Anorexia Nervosa in patients with autism. All of this represents a challenge for diagnosis and treatment. Many authors emphasize the need for ongoing research into the causes of comorbidities, as well as the development of new therapies for effective treatments. The objective of this article is to provide a review of the scientific literature on this subject with a focus on adult individuals. All of this represents a challenge for diagnosis and treatment: many authors highlight, for this reason, the need for ongoing research on the causes of comorbidities as well as the development of new therapies for effective treatments. The objective of this article is to produce a review of the scientific literature on the subject with reference to adult individuals. The aim is to lay the groundwork for the development of an assessment protocol that identifies the variables that differentiate the presence of level 1 autism disorder from an eating disorder and psychosis. Through this protocol, it is hoped to improve the accuracy and specificity of diagnoses for these conditions and facilitate the implementation of targeted interventions.

## KEYWORDS

autism, psychosis, personality disorders, eating disorders, ARFID.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Da un accurato esame della letteratura scientifica degli ultimi anni, emerge nel panorama diagnostico/clinico e psicoterapico che la sovrapposizione dei sintomi tra disturbo dello spettro autistico e altre psicopatologie rappresenta un ostacolo sin dalla diagnosi. I disturbi dello spettro autistico presentano non poche comorbidità, le quali oltre a rendere ostico il processo diagnostico, richiedono approfondimenti al fine di garantire interventi accurati e mirati. In questo elaborato gli autori prendono in esame la diagnosi differenziale e la comorbidità psichiatrica con l'autismo di livello 1 in età adulta di due condizioni cliniche: la psicosi e i disturbi del comportamento alimentare. La sintomatologia psicotica può, infatti, essere confusa con la sintomatologia autistica così come può avvenire il contrario. Allo stesso modo, la selettività alimentare e l'avversione sensoriale che rappresentano una sintomatologia frequente nell'autismo sono segni sovrapponibili ad una diagnosi di Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, oltre che costituire una minaccia nel trattamento dell'Anorexia Nervosa in pazienti affetti da autismo. Tutto ciò rappresenta una sfida per la diagnosi e il trattamento: molti autori evidenziano, per tale ragione, la necessità di continue ricerche sulle cause delle comorbidità così come sulla creazione di nuove terapie per trattamenti efficaci. L'obiettivo di quest'articolo è produrre una rielaborazione della letteratura scientifica in materia con riferimento a soggetti adulti. La finalità è porre le basi per la stesura di un protocollo di assessment in cui sono identificate le variabili che discriminano la presenza di un disturbo autistico di livello 1 da un disturbo del comportamento alimentare e da una psicosi.

## PAROLE CHIAVE

autismo, psicosi, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, ARFID.

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

## 1. Introduzione

L'autismo (ASD) è un disturbo del neurosviluppo che può influenzare la comunicazione sociale, l'interazione reciproca e il comportamento di una persona. È caratterizzato da una combinazione di sintomi che variano da lievi a gravi e possono manifestarsi in modo diverso da persona a persona. Le persone con autismo possono avere difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale, come la comprensione del linguaggio e l'uso appropriato delle espressioni facciali e dei gesti. Possono presentare interessi e attività ristretti e ripetitivi, mostrare resistenza ai cambiamenti nella routine e avere sensibilità sensoriali diverse. È importante notare che l'autismo è uno spettro, il che significa che le esperienze e la sintomatologia possono variare notevolmente da individuo a individuo. Alcune persone con autismo possono avere abilità eccezionali in determinate aree, come la musica o le scienze, e ancora possono avere bisogno di un sostegno significativo nella vita quotidiana [1]. In particolare, l'autismo di livello 1, oggetto d'interesse del nostro lavoro, si riferisce a una delle tre diverse categorie di autismo definite dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5). Il livello 1 è il più lieve tra i tre livelli di autismo identificati dal DSM 5. Le persone con autismo di livello 1 possono presentare difficoltà nella comunicazione sociale e nell'interazione reciproca con gli altri. Possono avere interessi e attività ristretti e ripetitivi e potrebbero manifestare inflessibilità nel cambiare le loro routine o abitudini quotidiane. Nella nostra pratica clinica ci possiamo trovare di fronte a psicotici ripetitivi. La manifestazione comportamentale della ripetitività è però in questo caso inquadrabile come delirio, convinzione rigida e immutabile che non è supportata da un adeguato esame di realtà, mentre nel funzionamento autistico la ripetitività è legata al bisogno di routine, come evidenziato in precedenza [2]. La discriminazione tra la diagnosi di autismo e disturbi psicotici può essere una sfida perché entrambe le condizioni possono avere un'ampia sovrapposizione sintomatologica. Il legame tra disturbi alimentari e disturbi dello spettro autistico è stato oggetto di studio già negli anni '80, quando il professore svedese di psichiatria infantile, Christopher Gillberg, teorizzò che l'anoressia nervosa fosse la versione femminile dell'autismo [3]. Ancora oggi, il legame tra una delle psicopatologie più rischiose per la salute degli esseri umani e l'ASD è un terreno che merita continui approfondimenti, in virtù delle numerose sovrapposizioni fenotipiche e delle difficoltà di garantire risultati trattamentali adeguati alla complessità dei fenomeni. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), ha sempre interessato la popolazione infantile e solo dalla quinta edizione del DSM ha iniziato a declinarsi anche sulla popolazione adulta. A differenza dell'anoressia nervosa, nell'ARFID i pazienti non presentano una componente dimorfofobica, ciononostante si rifiuta di nutrirsi correttamente compromettendo gravemente il proprio stato di salute.

## 2. Scopo

La domanda che ha guidato questo articolo deriva dal voler sintetizzare cosa è presente nella più recente letteratura scientifica riguardo alla diagnosi differenziale tra

disturbi alimentari, psicosi e autismo di tipo 1, parimenti approfondire se esistono e quali sono le nuove frontiere di intervento per trattare adeguatamente le complessità delle psicopatologie che si intersecano con la condizione autistica. Il modello utilizzato nella presente revisione è quella del metodo PRISMA [4].

### 2.1 Criteri di ammissibilità per gli articoli selezionati

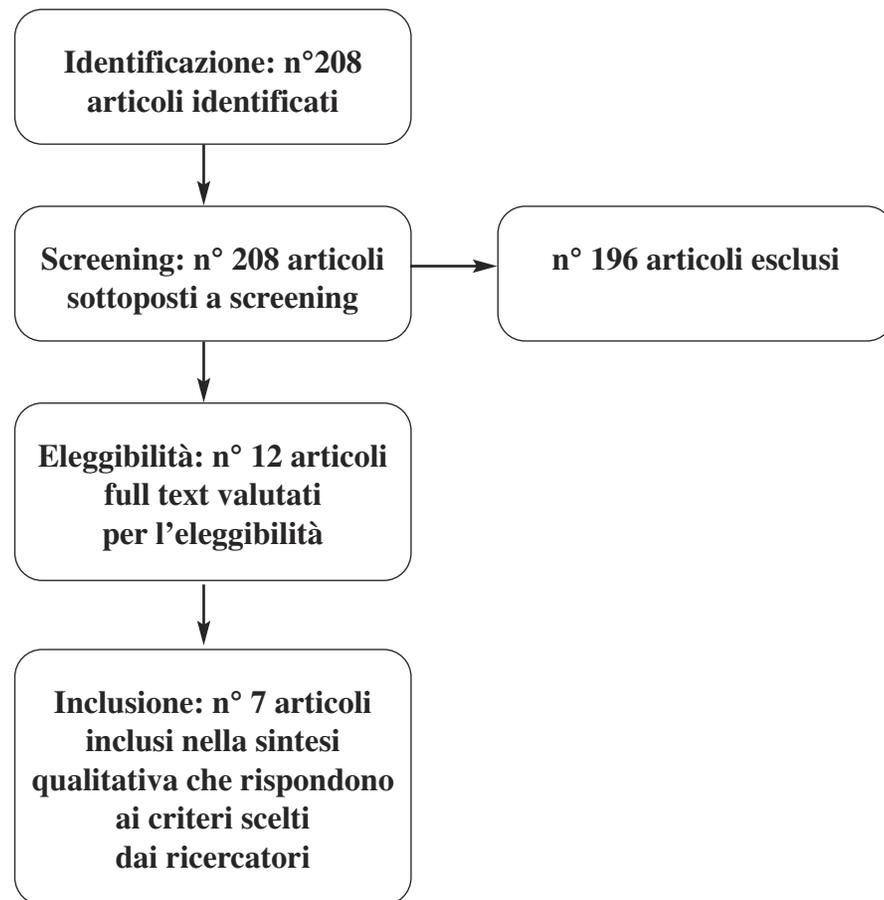
Allo scopo di rispondere al quesito di ricerca e identificare gli articoli pertinenti l'oggetto di studio è stata svolta dagli autori una ricerca sui due database elettronici Google Scholar e PubMed, da cui sono stati selezionati articoli pubblicati tra il 2013 e il 2023, utilizzando come dati di ricerca le seguenti parole chiave: *Autismo + psicosi + diagnosi differenziale; Autismo + psicosi + comorbidità; Autismo + disturbi alimentari + comorbidità; Autismo + ARFID + comorbidità; Autismo + ARFID + diagnosi differenziale; Autismo + restrizione alimentare + adulti; Autismo + disturbi alimentari; Autismo + psicosi.*

La lingua scelta è la lingua inglese e sono state selezionate review e ricerche qualitative che rispondevano al focus che s'intende trattare e sono stati esclusi gli articoli non pertinenti rispetto all'oggetto d'indagine (Tab. 1) (Fig.1).

Tab. 1 Criteri di Ammissibilità

Criterio	Inclusione	Esclusione
Anno pubblicazione	2013-2023	Studi precedenti al 2013
Lingua	Inglese	Altre lingue
Focus dello studio	Problematiche legate alla diagnosi differenziale e alla comorbidità nel processo diagnostico e terapeutico di: persone adulte con autismo di livello 1 e con disturbi psicotici; persone adulte con autismo di livello 1 e disturbi del comportamento alimentare	Nessuna osservazione delle problematiche che si vogliono indagare
Focus della letteratura	Studi inerenti alla diagnosi differenziale e/o comorbidità tra autismo e altre psicopatologie quali psicosi e disturbi del comportamento alimentare.	Articoli i cui temi divergono dal confronto tra le condizioni oggetto d'indagine
Campione degli studi	Soggetti autistici di tipo 1 di età adulta compresa tra i 18 e 48 anni con un funzionamento cognitivo nella norma o non inferiore al cut off per la diagnosi di disabilità intellettiva.	Soggetti aventi diagnosi di disabilità intellettiva e comorbidità con le condizioni oggetti di studio. Bambini e anziani.

Fig. 1 Diagramma di flusso processo di selezione articoli



### 3. Risultati

Per quanto concerne l'indagine tra comorbidità e diagnosi differenziale tra autismo e psicosi, sono risultate chiare le difficoltà cliniche, diagnostiche e terapeutiche legate alle condizioni in esame, le cui sfumature sono ostiche.

Tra i sintomi negativi comuni alle due sindromi troviamo: l'interazione sociale compromessa, deficit di comunicazione, apatia, abulia e appiattimento emotivo [5].

Tra i sintomi positivi in comune, invece, troviamo manifestazioni comportamentali legate a gesti emotivi strani o eccessivi, stereotipie motorie, schemi di linguaggio stereotipati e manierismi insoliti.

Da un punto di vista neuropsicologico diversi studi hanno identificato che deficit paralleli nella cognizione sociale presenti sia nell'autismo che nella schizofrenia possono avere origini simili nell'attivazione neuronale atipica di aree cerebrali selezionate.

Dallo studio di Trevisan et al. [6] emerge l'importanza di una maggiore ricerca scientifica sui sistemi biologici sottostanti condivisi che possono dare origine a autismo e schizofrenia e a come avviene il processo di differenziazione fenotipica riguardante le manifestazioni psicopatologiche delle due sindromi. Per quanto concerne l'indagine tra comorbidità e diagnosi differenziale tra autismo e disturbi del comportamento

alimentare, molte ricerche supportano la possibilità che i tratti autistici rilevati in pazienti con anoressia nervosa, siano conseguenti alla deprivazione alimentare [7] e rappresentano, dunque, una risposta difensiva messa in atto dall'organismo. Diversi studi mettono in luce le difficoltà dei clinici nel trattamento di queste comorbidità che, per quanto inesplorate dal punto di vista del trattamento, risultano più frequenti di quanto si potrebbe prevedere, rendendo ostico il lavoro di intervento riabilitativo a causa della richiesta di conoscenze specifiche nel trattare la psicopatologia alimentare nella neurodiversità, ancor di più nei casi in cui i tratti autistici in comorbidità siano presenti senza una diagnosi conclamata [8].

#### 4. Disegno di ricerca

Nonostante la presenza di sintomi altamente sovrapponibili anche da un punto di vista strutturale, risulta importante sottolineare che le manifestazioni sintomatologiche presenti nell'autismo sono espressione patoplastica di neurodiversità, mentre come affermato anche dagli studi di Ping-Nie Pao, le manifestazioni sintomatologiche in individui affetti da psicosi, si configurano come la risultante di meccanismi difensivi primitivi volti a preservare l'organismo da un'affettività dolorosa. In un'ottica bio – psico – sociale la psicosi è inquadrabile come una condizione che si innesca dall'interazione tra un particolare pattern personologico vulnerabile e le affordance fornite dall'ambiente, pertanto l'interruzione di contatto con l'esperienza emotiva e l'autismo, inteso come alienazione dal piano di realtà, diviene l'unica possibilità di sopravvivenza psicologica. L'ambivalenza a livello emotivo e di pensiero nelle psicosi, che riscontriamo nella pratica clinica, è un meccanismo di interruzione del contatto con l'ambiente esterno, il cui incontro genererebbe la slatentizzazione di un'angoscia emotiva faticosa da integrare nella propria personalità. Anche la disorganizzazione verbale e sociale nelle psicosi è un modo per appiattare un'affettività che sarebbe altrimenti intollerabile, invece nell'autismo la compromissione del linguaggio non presenta le caratteristiche di un'insalata di parole, ma tale compromissione linguistica è causata da un disordine della programmazione di segmenti linguistici [9]. Deliri ed allucinazioni sono i sintomi attivi nelle psicosi e sono una strada che l'organismo si costruisce per integrare aspetti frammentati del Sè, con lo scopo di restituirgli una coerenza organismica e ricomporre la forma di un 'tutto' superiore alla somma delle sue singole parti. La spinta all'autorealizzazione, così definita da Goldstein [10], in questo caso, emergerebbe da uno sfondo di un'affettività angosciante che potrebbe trovare la sua forma compiuta appunto in deliri o allucinazioni.

Deliri e allucinazioni distinguono un quadro psicotico da un quadro autistico, ciononostante persone con autismo potrebbero sviluppare tali sintomi psicotici nel corso della vita.

I pazienti affetti da AN mostrano forte rigidità cognitiva, rituali e routine legate all'alimentazione, paura e avversità rispetto al cibo; l'atto di alimentarsi e di entrare in contatto con l'esperienza nutritiva, così come le modificazioni corporee, rappresen-

tano un ostacolo alla sopravvivenza e fonte di angoscia psicologica. L'immodificabilità dell'ambiente interno si trasforma in un dettame di controllo autoconservativo supportato dal desiderio delirante di restare in vita attraverso il deperimento organico. Parimenti, per il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo, l'esperienza alimentare diventa l'incontro con l'oggetto fobico potenzialmente nocivo e sensorialmente insostenibile.

Riassumendo,

rispetto le *variabili in comune* tra *autismo* e *psicosi*, troviamo:

- l'interazione sociale compromessa
- compromissione verbale
- apatia
- abulia
- appiattimento emotivo
- manifestazioni comportamentali legate a gesti emotivi strani o eccessivi
- stereotipie motorie
- schemi di linguaggio stereotipati
- manierismi insoliti
- compromissione sensoriale

Rispetto alle *variabili non in comune*, troviamo:

per le *psicosi*

- ambivalenza emotiva e di pensiero
- deliri
- allucinazioni
- perdita della realtà

per l'*autismo*

- bisogno di routine
- immodificabilità dell'ambiente

Tra le *variabili presenti nelle comorbidità tra autismo e disturbi del comportamento alimentare*, troviamo:

- selettività alimentare
- avversità sensoriale
- rigidità cognitiva
- perfezionismo
- bisogno di routine
- scarsa tollerabilità al cambiamento
- iper/iposensorialità

Rispetto alle *variabili non in comune*, troviamo:

per i *disturbi del comportamento alimentare*

- fobia per le reazioni avverse
- dismorfofobia
- preoccupazione eccessiva e pervasiva rispetto al cibo e ai pasti
- paura di ingrassare

È importante ricordare che per le psicosi e i disturbi del comportamento alimentare le variabili in comune sono da intendersi come espressione di meccanismi difensivi per proteggere l'organismo da un'angoscia emotiva mentre per l'autismo da intendersi come condizione patoplastica di neurodiversità.

Si sottolinea, altresì, che le variabili di cui sopra sono il risultato di un'indagine preliminare che necessita di ulteriori approfondimenti e sviluppi data l'intrinseca complessità dell'argomento preso in esame.

## 5. Conclusioni

In conclusione, l'autismo è un disturbo dello sviluppo caratterizzato da difficoltà nella comunicazione sociale e nell'interazione reciproca, insieme a interessi e comportamenti ripetitivi. Le persone con autismo possono avere difficoltà a comprendere le emozioni degli altri, a interpretare le espressioni facciali, possono avere un'elevata sensibilità ai cambiamenti ambientali, selettività alimentare e mostrare comportamenti ripetitivi come il movimento delle mani o l'interesse eccessivo per un particolare argomento. Ci sono alcune variabili che possono essere comuni sia nell'autismo che in altri quadri psicopatologici come la psicosi o disturbi del comportamento alimentare. Pertanto la diagnosi differenziale, quindi, richiede una valutazione approfondita da parte di clinici e terapeuti, soprattutto quando autismo e psicosi non si manifestano nella persona nella loro forma sintomatologica estrema [11].

In virtù della sovrapposizione sintomatologica che rende ostico il processo diagnostico e di intervento, l'evoluzione della ricerca potrebbe muoversi nella messa a punto di un protocollo di assessment che tenga conto altresì di un'accurata anamnesi e dei marker diagnostici, ma che non limiti la diagnosi ad una dimensione quantitativa di sovrapposibilità nosografica e che prenda in esame la complessità dell'individuo, ponendo l'accento sulla patogenesi sintomatologica, attraverso un esame dei meccanismi di difesa sottostanti le condizioni prese in esame [12]. Alcuni meccanismi di difesa che possono essere osservati nell'autismo includono l'isolamento, la ripetizione e la routine, le fissazioni su interessi specifici, l'ipersensibilità o l'ipo/ipersensibilità sensoriale. Alcuni di questi meccanismi di difesa sono sovrapposibili a quelli manifestati da pazienti affetti da DCA, in particolare l'isolamento e la rigidità cognitiva e il perfezionismo [13], mentre nelle psicosi si rilevano la rimozione, la negazione, la proiezione, lo spostamento, pertanto, in virtù della complessità dagli elementi osservabili e descrittivi si dimostra fondamentale una sistematizzazione dei marker diagnostici al fine di declinare gli elementi qualitativi in uno sfondo nosografico che, però, non escluda gli aspetti ecologici unici del paziente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baron Cohen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Astrolabio Ubaldini
2. APA. (2013). *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali. DSM 5*.
3. Gillberg, C. (1983). Are autism and anorexia nervosa related? *Br J Psychiatry*.142:428. doi: 10.1192/bjp.142.4.428b.
4. Liberati, A., Altman, D., G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., C., Ioannidis, J., P., A., Clarke, M., Devereaux, P., Kleijnen, J., Moher, D. (2021). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. National Library of Medicine
5. Galluzzo, A., Carpi, E., & A., *I disturbi cognitivi nella schizofrenia*. Springer Link
6. Trevisan, D., A., Foss-Feig, j., H., Naples, A., J., Srihari, V., Anticevic, A., McPartland, J., C. (2020). Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms
7. Kinnaird, E., Norton, C. & Tchanturia, K. (2017). Clinicians' views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 17, 292. doi:10.1186/s12888-017-1455-3
8. Farag, F., Sims, A., Strudwick, K., Carrasco, J., Waters, A., Ford, V., Hopkins, J., Whitlingum, G., Absoud, M., Kelly, V.B. (2021). Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder: Clinical implications for assessment and management. *Dev. Med. Child Neurol.* 64, 176–182.
9. <https://www.ilariaortolani.it/site/index.php/publicazioni>
10. Penzo, A., Scalini, L. (2017). *Psicologia Dinamica*. Goldstein: la Teoria Organismica. Psichepedia Network
11. Kokurkan, A., Atbasoglu, E., C. (2015). Differential Diagnosis of Schizophrenia: Psychotic Symptoms in Neurodevelopmental Disorders and Psychotic Disorders due to other Medical Conditions
12. Konstantareas, M., M., Hewitt, T. (2001). Autistic disorder and schizophrenia: diagnostic overlaps. National Library of Medicine
13. Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 21, 345–351. doi: 10.1002/erv.2244

## IPOTESI E METODI DI STUDIO

# Autismo di livello 1 e disturbo schizoide di personalità in età adulta

Salvatore Di Donna<sup>1</sup>, Francesco Marino<sup>1</sup>, Simona Durante<sup>1</sup>, Angela Ammendola<sup>1</sup>, Flavia Morfini<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy

## ABSTRACT

This article is focused on the treatment of level 1 autism in adulthood in the absence of cognitive disability. It shows the importance, in order to a psychotherapeutic project sewn on the patient, to make a correct differential diagnosis. It identifies, at the same time, elements of psychiatric comorbidity. At the state of the art of autism research, the scientific production about these aspects does not, however, adequately comprehensive and up-to-date. This amplifies the clinician's difficulties because, in level 1 autism, the diagnostic assessment process is, frequently, complex. The purpose of our work is the proposal of an assessment tool to support the clinician in this evaluation process. This tool is based on a line of research currently evolving in the international scientific landscape: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), a dimensional classification system, derived from the observed covariation between psychopathology symptoms and adaptive traits. It seeks to provide more informative research and treatment objectives (i.e. dimensional constructs and clinical evaluations) compared to traditional diagnostic categories. In other words, the focus is on processes and, therefore, on the configurations of pictures and not of syndromes: the focus is on human neuro-behavioral functioning, on how people perceive physical and social stimuli in specific life contexts. In order to elaborate this tool, based on a rigorous review of the literature on the subject and our clinical experience, we will identify the main variables that allow us to discern elements of differential diagnosis and psychiatric comorbidity for personality disorders.

## KEYWORDS

autism, personality disorders, comorbidity.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente articolo, focalizzato sul trattamento dell'autismo di livello 1 in età adulta in assenza di disabilità cognitiva, evidenzia l'importanza, al fine di un progetto psicoterapico cucito addosso al paziente, di effettuare una corretta diagnosi differenziale individuando, allo stesso tempo, elementi di comorbilità psichiatrica. Allo stato dell'arte della ricerca sull'autismo la produzione scientifica inerente tali aspetti non è, tuttavia, adeguatamente esaustiva ed aggiornata. Ciò amplifica le difficoltà del clinico poiché, nell'autismo di livello 1, il processo di valutazione diagnostico è, frequentemente, complesso. Il lavoro sarà incentrato sulla diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica dell'autismo di livello 1 in età adulta con i disturbi di personalità con peculiare attenzione al disturbo schizoide di personalità in cui il processo di diagnosi differenziale è, talvolta, complesso. Attualmente, il Cluster A ed il Cluster C sono i disturbi di personalità più concomitanti nel Disturbo dello Spettro Autistico, mentre più netta è la distinzione con il Cluster B. La finalità del nostro lavoro è la proposta di uno strumento di assesment per supportare il clinico in tale percorso di valutazione. Tale strumento si basa su una linea di ricerca attualmente in evoluzione nel panorama scientifico internazionale: gli Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), un sistema di classificazione dimensionale, derivato dalla covariatione osservata tra sintomi di psicopatologia e tratti disadattivi, che cerca di fornire obiettivi di ricerca e trattamento più informativi (cioè costrutti dimensionali e valutazioni cliniche) rispetto alle categorie diagnostiche tradizionali. In altri termini, l'attenzione è orientata ai processi e, pertanto, alle configurazioni di quadri e non di sindromi: il focus è sul funzionamento neuro-comportamentale umano, su come le persone percepiscono gli stimoli fisici e sociali negli specifici contesti di vita. Al fine di elaborare questo strumento, sulla base di un rigoroso esame della letteratura sull'argomento e della nostra esperienza clinica, identificheremo le variabili principali che ci consentono di discernere elementi di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica per i disturbi di personalità.

## PAROLE CHIAVE

autismo, disturbi di personalità, comorbilità.



## Citation

Di Donna S., Marino F., Durante S., Ammendola A., Morfini F. (2023). Autismo di livello 1 e disturbo schizoide di personalità in età adulta Phenomena Journal, 5, 53-66. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.200>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Salvatore Di Donna  
[salvatoreredonna2014@gmail.com](mailto:salvatoreredonna2014@gmail.com)

Ricevuto: 19 ottobre 2023

Accettato: 23 novembre 2023

Pubblicato: 30 novembre 2023



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

## 1. Premessa e finalità

La condizione clinica dell'autismo rappresenta il quadro più eterogeneo. Nella pratica clinica è improbabile, infatti, incontrare forme di autismo tout court. Sono presenti in maniera frequente tratti di comorbidità psichiatrica e, allo stesso tempo, spesso la diagnosi differenziale è complessa poiché occorre una rigorosa osservazione per definire correttamente la diagnosi e per poter mettere a punto adeguati piani di intervento.

Allo stato dell'arte della ricerca sull'autismo la produzione scientifica inerente tali aspetti non è, tuttavia, adeguatamente esaustiva. Il motivo per cui è presente tale difficoltà diagnostica risiede nella frequente sovrapposizione sintomatologica tra i DP e l'autismo.

Il delicato ruolo del clinico è l'analisi della radice di tali sintomi. A tal fine è necessaria la comprensione profonda del funzionamento di questi quadri clinici: quali sono le variabili che accomunano i disturbi e quali, al contrario, sono le variabili discriminative.

Attualmente, il cluster C ed il cluster A sono i disturbi di personalità più concomitanti nel Disturbo dello Spettro Autistico [1]. In modo particolare il disturbo schizoide rappresenta il quadro clinico maggiormente sovrapposto all'autismo in cui la diagnosi differenziale può rappresentare un percorso molto complesso [2].

Per tale ragione il nostro articolo pone, in particolare, il focus sulla diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica dell'autismo di livello 1 con il disturbo schizoide di personalità attraverso la descrizione di un caso clinico. Partendo dalla disamina della letteratura scientifica sull'argomento e sulla base della nostra esperienza clinica, la finalità del lavoro è l'elaborazione di una griglia di osservazione in cui sono definite le aree da esaminare per orientarci sia nella diagnosi differenziale, sia nell'individuazione degli aspetti di comorbidità dell'autismo con i disturbi di personalità.

A tal fine si metterà in luce come la visione che sottende il DSM-5 non è adeguata all'impostazione di tale strumento di assesment. Allo stesso tempo, sarà messo in evidenza la significatività clinica dell'HiTOP e come abbiamo integrato tale approccio diagnostico nella nostra modalità di valutazione dell'autismo.

## 2. Aspetti metodologici

Il nostro lavoro parte da una breve disamina dei domini sui quali verte l'HiTOP [3]. Successivamente attraverso la descrizione di un caso clinico di un soggetto autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva (autismo ad alto funzionamento) è messo in luce il processo di diagnosi differenziale con il disturbo schizoide di personalità. Si discuterà sull'implicazioni cliniche degli aspetti emersi. Lo step seguente è l'individuazione delle aree principali da esaminare nel processo di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica dell'autismo ad alto funzionamento con i disturbi di personalità. Sarà, dunque, evidenziato come tali aspetti si integrano con i domini dell'HiTOP costituendo un protocollo di assesment complesso ed approfondito che possa costituire un'importante risorsa per il clinico. Ciò è di peculiare importanza

poiché la diagnosi di autismo di livello 1 è spesso confusa con la diagnosi di disturbo di personalità [1]. Allo stesso tempo, nel momento in cui è presente una diagnosi di autismo, quest'ultimo tende ad assumere un "effetto alone" e quindi il clinico, talvolta, ha difficoltà a focalizzare la propria attenzione su aspetti differenti dall'autismo: sui tratti di personalità specifici di ogni soggetto.

Attualmente, la maggior parte dei professionisti della salute mentale adoperano per la diagnosi il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) della American Psychological Association [4], oppure la sezione F della classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [5]. Ciononostante, molti autori ritengono le classificazioni di questi manuali eccessivamente rigidi e orientati verso dei prototipi di riferimento che difficilmente rappresentano la reale natura della psicopatologia, poiché è impossibile identificare un caso di puro disturbo mentale totalmente separato da altre complicazioni. Al contrario, come già accennato precedentemente, l'HiTOP [3] supera tali limiti poiché osserva la psicopatologia non come un'entità a sé stante, ma come uno spettro in cui si possono osservare sindromi concorrenti e correlantesi, ovvero i sintomi psicologici condividono caratteristiche simili. Ad esempio, spesso è congiunta l'esistenza di ansia e depressione, come spesso è frequente un alto livello di eterogeneità tra manifestazioni sintomatologiche afferenti alla stessa categoria diagnostica. Ciò permette la visione della comorbilità non come una variabile di ostacolo alla definizione di una diagnosi, bensì come l'assunto di base di qualunque psicopatologia, la quale si muove su un continuum. Questo permette di dare una visione diversa ai sintomi di natura più secondaria che non soddisfano i criteri per un disturbo mentale.

### 3. Potenzialità dell'HiTOP

I confini tra i disturbi DSM a volte appaiono sfocati e non sempre è chiaro quale etichetta diagnostica si adatti meglio poiché, frequentemente, come abbiamo evidenziato, chi è colpito da uno specifico disturbo presenta, allo stesso tempo, sintomatologia clinica che caratterizza un altro disturbo.

È dunque importante affidarsi ad un approccio empirico per fare una mappatura della struttura e dei confini della malattia mentale.

Negli ultimi 20 anni, decine di studi hanno analizzato i modelli di co-occorrenza in decine di migliaia di esperienze di malattia mentale. Questi studi hanno trovato convergenza su sei larghi domini dell'HiTOP [3]:

1. Internalizzazione, che riflette una propensione verso emozioni negative eccessive, come depressione, ansia, preoccupazione e panico;
2. Disinibizione, che riflette una predisposizione verso comportamenti impulsivi e imprudenti, e abuso di droga o alcol;
3. Antagonismo, che è un misto di comportamenti aggressivi, sgradevoli e antisociali;
4. Disturbi del pensiero, che comprende esperienze deliranti, allucinazioni o paranoia;

5. Distacco, contrassegnato da scarsa iniziativa sociale e dal ritiro dalle interazioni sociali;
6. Disturbo somatoforme, definito da sintomi medici non spiegati e da ricerca eccessiva di rassicurazione e attenzione medica.

Ognuno di questi sei domini può essere misurato su una dimensione continua che rappresenta la probabilità che una persona possa sperimentare quei sintomi. Ad esempio, una persona che si trova in prossimità del margine minimo di internalizzazione probabilmente è emotivamente resiliente, ed ha verosimilmente buone capacità di problem solving.

La struttura HiTOP include anche variabili più ristrette annidate all'interno di questi domini, che ci permettono di caratterizzare le esperienze delle persone affette da malattie mentali in modo più dettagliato.

Per esempio, la dimensione di internalizzazione comprende le dimensioni di paura, disagio emotivo, disturbi del comportamento alimentare, difficoltà nell'area della sessualità. A loro volta, queste dimensioni più circoscritte possono essere separate in elementi ancora più dettagliati per determinare, ad esempio, se un livello elevato della dimensione della paura possa manifestarsi nelle interazioni sociali, come fobie oppure ossessioni o compulsioni. Questa costruzione gerarchica della struttura - all'interno della quale le dimensioni ampie possono essere suddivise in dimensioni sempre più ridotte e più dettagliate - consentono un'elevata flessibilità alle esigenze dei clinici e dei ricercatori [3][6].

L'obiettivo della diagnosi con HiTOP è di strutturare, pertanto, una gerarchia che si muova sia sul riconoscimento verticale della gravità dei sintomi, ma anche sul riconoscimento dei fattori di rischio, le possibili cause, la risposta al trattamento. Le dimensionalità e gli spettri su cui si muove l'HiTOP non sono, dunque, categorie diagnostiche, bensì un continuum su cui si colloca la persona con la psicopatologia. Attualmente, nell'HiTOP i disturbi del neurosviluppo devono ancora essere sufficientemente posizionati all'interno del suddetto modello [6]. Ciononostante è uno strumento molto più sensibile al target di riferimento della ricerca, ovvero soggetti adulti [7][8].

#### **4. Frammenti di un caso clinico**

Descriveremo alcuni “frammenti” del caso F. il cui accertamento diagnostico ha richiesto una peculiare attenzione nei termini della diagnosi differenziale.

L'ipotesi diagnostica era: disturbo autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva. Si sono approfonditi gli aspetti della valutazione clinica avviando, allo stesso tempo, un lavoro di tipo abilitativo focalizzato sulla consapevolezza emotiva e sulla creazione di un'alleanza terapeutica. L'intervento è stato condotto da uno degli autori del presente lavoro ed è stato articolato nei seguenti step:

- colloquio clinico con i genitori. I genitori riferiscono che il figlio ha iniziato a chiudersi alle relazioni sociali intorno ai dodici anni sebbene essi affermino che ha manifestato, fin dalla tenera età, un carattere timido e riservato. Attualmente quest'ultimo

trascorre l'intera giornata nella propria camera, a giocare con i videogiochi. Non sono presenti relazioni sociali, neanche di tipo virtuale. F. esce molto di rado e mai da solo. È auto-nomo nelle attività relative all'igiene e alla cura di sé attraverso modalità di tipo ossessivo che prendono la forma di rituali. Utilizza sempre gli stessi vestiti e manifesta il rifiuto di tagliarsi i capelli che sono veramente molto lunghi. La qualità di alcuni indumenti gli provoca una sensazione cutanea di fastidio. Allo stesso tempo non tollera i posti affollati ed i rumori troppo forti. Non ha mai imparato a prepararsi un pasto in quanto i genitori sostengono che non se n'è mai presentata l'opportunità. Sul piano emotivo è presente appiattimento dell'affettività: l'assistito non esprime alcun tipo di emozione. La coppia genitoriale racconta di un unico episodio di rabbia in cui F., entrando in conflitto con il fratello, ha reagito dandosi un morso sul braccio. I genitori rappresentano il ragazzo come particolarmente empatico e sensibile. Esplorando gli aspetti relativi all'infanzia e all'adolescenza del figlio emerge la necessità di un maggiore approfondimento dei dati anamnestici e, pertanto, si è ritenuto opportuno somministrare il test ADI-R. Il clima familiare appare sereno e l'alleanza genitoriale adeguata. Si evidenziano modalità educative-relazionali inefficienti le autonomie del figlio a causa di comportamenti iperprotettivi. Ciò è stato oggetto di un primo livello di riflessione nel corso del colloquio di restituzione.

- Somministrazione ai genitori del test ADI-R. Questo test si focalizza sull'osservazione sistematica e standardizzata di tre aree: linguaggio e alla comunicazione, interazione sociale reciproca e comportamenti stereotipati ed interessi ristretti. Il punteggio è risultato negativo per l'ipotesi di disturbo autistico: nelle descrizioni raccolte relative al percorso di sviluppo e alle caratteristiche di comportamento dell'assistito non appaiono elementi che soddisfano i criteri per la diagnosi di autismo.
- Colloqui clinico con F. nella forma libera e nella forma semi-strutturata (mediante l'utilizzo di schede ad hoc). Il ragazzo si mostra collaborativo e rispettoso del setting terapeutico. Manifesta il rifiuto di svolgere un colloquio alla presenza dei genitori dicendo che ciò non lo farebbe sentire a proprio agio. Egli verbalizza l'angoscia per il proprio futuro poiché è consapevole che non può continuare la sua vita nell'isolamento e nella mancanza di autonomia. Sostiene di non percepire il bisogno di relazioni intime e profonde con gli altri. Ribadisce che la sua richiesta di terapia è basata sulla paura per il suo futuro e non sul desiderio sociale. Ha sostenuto più volte "Mi voglio relazionare il giusto". Nel corso degli incontri si esplorano sensazioni ed emozioni del qui ed ora e della sua vita attuale. Si stimola, inoltre, il racconto di ricordi relativi alla propria infanzia ed adolescenza. F., nella narrazione di fatti ed episodi, scollega le emozioni. In tali ricordi concepisce soltanto due emozioni fondamentali: stare a proprio agio e stare in imbarazzo. Sembra non avere pieno accesso a vissuti di gioia, tristezza, nostalgia, affetto, rabbia. L'angoscia entra in figura esclusivamente in relazione alla paura per il futuro. Indagando tale emozione emerge la paura dell'abbandono che si traduce nel pensiero di F. "posso rimanere da solo e se non sono capace di badare a me stesso posso morire". Il suo pensiero, strutturato in maniera concreta, è, tuttavia, caratterizzato da una significativa fantasia. Egli è capace di visualizzare e di elaborare immagini creando scritti di valore estetico. Tale fantasia non

è, tuttavia, correlata a contenuti emotivi poiché le immagini F. produce non sono sentite nel suo “corpo emozionale”: egli non è in reale contatto con l’esperienza del suo atto creativo. L’emozione dello stare a proprio agio è collegata al bisogno del controllo: si sente a proprio agio quando percepisce la propria efficacia ed è consapevole di non commettere errori. Si lavora sulla consapevolezza di quanto uscire di casa ed interagire con gli altri sia per l’assistito una grossa fatica soprattutto in virtù del fatto che non ne avverte il desiderio. È emerso che, unitamente alla mancanza del desiderio di uscire e di interagire, vi è l’ansia. F. ha paura di rimanere da solo in strada, di entrare in un bar poiché teme di dimenticare dei “passaggi”. Esplorando questa emozione emerge la sensazione di disorientamento e quindi, quando è fuori casa, la necessità di essere costantemente accom-pagnato da un genitore è molto intensa. Inoltre, teme il giudizio altrui. Egli comprende adeguatamente il significato delle emozioni di base ma non differenzia accuratamente le varie sfumature emozionali. Il livello di empatia cognitiva è presente, sebbene in maniera superficiale. L’empatia affettiva è carente nei termini della consapevolezza empatica ma è presente nella componente della sofferenza personale. In altri termini, F. riesce a comprendere le emozioni dietro agli eventi e la prospettiva altrui (empatia cognitiva), non entra in contatto con le emozioni degli altri (consapevolezza empatica) ma è capace di provare sofferenza immaginando se stesso nella condizione dell’altro (sofferenza personale) [9]. Si è lavorato sul riconoscimento emotivo stimolando nel ragazzo l’accesso all’emozione di affetto e al sentimento di nostalgia verso qualcuno per il quale egli prova affetto. Allo stesso tempo, si approfondisce l’emozione di angoscia relativa al futuro. Gradualmente si sta cercando di favorire il passaggio dal pensiero concreto ad una forma di pensiero più astratta. Si sta lavorando sulla consapevolezza nell’assistito di quanto un percorso clinico richieda un grosso impegno da parte sua e la disponibilità ad esporsi alla sofferenza e al disagio. F. comprende adeguatamente il senso di ciò. Al fine di porre in essere un contratto terapeutico, si stanno creando le basi per una solida alleanza terapeutica. Dall’esame complessivo delle risultanze cliniche si conferma la diagnosi di disturbo autistico di livello 1 in assenza di compromissione cognitiva. Il funzionamento della personalità si caratterizza anche dalla presenza di una notevole sintomatologia di tipo schizoide.

Gli elementi che caratterizzano il quadro clinico sono i seguenti:

- freddezza emotiva e appiattimento dell’affettività.
- Non desidera e trae piacere dalle relazioni strette neanche quelle familiari.
- Disinteresse al rapporto con l’altro sesso.
- Ipersensibilità ai suoni forti.
- Disorientamento spaziale.

Perché siamo giunti a questo tipo di conclusione diagnostica? A tale proposito mi sembra opportuno focalizzarci su come il DSM-5 definisce il disturbo di personalità di tipo schizoide. Esso è definito come “un pattern caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva” [4].

Il significato di schizoide ha radice greca e deriva da schizo, “diviso” ed eidos “forma”, “aspetto”. Come riconoscere una persona schizoide? Distacco sociale, in-

differenza alle relazioni e una ristretta capacità di espressione emotiva sono tratti tipici della personalità schizoide. Il disturbo schizoide è indicato nel DSM-5 come disturbo che “inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi [4]:

- non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia.
- Quasi sempre sceglie attività individuali.
- Dimostra poco o nessun interesse ad avere esperienze sessuali con un'altra persona.
- Prova piacere in poche o nessuna attività.
- Non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado.
- Sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri.
- Mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

Il disturbo schizoide della personalità, inoltre, non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.” Per rendere il quadro ancora più complesso si evidenzia che altri disturbi possono essere confusi con il disturbo di personalità di tipo schizoide poiché hanno certe caratteristiche in comune come, ad esempio, il disturbo schizotipico di personalità. Gli individui schizoidi non presentano distorsioni cognitive e percettive, pensiero magico, un aspetto insolito e sono assenti i sintomi psicotici in forma subclinica tipici del disturbo schizotipico di personalità. Da sottolineare anche la differenza tra schizofrenia e disturbo di personalità schizoide, che può essere distinto dal primo disturbo per l'assenza di sintomi psicotici persistenti (delirio e allucinazioni) [4]. Per comprendere meglio come riconoscere uno schizofrenico e le differenze con l'individuo schizoide citiamo lo psicoanalista A. Lowen che, nel suo libro, “Il tradimento del corpo”, colloca il disturbo schizoide di personalità come al centro di due estremi, rappresentati da “salute emotiva” definita “normale” e “disturbo emotivo”, di cui la schizofrenia è espressione massima e afferma: “Nella schizofrenia la personalità è divisa e ritirata dalla realtà. Tra i due estremi si trova una vasta gamma di condizioni schizoidi in cui il ritiro dalla realtà si presenta con un certo grado di distacco emotivo e la personalità è tenuta unita dalla forza del pensiero razionale” [10]. Il disturbo schizoide, a differenza del disturbo autistico, non è dunque caratterizzato da ossessioni che assumono la forma di rituali; da difficoltà nella percezione tattile; da ipersensibilità a suoni e rumori. Inoltre, in genere (non sempre, poiché, così come rappresentato nel corso delle lezioni precedenti, il disturbo autistico è connotato da un'estrema eterogeneità), nel disturbo autistico di livello 1 vi è interesse alle relazioni, al contrario, nel disturbo schizoide di personalità tale interesse non è presente. In letteratura emerge che anche se il disturbo schizoide compare nell'adolescenza oppure nella prima età adulta vi possono essere segnali di tale disturbo anche nella prima infanzia. Altro dato importante è che l'autismo non diagnosticato in una fase precoce comporta, frequentemente, l'amplificazione della sintomatologia schizoide nell'età adulta. Qui entra in gioco la famiglia perché quando l'autismo è diagnosticato quando

il figlio è già grande, addirittura adolescente siamo spesso di fronte a genitori che hanno difficoltà a “vedere” il figlio. Nel caso che vi ho presentato, ad esempio, i coniugi mi hanno descritto F., in virtù dei suoi scritti artistici, come empatico e sensibile. Essi mi hanno riportato che molti insegnanti esaltavano tali qualità nel figlio. Nei casi di autismo ad alto funzionamento la diagnosi tardiva è frequente in quanto, spesso, queste persone utilizzano la propria intelligenza per “camuffare” le proprie problematiche. Un docente può non rendersi conto che una poesia meravigliosa, che tocca le corde emotive è scollegata dal contenuto emotivo. Diagnosticare in tempo l’autismo è ancora più infrequente nel momento in cui il soggetto non presenta comportamenti problema che rechino disturbo sociale, quando ad esempio non vi sono comportamenti aggressivi e difficoltà di rendimento scolastico.

### **5. Discussione dei contenuti: implicazioni cliniche di quanto emerso**

Da quanto esposto sopra, le variabili discriminative il disturbo autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva dal disturbo schizoide di personalità:

- presenza di ossessioni e rituali. Esse sono infatti comuni nei soggetti autistici e non nel disturbo schizoide.
- Ipersensibilità tattile ed uditiva (che si esprime frequentemente nella difficoltà ad andare dal barbiere). In letteratura tale aspetto non si presenta nel disturbo schizoide di personalità mentre è caratteristico dell’autismo.
- Grado di compromissione dell’adattabilità sociale. I dati scientifici riportano che nell’Asperger (in genere) la compromissione sociale sia più marcata rispetto al disturbo schizoide di personalità.
- Piacere nell’instaurare relazioni sociali. Si riporta, come ho accennato prima, che nell’autismo ad alto funzionamento vi è il piacere di entrare in contatto con gli altri ma la percezione dell’incapacità di mettere in atto ciò mentre tale interesse è mancante nel disturbo schizoide di personalità.
- Disorientamento spaziale. Questo aspetto si incontra frequentemente nell’autismo mentre dati della letteratura scientifica non riportano questa caratteristica come appartenente al disturbo schizoide di personalità.
- Pensiero di tipo concreto e visivo. Tale caratteristica tipica dell’autismo non sembra configurarsi come tipica anche del disturbo schizoide.
- Disinteresse nell’instaurare relazioni sessuali. Tale aspetto appare caratterizzante il disturbo schizoide, meno l’autismo ad alto funzionamento.

Le variabili che accomunano i due disturbi sono le seguenti:

- compromissione sociale.
- Comportamenti di tipo bizzarro.
- Interessi circoscritti.
- Emozione di disagio nell’immaginare il giudizio altrui.

Da quanto esaminato, appare chiaro che, a differenza di ciò che avviene nell’autismo,

nel disturbo schizoide di personalità ed in tutti i disturbi di personalità abbiamo la presenza di bisogni infantili rimossi. Nei primi il pensiero è strutturato in maniera più complessa e, di conseguenza, le dinamiche proiettive più intense. Esse riflettono una storia di apprendimento, la messa in atto di modalità difensive applicate in maniera rigida, massiccia e, pertanto, disfunzionale. Al contrario, nell'autismo il pensiero è strutturato in maniera meno articolata. Rispetto ai disturbi di personalità, esso è maggiormente schematico. In questo quadro clinico i meccanismi di difesa rivestono la funzione di proteggere il soggetto dal dolore causato dall'emozione di "assalto sensoriale". Il focus attentivo è concentrato su singoli aspetti di stimoli del mondo fisico e sociale poiché nell'autismo è nota la difficoltà nella sintesi degli elementi. In altre parole, nel momento in cui il soggetto autistico entra in contatto con il mondo non riesce ad elaborare un'etichetta verbale, un filtro dell'esperienza. La conseguenza di ciò è l'inevitabile sensazione di caos emotivo ricavato dalla percezione di assalto sensoriale.

Il processo della percezione, come funzionano i sensi di un individuo è un'importante variabile utile ad orientarci nella diagnosi differenziale tra autismo e disturbi di personalità.

Come si evince dalla presentazione del caso di F., al fine di un accurato processo valutativo della persona con autismo o sospetto autismo, è necessario, dunque, focalizzare l'esame sui processi percettivi, sulla capacità empatica e sugli stili di attaccamento alla base delle emozioni, dei meccanismi di difesa e dei modelli operativi interni. Questi aspetti distinti sono fortemente interrelati e sono analizzati in termini di origine e funzione.

A tal fine, in considerazione dell'importanza dell'individuazione di tratti di comorbilità psichiatrica nell'autismo, unitamente ad una frequente difficoltà nella diagnosi differenziale, emerge l'utilità di individuare gli aspetti centrali degli stili di attaccamento che caratterizzano i vari funzionamenti di personalità. Di seguito si riportano gli elementi principali inerenti ciò[11]:

- schizoide: attaccamento evitante/passivo. Il massimo dell'autoarchia è l'autismo.
- Paranoide: lo stile di attaccamento è caratterizzato da distacco, diffidenza e sospettosità.
- Schizotipico: lo stile di attaccamento è caratterizzato dal distacco e dalla bizzarria.
- Antisociale: mancanza di rimorso per la sofferenza inflitta dagli altri. L'attaccamento è di tipo insicuro. Le relazioni non sono basate sul legame e sull'affetto ma su dinamiche di potere.
- Narcisista: attaccamento ansioso ed evitante. Egli nutre il sentimento di essere speciale, superiore.
- Borderline: attaccamento ambivalente versus disorganizzato che genera un vissuto polare di sé. I tratti sono dipendenti ed autarchici. Vi è un paradossale avere bisogno e, allo stesso tempo, la sensazione di potersi fidare di nessuno. Gli scoppi di rabbia di un borderline sono dovuti a problemi di attaccamento mentre i meltdown autistici sono causati, frequentemente, da sconvolgimenti della propria routine.

- Istrionico: attaccamento ambivalente con possibili tracce di disorganizzazione. È presente un'esperienza di fallimento dalla dipendenza e un bisogno di "gridare" per ottenere qualcosa.
  - Ossessivo-compulsivo: perfezionismo, socialità e biasimo per gli altri. Lo stile di attaccamento è di tipo ansioso ed è caratterizzato da una scarsa capacità di regolazione emotiva.
  - Evitante: paura estrema del giudizio, in figura emozione della vergogna. L'attaccamento è insicuro. Questo tipo di soggetti tendono ad evitare la relazione per la convinzione del rifiuto.
  - Dipendente: incapacità a stare solo, a sostenere un conflitto, ad affermare se stesso. L'attaccamento è ambivalente ed è presente un basilare senso di inadeguatezza.
- Di fronte ad un soggetto autistico con livello 1 è, dunque, fondamentale individuale la comorbilità di tratti di personalità e l'esame dello stile di attaccamento e delle emozioni ad esso correlato è centrale.

Ad esempio un paziente autistico che presente tratti significativi di tipo narcisista ha bisogno di sentirsi speciale, superiore. Ne consegue che, in maniera particolare nelle prime fasi del processo di terapia, lo psicoterapeuta deve essere attento a cogliere questo bisogno non ponendosi rispetto a ciò in dimensione troppo frustrante. Il rischio è il drop-out. Al contrario, un paziente autistico che presenta tratti dipendenti di personalità ha un preponderante bisogno emotivo di essere supportato, approvato ed ha difficoltà nel sostenere un conflitto. In questo caso, il terapeuta può porsi in maniera più assertiva e stimolare la riflessione ed il cambiando utilizzando la relazione terapeutica nella forma dell'approvazione come rinforzo. Ed ancora, se riscontriamo che un paziente autistico ha elevata comorbilità con la schizoidia, non dobbiamo forzare lo stile evitante/passivo che lo caratterizza. In questo caso, la misura del cambiamento in direzione della socialità deve essere effettuata in maniera peculiarmente cauta. Il rischio è l'ampliamento della sintomatologia schizoide e l'innestarsi di processi di pensiero di tipo delirante. Nelle fasi avanzate del programma di terapia, in cui il pericolo di involuzione nella sintomatologia psicotica è più elevato, è opportuno effettuare l'invio ad una valutazione farmacologica.

## 6. Griglia osservativa

La struttura dell'HiTOP presenta dei domini che, come è stato precedentemente esposto, consentono di essere esaminati in maniera più analitica, più ristretta ed in funzione dei propri obiettivi di analisi. Da ciò ne deriva la completezza e complessità di tale approccio diagnostico. L'HiTOP, fornendo una visione analitica e complessa del funzionamento della persona, è strumento prezioso per la lettura sul funzionamento autistico. La significatività clinica di ciò appare evidente in quanto l'autismo, come abbiamo già accennato nel corso di questo articolo, rappresenta una configurazione clinica particolarmente complessa.

Al fine di valutare il disturbo dello spettro autistico cogliendone i tratti di comorbilità con i disturbi di personalità proponiamo di integrare alla struttura base dell'HiTOP

altri tre domini scomponendoli, in coerenza con la struttura dell'HiTOP, in variabili più ristrette. I domini sono di seguito riportati:

□ stili di attaccamento; Dagli stili di attaccamento originano: le emozioni, i meccanismi di difesa ed i modelli operativi interni che si collegano al concetto di identità poiché essi sono costituiti dalle rappresentazioni mentali di sé e dalle figure di attaccamento.

□ Stile percettivo. Questo dominio comprende le caratteristiche dei processi di apprendimento con riferimento alla flessibilità cognitiva, al processo di attenzione, all'elaborazione degli stimoli in entrata e la capacità di generalizzazione.

□ Empatia. L'empatia comprende le variabili dell'empatia cognitiva (immaginare il pensiero altrui), empatia affettiva (immaginare le emozioni dell'altro) e della sofferenza personale (sofferenza causata dall'identificazione con l'altra persona. Si soffre per se stessi e non per l'altro) [9].

In appendice la TAB 1 rappresenta il grafico esplicativo del nostro strumento (la cui denominazione è ancora in fase di definizione) e la TAB 2, il cui obiettivo è supportare il clinico in una lettura più immediata sul funzionamento della personalità, riporta in maniera sintetica gli aspetti salienti degli stili di attaccamento che rappresentano i vari funzionamenti di personalità.

## 7. Conclusioni

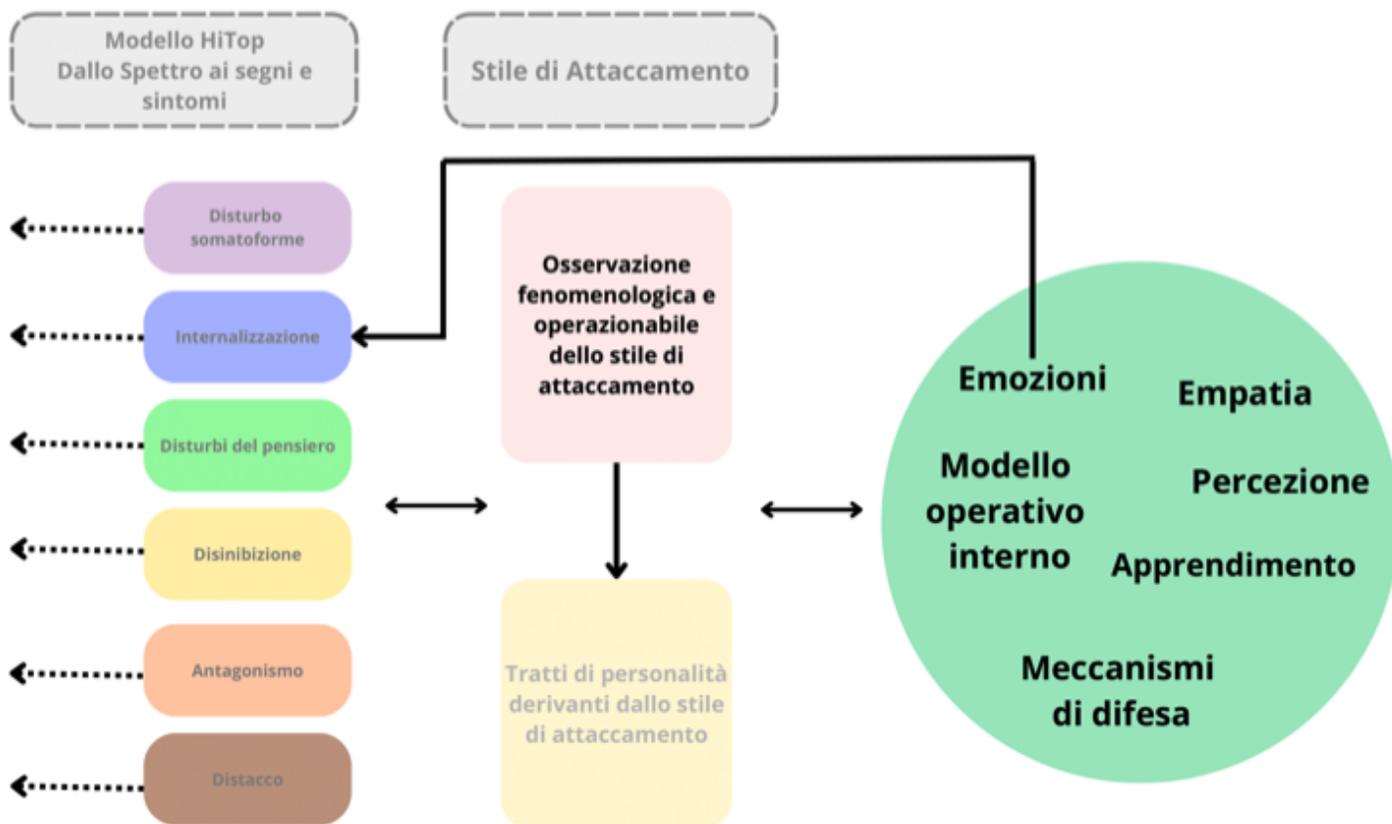
La complessità ed eterogeneità del mondo autistico richiede uno strumento di diagnosi che ci consenta di cogliere ampie informazioni sul funzionamento del soggetto nei vari sistemi con i quali interagisce. Inoltre, ci sembra clinicamente utile, all'interno di tale protocollo, delineare in maniera sintetica e chiare le caratteristiche principali dei vari stili di attaccamento dai quali derivano: emozioni, meccanismi di difesa e modelli operativi interni.

In una fase successiva del nostro lavoro ci sembra, inoltre, opportuno focalizzare l'attenzione sulla variabile ambiente per individuare come il contesto condizioni il funzionamento del soggetto con autismo. Tale valutazione fornisce, per tale ragione, importanti informazioni su come elaborare un progetto psicoterapico cucito addosso. Al fine di giungere ad una visione sempre più approfondita del funzionamento dei nostri assistiti, ipotizziamo la possibilità di integrare all'approccio diagnostico dell'HiTOP altri approcci diagnostici centrati sul processo e non su dimensioni di tipo categoriale.

Si rende, pertanto, opportuno sia l'approfondimento teorico del nostro strumento di valutazione sia la dimostrazione del grado di efficacia attraverso un progetto di implementazione clinica.

## Appendice

Tab.1. Strumento multidimensionale di analisi del funzionamento individuale



**Tab. 2** Tabella riassuntiva degli stili di attaccamento correlati ai tratti di personalità (Selvini, M., & Sorrentino, A. M., 2004)

<b>Tratto di personalità</b>	<b>Stile di attaccamento</b>
Schizoide	Attaccamento evitante/passivo
Paranoide	Attaccamento evitante caratterizzato da distacco, diffidenza e sospettosità
Schizotipico	Attaccamento evitante caratterizzato da distacco e bizzarria
Antisociale	L'attaccamento è di tipo insicuro. Le relazioni non sono basate sul legame e sull'affetto ma su dinamiche di potere
Narcisista	Attaccamento ansioso ed evitante, dove si nutre il sentimento di essere speciale, superiore
Borderline	Attaccamento ambivalente o disorganizzato che genera un vissuto polare di sé. Vi è un paradossale avere bisogno e, allo stesso tempo, la sensazione di non potersi fidare di nessuno
Istrionico	Attaccamento ambivalente con possibili tracce di disorganizzazione. Ha bisogno di "gridare" per ottenere qualcosa
Ossessivo-compulsivo	Lo stile di attaccamento è di tipo ansioso ed è caratterizzato da una scarsa capacità di regolazione emotiva
Evitante	L'attaccamento è insicuro evitante. Questo tipo di soggetti tende ad evitare la relazione per la convinzione del rifiuto
Dipendente	L'attaccamento è ambivalente ed è presente un basilare senso di inadeguatezza e incapacità a stare da solo

## BIBLIOGRAFIA

1. Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal of Psychiatry, 11*(12), 1366. doi: 10.5498/wjp.v11.i12.1366
2. Ford, T. C., & Crewther, D. P. (2014). Factor analysis demonstrates a common schizoid phenotype within autistic and schizotypal tendency: implications for neuroscientific studies. *Frontiers in psychiatry, 5*, 117. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00117>
3. Kotov, R; Krueger, R.F; Watson, D.; Achenbach, T.M; Althoff, R.R; Bagby, R.M; Brown, T.A; Carpenter, W.T. ; Caspi, A; Clark, L.A; Eaton, N.R; Forbes, M.K.; Forbush, K.T; Goldberg, D. ; Hasin, D.; Hyman, S.E; Ivanova, M.Y; Lynam, D.R. ; Markon, K; Miller, J.D.; Moffitt, T.E; Morey, L.C.; Mullins-Sweatt, S.N.; Ormel, J.; Patrick, C.J.; Regier, D.A. ; Rescorla, L.; Ruggero, C.J. ; Samuel, D.B.; Sellbom, M; Simms, L.J.; Skodol, A.E.; Slade, T. ; Sud, S.C. ; Tackett, J.L.; Waldman, I.D.; Waszczuk, M.A; Wright, A.G.C. & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): un'alternativa dimensionale alle nosologie tradizionali. *Journal of Abnormal Psychology, 126* (4): 454-477. doi: 10.1037/abn0000258
4. American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. World Health Organization. (2022). ICD-11: *International classification of diseases* (11th revision). doi: 10.1016/S0140-6736(19)31205-X
6. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Cicero DC, Conway CC, Deyoung CG, Wright AGC. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021;17:83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
7. Kotov R, Waszczuk MA, Krueger RF, Forbes MK, Watson D, Clark LA, Zimmerman M. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol.* 2017;126(4):454–77. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
8. Krueger RF, Kotov R, Watson D, Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ, Zimmermann J. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry.* 2018;17(3):282–93. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
9. Attwood, T. (2019). Guida completa alla Sindrome di Asperger. Milano: Edra
10. Lowen, A. (1993). *Il tradimento del corpo*. Roma: Edizioni Mediterranee.
11. Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2004). Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico. *Materiale didattico scaricabile dal sito [www.scuolamaraselvini.it](http://www.scuolamaraselvini.it)*.

MINI REVIEW

# Tra Natura e Psiche: introduzione all'Ecopsicologia e all'Ecopsicoterapia

Marcella Danon<sup>1</sup>, Stefano Orlando<sup>2</sup>, Teresa Amato<sup>3</sup>, Maria Rosaria Barillari<sup>4</sup>, Filippo Bucciarelli<sup>3</sup>, Maura Perrone<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ecopsiché-Scuola di Ecopsicologia, International Ecopsychology Society

<sup>2</sup> Istituto Gestalt di Puglia - IGP

<sup>3</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy

<sup>4</sup> ASP Catanzaro

<sup>5</sup> Studio di psicoterapia BenessereNapoli



## Citation

Danon M., Orlando S., Amato T., Barillari M. R., Bucciarelli F., Perrone M. (2023).  
Tra Natura e Psiche: introduzione all'Ecopsicologia e all'Ecopsicoterapia Phenomena Journal, 5, 67-76.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.197>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Marcella Danon  
[ecopsicologia@ecopsicologia.it](mailto:ecopsicologia@ecopsicologia.it)

**Ricevuto:** 19 ottobre 2023

**Accettato:** 23 novembre 2023

**Publicato:** 30 novembre 2023

## ABSTRACT

The purpose of this mini review is to provide an updated definition of Ecopsychology as an emerging discipline that focuses on the investigation of psychological, emotional, and cognitive dynamics that define our relationship with the natural world, highlighting how this relationship influences not only individual well-being but also the health of the planet, while recognizing that human beings are inextricably linked to the Earth's ecosystem. Additionally, it aims to provide a description of the key historical milestones and actors involved in the development of this field, with particular attention to the evolution of the International Ecopsychology Society and the academic landscape within which the debate on Ecopsychology takes place in Italy and worldwide.

The attempt is to trace the trajectory that this interdisciplinary field has been taking over time, with a specific focus on Ecopsychotherapy as its psychotherapeutic application, and its connection with phenomenology and humanistic psychotherapies. Therefore, it proceeds to describe concepts such as *nature connection* and the clinical studies and meta-analyses conducted by scholars from around the world, which indicate an overall positive outcome of ecoterapy interventions: nature that guides growth, reflects healthy qualities that evoke internal harmony with change, and provides a broader and interconnected perspective on life and self.

## KEYWORDS

**ecopsychology, connection, ecosystem, nature, ecopsychotherapy.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Lo scopo di questa mini review è quello di dare una definizione aggiornata di Ecopsicologia, come disciplina emergente che si concentra sull'indagine delle dinamiche psicologiche, emotive e cognitive che definiscono la nostra relazione con il mondo naturale, evidenziando come questa relazione influenzi non solo il benessere individuale, ma anche la salute del Pianeta e riconoscendo come l'essere umano sia inestricabilmente legato all'ecosistema terrestre. Inoltre si intende fornire una descrizione delle principali tappe storiche e degli attori coinvolti nello sviluppo di questa materia, con particolare attenzione all'evoluzione della *International Ecopsychology Society* e al panorama accademico all'interno del quale, in Italia e nel Mondo, avviene il dibattito in merito all'Ecopsicologia. Il tentativo è quello di tracciare la traiettoria che nel corso del tempo questa branca, trasversale a diverse discipline, sta prendendo, con una particolare attenzione all'Ecopsicoterapia, che ne costituisce l'applicazione psicoterapeutica, e alla sua connessione con la fenomenologia e le psicoterapie umanistiche. Si procede quindi alla descrizione di concetti come quello di *nature connection*, e agli studi clinici e alle metanalisi condotte da studiosi di tutto il mondo, che indicano l'esito positivo complessivo degli interventi terapeutici dell'Ecoterapia: la Natura che promuove la crescita, consente un cambiamento e fornisce una prospettiva più ampia e interconnessa sulla vita e su sé stessi.

## PAROLE CHIAVE

**ecopsicologia, connessione, ecosistema, natura, ecopsicoterapia.**



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

## L'Ecopsicologia, disciplina emergente

L'Ecopsicologia è un campo che esplora la complessa relazione tra la psicologia umana e l'ambiente naturale. La sua epistemologia transita tra l'inter e la transdisciplinarietà [1] coinvolgendo tanti diversi campi del sapere e delle possibili applicazioni. Questa disciplina emergente si concentra sull'indagine delle dinamiche psicologiche, emotive e cognitive che definiscono la nostra relazione con il mondo naturale, evidenziando come questa relazione influenzi non solo il benessere individuale, ma anche la salute del Pianeta e riconoscendo come l'essere umano sia inestricabilmente legato all'ecosistema terrestre. È, dunque, una branca che riconosce il ruolo cruciale che la Natura gioca nella formazione della mente umana e nella salute psicologica dell'individuo e che sottolinea il ruolo, altrettanto cruciale, della nostra salute psicologica e della visione del mondo che coltiviamo, sulla qualità di interazione della nostra specie con la Natura e sul nostro assumerci la responsabilità per la Terra [2, 3].

Uno dei principali contributi all'Ecopsicologia è stato dato dallo storico Theodore Roszak, che ne diffonde i principi nel 1992, con l'uscita del libro *The Voice of the Earth - An exploration of Ecopsychology* (La Voce della Terra – Un'esplorazione dell'Ecopsicologia), in cui sottolinea la necessità di una profonda trasformazione culturale che riconosca la nostra interconnessione con l'ambiente naturale e promuova un approccio più sostenibile alla vita.

È in atto una sindrome di disconnessione dalla Natura, una sensazione di alienazione e isolamento causata dalla crescente distanza tra gli esseri umani e l'ambiente naturale [4]. Questa disconnessione non è solo dovuta alla reificazione della Natura intesa, dalla rivoluzione industriale in poi, solo come risorsa [5] ma a una parallela progressiva chiusura delle porte della percezione che non ci permette più di vedere attorno a noi e, parallelamente, dentro di noi [2]. Gli ecopsicologi analizzano come ideologie consumistiche, estrattive e antropocentriche abbiano contribuito all'alienazione dall'ambiente naturale e propongono alternative basate sulla consapevolezza ecologica, sostenendo un cambiamento di paradigma verso un approccio più sostenibile e rispettoso dell'ambiente [6, 7].

Si è persa anche la capacità della psicologia, ereditata dalla filosofia, di interrogarsi e impegnarsi sul fronte dei comportamenti etici, degli scopi morali, e del senso della vita [2]. Senza più questa riflessione, ha preso il sopravvento una pervasiva umana arroganza in relazione agli altri membri della comunità terrestre [8]. E da qualche parte, la consapevolezza di questa perdita della corretta direzione c'è e si fa sentire: "Nel profondo del cuore sappiamo che c'è qualcosa di maniacale nel modo in cui abusiamo dell'ambiente terrestre" [2] (p.19), ed è proprio "il nostro pensiero occidentale a produrre il mondo in cui viviamo... quanto accade nel nostro inconscio collettivo in realtà sta distruggendo il mondo" [9] (p. 63). Sarah Conn, ecopsicologa, afferma, al convegno "Psychology as if the whole Earth mattered", tenutosi alla Harvard Medical School nel 1988: "Ci siamo tagliati fuori dalla nostra connessione con la Terra in modo così drastico, nella nostra epistemologia e nella nostra psicologia,

che anche se stiamo “sanguinando alle radici” non comprendiamo il problema né sappiamo cosa poter fare al riguardo” [10] (p. 160-161). L'ecologo e teologo Thomas Berry propone un altro termine che non può lasciare indifferenti, parla di psicosi della nostra razza, nel suo considerarsi separata dal resto della Natura [8]. Si arriva al punto che, nel mondo urbanizzato, la frattura psichica è così diffusa da essere considerata la norma e non siamo nemmeno più capaci di percepirla per quello che è: una patologia [11].

È quindi a un malessere esistenziale ed epocale che l'Ecopsicologia vuole rispondere, partendo dal presupposto che c'è una correlazione tra problemi di salute umana, a livello pubblico e individuale, e degrado ambientale; tra le ferite umane e quelle che infliggiamo alla Natura [4] e si sviluppa a partire da un triplice approccio: scientifico, spirituale e fortemente orientato alla pratica [12].

L'Ecopsicologia si propone di curare l'alienazione che è venuta a crearsi tra persone e ambiente naturale [2] e cerca di ristabilire questa connessione perduta, esaminando come la Natura possa fungere da fonte di ispirazione, guarigione e trasformazione personale [13].

Nell'individuare finalmente il problema della crisi ecologica in termini che pochi oggi osano, collegandolo alla dimensione psicologica, a una questione di visione del mondo, di valori e di disconnessione tra noi e la Natura, emerge anche la soluzione: c'è una corrispondenza tra il processo di guarigione sul piano individuale e sociale e quello dell'ambiente [14].

## 2. Storia dell'Ecopsicologia, sviluppi nel mondo e in Italia

L'Ecopsicologia, come approccio innovativo e transdisciplinare che riconosce la profonda interconnessione tra psiche e ambiente, nasce come movimento spontaneo a cui aderiscono psicoterapeuti, psicologi, counselor, educatori, educatori ambientali, guide naturalistiche, e altri operatori, sensibili alla tematica. Nasce alla fine degli anni '80, in un gruppo di studio all'Università di Berkeley, inizialmente condotto da Robert Greenway e poi da Theodore Roszak. Si diffonde negli Stati Uniti (*International Community of Ecopsychology - ICE*), Canada (*Canadian Ecopsychology Network - CEN*) e Gran Bretagna (*Ecopsychology UK Network*). Arriva ufficialmente in Europa nel 2006, con la nascita della *European Ecopsychology Society*, con sede in Svizzera - fondata dall'ecopsicologo statunitense Jorge Conesa Sevilla e dalla collega italiana Marcella Danon. Con l'arrivo progressivo di nuove rappresentanze nazionali, nel 2015 l'associazione cambia il nome in *International Ecopsychology Society - IES*. Inoltre, nel 2009 nasce *Ecopsychology*, la prima rivista scientifica interamente dedicata all'Ecopsicologia, con le edizioni Mary Ann Liebert, diretta da Peter H. Kahn Jr., nell'ambito della facoltà di Psicologia dell'Università di Washington.

Oggi, nel 2023, la IES è la più grande associazione internazionale nel mondo dell'Ecopsicologia con la finalità di sostenere, diffondere e promuovere le sue applicazioni. Coinvolge colleghi di 26 paesi rappresentati, in 4 continenti.

In Italia, *Ecopsiché – Scuola di Ecopsicologia*, è la prima delle 11 Scuole attualmente riconosciute da IES, fondata dalla psicologa Marcella Danon e dal fisico e matematico Bruno Gentili, nel 2004. Ha sede in provincia di Lecco con un centro di formazione anche in Sardegna e in Sicilia ed è operativa in diverse altre Regioni. L'Ecopsicologia è insegnata dal 2018 all'Università della Valle d'Aosta, come corso opzionale della facoltà di Scienze e tecniche psicologiche, dal prof. Giuseppe Barbiero, ecologo, Marcella Danon, psicologa, e Stefania Pinna, biologa, e dal 2020 all'Università di Genova da Patrizia Minetto, psicoterapeuta. In quanto disciplina emergente, l'Ecopsicologia, è stata presentata in conferenze e convegni organizzati in diverse Università e coinvolta in numerosi progetti istituzionali e privati, in ambito educativo, organizzativo e comunitario. Inoltre, come ecopsicoterapeuta, nel panorama italiano, opera la dott.ssa Gemma Galeati, con lo studio al centro di Bologna, ma con predilezione per un setting a contatto con la Natura. “Fare psicoterapia nei parchi - ci racconta - si diversifica sia a livello sensoriale che spaziale: immergersi in un paesaggio senza barriere fisiche ridisegna il setting, perché il cliente sceglie dove e come camminare nel parco, guida lui stesso il terapeuta e decide dove fermarsi, in uno scenario che favorisce esperienze di mindfulness e meditazione”.

### **3. Ecoterapia: Ecopsicologia applicata al benessere**

Le implicazioni e le applicazioni dell'Ecopsicologia sono innumerevoli. Le pratiche sono utilizzate per promuovere la guarigione e il benessere psicologico, integrando la Natura nel processo terapeutico [3] e riguardano diversi ambiti professionali: tutti quelli in cui entrano in campo qualità delle relazioni, capacità di operare in sinergia, crescita personale, valorizzazione della diversità, resilienza, ampliamento del senso di identità personale verso un senso di cittadinanza terrestre, il recupero del senso di connessione con la rete della vita [14].

Uno dei concetti chiave dell'Ecopsicologia, infatti, è la *nature connection*, che si riferisce alla profonda e autentica connessione emotiva e spirituale tra gli individui e il mondo naturale [15]. Questo legame ha dimostrato di avere benefici significativi sulla salute mentale, riducendo lo stress, aumentando la felicità e promuovendo la sensazione di appartenenza a una comunità più ampia che non include solo gli esseri umani [16, 17]. Poter lavorare il più possibile all'aperto, con la Natura come co-terapeuta, facilita l'emergere dell'innato senso di affiliazione con il mondo vivente, definito biofilia dal sociobiologo Edward O. Wilson [18]. L'Ecopsicologia amplia le sue potenzialità d'azione anche al setting in studio e aula, in cui la Natura diventa presente e importante come metafora, nel percorso di crescita personale, attraverso immagini e suggestioni che, con linguaggio analogico, favoriscono l'introspezione, il rispecchiamento, l'associazione [14].

Nelle applicazioni pratiche dell'Ecopsicologia, per quanto riguarda il benessere e la terapia, si sviluppano i due filoni di Ecoterapia e Ecopsicoterapia, senza un limite netto tra i due ambiti, giacché l'uso del termine Ecoterapia varia da nazione a nazione, in alcune indica pratiche e percorsi ad appannaggio solo di psicoterapeuti, in altre

indica attività che promuovono benessere e crescita personale, e sono condotte anche da altri professionisti che si propongono come facilitatori della relazione con la Natura [14]. Sono sempre più numerosi, infatti, gli studi che confermano una corrispondenza tra *nature-based exercise* (NBE) e *subjective wellbeing* (SWB): chi frequenta più spesso l'ambiente naturale sente una profonda connessione con la Natura, ha solitamente migliori relazioni sociali e maggior probabilità di benessere [19].

In Australia, lo psicologo Geoff Berry sottolinea come il paesaggio australiano offra ottime opportunità per spostare il fulcro delle pratiche terapeutiche dalla clinica verso “grandi spazi aperti”, anche a seguito dei grandi cambiamenti climatici e della difficoltà della vita negli spazi urbani [20].

Arne Naess, filosofo e alpinista norvegese, incoraggiava una più profonda connessione con la Natura invitando a frequentare uno stesso luogo, per un determinato periodo di tempo, notando ciò che accadeva lì nei vari momenti; questo, per risvegliare la consapevolezza dei partecipanti alla bellezza e complessità della Natura. Attraverso la guida di un ecoterapeuta, anche con l'uso delle metafore, è possibile migliorare il senso di appartenenza, ampliare il senso della propria identità e sentire come la propria storia si integra in un ecosistema più grande [21].

Quasi tutte le attività creative possono essere applicate in ottica ecopsicologica, come l'Ecodanza, elaborata dalla Psicoterapeuta Transpersonale Marian Rios - rappresentante IES per la Colombia - che integra diverse pratiche trasformando la danza e il movimento in opportunità di sperimentare l'interconnessione Essere umano-Natura ed esplorare la consapevolezza di “essere Natura incarnata”.

Le attività di facilitazione della relazione e della riconnessione con la Natura, rientrano nell'ambito di quella che viene generalmente definita Ecoterapia e, nell'ambito IES - come termine caratterizzante di una formazione IES - *Ecotuning*: un insieme di attività e pratiche che creano le condizioni per ricostruire una relazione dialogica con la Natura fuori – l'ambiente naturale inteso in senso fisico – e con la Natura dentro – la complessità e ricchezza del nostro mondo interiore [23].

#### **4. Ecopsicoterapia: Ecopsicologia applicata alla psicoterapia**

L'Ecopsicologia porta la definizione di salute mentale verso frontiere più ampie, includendo la necessità di ricreare quel senso di connessione e reciprocità con l'ambiente naturale perdutosi nella nostra civiltà attuale. La psicoterapia attuale, oggi più che mai, è focalizzata soprattutto su sintomi e cure e ha ignorato il ruolo dell'ambiente naturale nella sofferenza individuale e nel mantenimento della salute [21].

L'Ecopsicologia sposa in pieno il concetto di *responsabilità* proprio delle psicoterapie umanistiche, inteso come la capacità di essere consapevoli delle proprie azioni, scelte e relazioni con gli altri e con l'ambiente circostante. Questa consapevolezza implica un impegno verso la crescita personale e il benessere degli altri, non solo nelle generazioni presenti ma anche nelle generazioni future. Nell'Ecopsicologia, la responsabilità si estende all'ambiente naturale e alla Terra stessa. Ciò significa considerare le conseguenze delle nostre azioni sull'ecosistema, sulla biodiversità e sul clima, e

prendere misure per preservare e proteggere questi aspetti per le generazioni future. In breve, la responsabilità nell'ambito dell'Ecopsicologia implica un profondo rispetto e una cura attiva per l'ambiente naturale, riconoscendo che le nostre azioni hanno un impatto sul pianeta e sulle persone che verranno dopo di noi [22].

Gli ecopsicoterapeuti sono consapevoli della necessità di adottare un nuovo paradigma ecocentrico, in alternativa a quello antropocentrico, e consolidano il cammino verso il recupero della consapevolezza di questa reciprocità perduta, ponendosi le seguenti domande:

- Come influisce questa perdita del senso di connessione con la Natura sulla nostra psiche?
- Qual è la sua incidenza sui sintomi che gli psicologi vedono nella loro pratica?
- Quale beneficio apporta, all'individuo, uscire da questa alienazione?
- E quale beneficio, di riflesso, si riflette sull'intera comunità ed ecosistema di cui l'individuo fa parte?
- È sufficiente vivere esperienze nella Natura per superare l'alienazione o c'è bisogno anche di altri processi interiori?
- Come è possibile contribuire alla sfida epocale con il nostro peculiare approccio alla terapia? [23]

In Israele, la ricercatrice Lia Naor, rappresentante IES, propone una mappa di quattro fattori terapeutici dell'Ecopsicologia e dei benefici dell'integrazione della natura nella psicoterapia [24].

1. *Setting*. La Natura, intesa come ambiente orientato alla crescita, “insegna” il cambiamento, il rinnovamento, promuove vitalità; si propone come ambiente non giudicante, con accettazione incondizionata e, infine, offre una rappresentazione di completezza che promuove l'accettazione dei diversi aspetti della vita come un tutto integrato (brutto e bello, distruzione e creazione, vita e morte, potenza e debolezza).
2. *Sfida*. La sfida, in Natura, rappresenta il fulcro dell'intervento terapeutico, attraverso di essa infatti non solo si può ritrovare la propria forza ed empowerment ma anche mettere in discussione i modelli di comportamento esistenti e limitanti che emergono di fronte a condizioni nuove e difficili.
3. *Natura come parte attiva del processo*. La relazione terapeutica diventa una triade: Terapeuta-Paziente-Natura, offrendo una nuova chiave per spiegare tanto la variabilità nei risultati della terapia quanto nelle modalità di trattamento.
4. *Interconnessione*. La sperimentazione degli aspetti espansivi e interconnessi della vita è una caratteristica propria dell'esperienza in Natura. Espandere il proprio quadro di riferimento personale e osservare la vita da un contesto più ampio può ridurre la sofferenza personale suscitando nel contempo un focus su questioni anche sociali e ambientali [25].

Nel panorama inglese si colloca Mary-Jayne Rust, arteterapeuta e analista junghiana. Negli anni '80 ha lavorato presso il Centro di Terapia della Donna con donne con

problemi alimentari; ciò ha portato a un interesse più ampio per le radici del consumismo, le connessioni tra corpo e psiche, terra e anima. Due viaggi in Ladakh all'inizio degli anni '90 l'hanno avvertita della gravità della crisi ambientale e le hanno dato un breve assaggio di una cultura tradizionale quasi intatta. Autrice di numerose pubblicazioni, tra cui il libro "Towards an Ecopsychotherapy" [26], Mary-Jayne Rust presenta l'Ecopsicoterapia come non semplicemente una tecnica da applicare in terapia, ma un vero e proprio cambiamento di prospettiva. La psicoterapia ci invita a raccontare la storia delle nostre relazioni umane, l'Ecopsicoterapia estende questo concetto per includere la nostra storia terrestre, il contesto o continuum in cui si collocano le nostre relazioni umane.

Dal punto di vista gestaltico, l'ecopsicoterapeuta osserva che l'essere totalmente presenti alla crisi può trasformare il modo di vedere: "Eppure quanto è difficile rimanere incarnati e presenti al caos, alla confusione e alla sofferenza mentre i vecchi modi e le vecchie strutture crollano. La nascita del nuovo è emozionante ma dolorosa. Vivere un cambiamento di paradigma può sembrare come camminare tra due mondi con due narrazioni molto diverse sul nostro posto umano nella rete della vita. Un caso di visione doppia? Dietro i nostri successi duramente conquistati, la vecchia storia è quella del dominio, dell'oppressione o dell'idealizzazione, che vede la Natura come oggetto e "altro". Qual è la nuova storia? La saggezza terapeutica suggerisce che il nuovo nasce dal vecchio. Quando riportiamo in vista l'"altro", reclamando quelle parti di noi stessi e del mondo che sono state spinte ai margini, è possibile vedere la gestalt della crisi. Sedersi con un paradosso così apparente diventa il koan Zen del momento. Vista da questa prospettiva, la sostenibilità non riguarda solo un cambiamento pratico, ma una sfida a fare un salto psichico nella visione. La visione doppia può diventare vista integrata?" [27]. Mary-Jayne ha dimostrato il suo interesse per il nostro ruolo di terapeuti in questo viaggio collettivo, nonché per come questi problemi potrebbero manifestarsi nel nostro lavoro con i clienti.

Altre ricerche, come quelle condotte nel Regno Unito, dal 2007 con dei lavori di orto comunitario uniti ad approccio ecoterapeutico, combinano la socializzazione consapevole con la semina e la raccolta opportuna attraverso le stagioni. Queste terapie orticole si sono dimostrate efficaci nel trattare i sintomi e migliorare gli esiti riabilitativi, la qualità della vita e il funzionamento sociale in pazienti con schizofrenia [28]. Hanno anche dimostrato di ridurre l'apatia e promuovere la funzione cognitiva negli anziani affetti da demenza [29].

In Belgio, Ann Sterckx et al. [30], si sono occupati di come l'Ecopsicoterapia e l'Ecopsicologia, praticata nella vita privata e professionale degli operatori sanitari riduce non solo il rischio di burnout di questi ultimi ma migliori significativamente anche il rapporto degli operatori con i pazienti. Inoltre, Ann Sterck, rappresentante IES, ha elaborato un questionario sulla connessione della Natura, presentato in Italia dalla dott.ssa Fiammetta Piras, medico, nell'ambito di un corso ECM sulle prescrizioni verdi e le terapie forestali, organizzato nell'ottobre 2023 dall'Ordine dei Medici della Valle d'Aosta [31].

Anche in Ucraina, nonostante la guerra ancora in corso, vi è un'attenzione particolare

ai temi dell'Ecopsicologia per sostenere una transizione verso un modello che sia ecologicamente sostenibile, abbracciando atteggiamenti rigenerativi e spirituali nei confronti della Natura. L'Ecopsicologia e l'Ecoterapia mirano, attraverso la creazione di nuovi modelli psicoterapeutici a ripristinare la connessione umana con il mondo circostante [32].

Le evidenze empiriche, gli studi clinici e le metanalisi condotte da studiosi di tutto il mondo, indicano l'esito positivo complessivo degli interventi terapeutici dell'Ecoterapia: la Natura che orienta alla crescita, riflette qualità sane che evocano una sintonia interna con un cambiamento e forniscono una prospettiva più estesa e interconnessa sulla vita e su sé stessi [33, 34, 35].

Come e perché scegliere di orientare ecopsicologicamente la propria attività professionale? È molto più che una questione di setting o di pratiche, nasce dalla consapevolezza di quanto una visione del mondo disconnessa dai processi della vita genera malessere su tutti i piani. Quando sentiamo questa disfunzionalità e la sofferenza che deriva dalla distruzione della rete della vita e quando scegliamo di rivolgerci verso la Natura - sia quella nostra umana sia quella del mondo naturale - come maestra e sorgente di guarigione, stiamo facendo un passo importante verso i grandi cambiamenti necessari per quanto riguarda modo in cui viviamo e ci relazioniamo col mondo attorno a noi [14]. L'Ecopsicologia si impegna nel risvegliare sia la psicologia, focalizzata sul benessere umano, sia l'ecologia, focalizzata su quello ambientale, sulla necessità di collaborare, spostando l'attenzione dal riparare i danni - malattie e degrado ambientale - all'attivare politiche di prevenzione. Gli studi che confermano l'importanza della Natura e soprattutto della Natura selvatica, per la salute fisica, emotiva e mentale delle persone sono ormai innumerevoli, ma quello che è interessante osservare è la reciprocità di questa relazione per cui persone più sane e consapevoli, diventano più attente e impegnate sul fronte della salvaguardia ambientale. Il paradigma Natura e Salute potrebbe essere proprio la strategia rivoluzionaria in grado di arrestare e, si spera, invertire la traiettoria del declino della salute planetaria [36].

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Carvalho, M. A. B. (2013). *De frente para o espelho: Ecopsicologia e sustentabilidade*. Universidade de Brasília. Centro de desenvolvimento sustentável.
2. Roszak, T. (1992). *The Voice of the Earth: An Exploration of Ecopsychology*. Simon & Schuster.
3. Buzzel L & Chalquist C, (2009). *Ecotherapy. Healing with Nature in Mind*. Sierra Club Books.
4. Jordan, M., & Hinds, J. (Eds.) (2016). *Ecotherapy: Theory, research and practice*. Macmillan International Higher Education.
5. Taleb, Mohammed (2020). *L'Ecopsicologie, une voie pour décoloniser l'imaginaire*, audioconferenza, elogedelaculturegenerale@yahoo.com.
6. Swim, J. K., Stern, P. C., Doherty, T. J., Clayton, S., Reser, J. P., Weber, E. U., Gifford, R., & Howard, G. S. (2011). Psychology's contributions to understanding and addressing global climate change. *American Psychologist*, 66(4), 241-250. <https://doi.org/10.1037/a0023220>
7. Gagliano, M. (2013). Persons as plants: Ecopsychology and the return to the dream of nature. *Landscapes : The Journal of the International Centre for Landscape and Language*, 5(2), 14.
8. Laszlo, E., & Combs, A. (Eds.) (2011). *Thomas Berry, dreamer of the earth: The spiritual ecology of the father of environmentalism*. Simon and Schuster.
9. Hillman J. (1999). *L'anima del mondo - Conversazione con Silvia Ronchey*. Rizzoli.
10. Conn, S. A. (1995). When the earth hurts, who responds. *Ecopsychology: Restoring the earth, healing the mind*, 156-171.
11. Barbiero, G., & Berto, R. (2016). *Introduzione alla biofilia. La relazione con la Natura tra genetica e psicologia* (pp. 1-212). Carocci Editore.
12. Danon, M. (2019). "From Ego to Eco": The contribution of Ecopsychology to the current environmental crisis management. *Visions for Sustainability*, 12, pp. 8-17. <https://doi.org/10.13135/2384-8677/3261>
13. Roszak, T. E., Gomes, M. E., & Kanner, A. D. (1995). *Ecopsychology: Restoring the earth, healing the mind*. Sierra Club Books.
14. Danon Marcella (2020) *Ecopsicologia – Come sviluppare una nuova consapevolezza ecologica*. Aboca Editore.
15. Kahn, P. H., & Hasbach, P. H. (Eds.). (2012). *Ecopsychology: Science, Totems, and the Technological Species*. MIT Press.
16. Bratman, G. N., Hamilton, J. P., Hahn, K. S., Daily, G. C., & Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Proceedings of the national academy of sciences*, 112(28), 8567-8572. <https://doi.org/10.1073/pnas.1510459112>
17. Frumkin, H., Bratman, G. N., Breslow, S. J., Cochran, B., Kahn Jr, P. H., Lawler, J. J., ... & Wood, S. A. (2017). Nature contact and human health: A research agenda. *Environmental health perspectives*, 125(7), 075001. <https://doi.org/10.1289/EHP1663>
18. Wilson Edward O. (2006). *La creazione: un appello per salvare la vita sulla Terra*. Adelphi Editore.
19. McNeil, D. G., Singh, A., & Chambers, T. (2022). Exploring nature-and social-connectedness as mediators of the relationship between nature-based exercise and subjective wellbeing. *Ecopsychology*, 14(4), 226-234. <https://doi.org/10.1089/eco.2022.0013>
20. Geoff, B. (2023). The well-evidenced benefits of ecotherapy. *Ecotherapy*, 51-64.
21. Naess, A. (1995). *Self-Realization: An Ecological Approach to Being in the World*. In G. Sessions (Ed.) *Deep Ecology for the 21st Century*, 225–239.
22. Berto, R., & Barbiero, G. (2017). How the psychological benefits associated with exposure to nature can affect pro-environmental behavior. *Ann. Cogn. Sci*, 1(10.36959).
23. Per approfondimenti <https://ies.bio/it/>
24. Naor, L., & Maysel, O. (2021). Therapeutic factors in nature-based therapies: Unraveling the therapeutic benefits of integrating nature in psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(4), 576.

<https://doi.org/10.1037/pst0000396>

25. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–24). *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>
26. Rust, M. J. (2020). *Towards an ecopsychotherapy*. Confer books.
27. Rust, M. J. (2011). “Double Vision? The Gestalt of Our Environmental Crisis” <https://marianne-frylectures.uk/past-lectures/2011-mary-jane-rust-double-vision-the-gestalt-of-our-environmental-crisis/>
28. Lu, S., Zhao, Y., Liu, J., Xu, F., & Wang, Z. (2021). Effectiveness of horticultural therapy in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 964. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030964>
29. Yang, Y., Kwan, R. Y. C., Zhai, H.-M., Xiong, Y., Zhao, T., Fang, K.-L., & Zhang, H.-Q. (2022). Effect of horticultural therapy on apathy in nursing home residents with dementia: A pilot randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 26(4), 745–753. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1907304>
30. Sterckx, A., Van den Broeck, K., Remmen, R., & Keune, H. (2023). Self-care and nature in the private and professional practice of healthcare professionals in Belgium. *Research Directions: One Health*, 1, e 10. <https://doi.org/10.1017/one.2022.8>
31. Per approfondimenti <https://www.univda.it/eventi-univda/approccio-al-concetto-di-salute-planetaria-il-potenziale-delle-foreste-valdostane/>
32. Popova, O. (2023). Fundamental changes in the determinants of western ecopsychology at the end of the 20th and the beginning of the 21st century. *Personality and Environmental Issues*, 3(1), 10-15. [https://doi.org/10.31652/2786-6033-2023-1\(3\)-10-15](https://doi.org/10.31652/2786-6033-2023-1(3)-10-15)
33. Cooley, S. J., Jones, C. R., Kurtz, A., & Robertson, N. (2020). “Into the wild”: A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *Clinical Psychology Review*, 77, Article 101841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101841>
34. Capaldi, C. A., Dopko, R. L., & Zelenski, J. M. (2014). The relationship between nature connectedness and happiness: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 976. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00976>
35. Naor, L., & Mayselless, O. (2021). The therapeutic process in nature-based therapies from the perspectives of facilitators: A qualitative inquiry. *Ecopsychology*, 13(4), 284-293. <https://doi.org/10.1089/eco.2021.0004>
36. Varanasi, U. (2020). Focusing attention on reciprocity between nature and humans can be the key to reinvigorating planetary health. *Ecopsychology*, 12(3), 188-194. <https://doi.org/10.1089/eco.2020.0011>

ARTICOLO DI OPINIONE

# L'educabilità della cura: la responsabilità di 'attraversare cancelli'

Mariarosaria De Simone<sup>1</sup>

<sup>1</sup> RTDb in M-Ped/01, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Napoli Federico II

## ABSTRACT

Through a detailed description of the theoretical-experiential model of psychotherapy implemented by Professor Antonio Ferrara, essentially mediated by a critical reading of his latest editorial work, we will try to reflect on the educational potential of such an integrated model which, looking at treatment as a path of personal growth, an exquisitely humanizing vision of care, is full of ideas. A wealth given not only because this model aims to help people overcome, as the acronym suggests, one's limits by aiming for the self-realization of one's potential, which «is already all within us, we just need to reawaken what is there», but also because it invites us, by its own characteristics, to let ourselves be challenged to open disciplinary, psychological and pedagogical 'boundaries', in the name of a vision of care that reaches, in a Heideggerian way, its essence, its meaning. primary and original, belonging to an essential dimension of human life.

## KEYWORDS

**integrated model; interdisciplinarity; gestalt; transactional analysis; enneagram; clinical education; training Clinic.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Attraverso una descrizione dettagliata del modello teorico-esperienziale di psicoterapia implementato dal Professor Antonio Ferrara, mediata essenzialmente da una lettura critica del suo ultimo lavoro editoriale, si cercherà di riflettere sulle potenzialità educative di un siffatto modello integrato che, guardando alla cura come a un percorso di crescita personale, visione della cura squisitamente umanizzante, si presenta ricco di spunti. Una ricchezza data non solo perchè tale modello si propone di aiutare ad attraversare, come l'acronimo suggerisce, i propri limiti puntando all'autorealizzazione del proprio potenziale, che «è già tutto dentro di noi, bisogna solo risvegliare quello che c'è», ma anche perchè esso ci invita, per le proprie caratteristiche, a lasciarsi sfidare all'apertura dei 'confini' disciplinari, psicologici e pedagogici che siano, in nome di una visione della cura che arrivi, heideggerianamente, alla sua essenza, al suo significato primario e originario, di appartenenza a una dimensione essenziale della vita dell'uomo.

## PAROLE CHIAVE

**modello integrato; interdisciplinarietà; gestalt; analisi transazionale; enneagramma; educazione clinica; Clinica della formazione.**



### Citation

De Simone M. (2023).  
L'educabilità della cura: la responsabilità di 'attraversare cancelli'  
Phenomena Journal, 5, 77-92.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.192>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Mariarosaria De Simone  
[mariarosaria.desimone3@unina.it](mailto:mariarosaria.desimone3@unina.it)

**Ricevuto:** 20 settembre 2023

**Accettato:** 23 novembre 2023

**Pubblicato:** 7 dicembre 2023



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

## 1. Introduzione

Nell'ultimo ventennio la pedagogia italiana si è a tal punto interessata alla tematica della cura da renderla non solo una categoria fondamentale in termini epistemologici ma altresì ponendola alla base del fare educazione. E d'altronde *educere*, lo sappiamo, significa prima di tutto nutrire, allevare e poi tirar fuori. Curare, in senso pedagogico, vuol dire innanzitutto «formarsi ad aver cura: modellare, esercitare, interrogare il proprio modo di aver cura» [1]. Come spiega meglio Boffo, riprendendo il concetto di cura, «la vita umana non si orienta in una direzione di senso senza la presenza della cura che la illumina e ne rende possibile l'apertura all'assunzione di un significato» [2]. In educazione, in particolare, la cura diviene l'archetipo della pedagogia. È vero che la parola cura può essere associata a termini quali salute, benessere, clinica, terapia ma si può anche trovare per indicare attenzione, protezione, responsabilità, accudimento, cura di sé e degli altri. A tal proposito, celebrando il Centenario, quest'anno, della nascita di Don Lorenzo Milani, non possiamo non ricordare il suo celebre "I CARE". È vero anche che i due ambiti dove maggiormente si gioca la dimensione della cura, l'educazione e la psicologia, seppur in contatto, sono ormai chiaramente delineati epistemologicamente ed operativamente. E d'altronde così deve essere, se si vogliono evitare le critiche di molti studiosi, soprattutto a livello internazionale, rispetto all'enfasi su aspetti come l'intelligenza emotiva o l'autoefficacia che, a loro parere, sembrano aver surclassato uno dei compiti principali delle istituzioni educative, ovvero la trasmissione del sapere. Basti citare Furedi secondo il quale la preoccupazione per il benessere emotivo e l'autostima della società contemporanea, nei termini della promozione di una 'cultura vittimistica', servirebbe ad anestetizzare le persone in questi tempi di incertezza economica e sociale [3], per cui «si potrebbe accettare l'idea che attualmente ci sia semplicemente troppa enfasi sulla consulenza personale e i diritti individuali e non abbastanza sulla cittadinanza attiva e sui doveri e la responsabilità» [4], tanto da arrivare a parlare di 'deriva terapeutica', anche nei contesti educativi formali, come la scuola. Lungo questa riflessione, se sembra dunque apparire essenziale distinguere bene gli ambiti di 'cura' dell'educazione e della psicologia, d'altro canto c'è da chiedersi, a proposito, ad esempio, della formazione dei professionisti dell'educazione, quanto essa ancora si imponi «sulla base della trasmissione e acquisizione di un insieme di saperi suddivisi e impacchettati, portatori di concezioni tutto sommato ancora molto ingabbiate nei reciproci recinti, ancora molto pronti a difendere i propri territori e per niente preparati a discutere dialetticamente con le altre prospettive»[5], rendendo ancora terribilmente difficile, per quanto entrati nel ventunesimo secolo, lasciarsi sfidare all'apertura dei propri steccati disciplinari, dei propri mondi chiusi, e faccio riferimento a entrambi i mondi: pedagogia e psicologia. È proprio dall'accettazione di questa sfida, dall'"attraversare i confini" che sono nati approcci interessantissimi, come ad esempio la 'clinica della formazione' di Riccardo Massa, una pratica già definita "inattuale" da Bertin [6] poichè, essendo messa in discussione dai canoni della ricerca pedagogica attuali, «finisce per metterli essa stessa in crisi in quanto li

scompagina e tenta di riorganizzarli»[7], focalizzandosi su uno stile pratico e di ricerca che tenta di riappropriarsi, in ambito educativo e formativo, di una metodologia di tipo idiografico e interpretativo che privilegia la dimensione intersoggettiva e la produzione di un campo linguistico [8]. È lungo tale direzione che ci si interrogherà sulle potenzialità educative di un modello terapeutico di un maestro, il mio maestro.

## 2. Il modello GATES

Antonio Ferrara, psicologo, psicoterapeuta, fondatore, direttore e docente dell'Igat, Istituto di Gestalt e Analisi Transazionale e della Scuola quadriennale di Specializzazione in psicoterapia, ha approntato un modello di cura, descritto in maniera chiara e dettagliata nel suo ultimo volume, 'Psicoterapia, carattere, spiritualità. Il modello GATES: navigando tra Gestalt, Analisi Transazionale, Enneagramma e Spiritualità' [9], estremamente interessante dal punto di vista pedagogico. Si tratta di un modello caratterizzato da una visione integrata, frutto di un lavoro professionale che negli anni è stato influenzato non solo da quelli che furono i suoi maestri, diretti o indiretti, Fritz Perls, Eric Berne, Claudio Naranjo, Barrie Simmons, Namkhai Norbu, ma anche da quella che è stata la sua esperienza di vita, che appare estremamente 'congruente', in termini rogersiani, al suo modello terapeutico. Una vita in cui l'amore per il teatro, una carismatica passione per l'autenticità, un'idea di cura profondamente connessa alla crescita personale ed esistenziale di ciascuno, hanno portato il nostro Studioso a formulare il modello GATES: «il mio obiettivo è quello di guardare all'uomo e quindi al paziente nella sua *complessità* e di poter rispondere alle problematiche, che oltre ai malesseri individuati dalla *clinica*, vengano da una carenza di valori, di riferimenti certi e dall'*ignoranza* del senso di sé» [10]. Si tratta di una visione della psicoterapia che, puntando il focus su un lavoro di cura tale da permetterci di colmare la distanza, alimentata dalle tante distrazioni della vita quotidiana sempre più influenzata dal *digital*, che sempre più ci allontana dalla nostra natura e ci porta a vivere artificialmente, «galleggiando nella vita» come più volte lo studioso ama dire, non può non estendersi anche all'educazione e alla socialità. Una visione che punta dunque all'autoconsapevolezza di sé e del proprio rapporto con il mondo culturale, sociale e relazionale, implicando una connessione dell'emotivo con il cognitivo dall'enorme potenzialità educativa al fine di coltivare forme consapevoli e intenzionali di vita e apprendimento [11]. Per usare le parole di James «la facoltà di riportare volontariamente indietro un'attenzione errante, più e più volte, è la radice stessa del giudizio, del carattere e della volontà [...]. Un'educazione che dovrebbe migliorare questa facoltà sarebbe *l'educazione per eccellenza*. Ma è più facile definire questo ideale che dare indicazioni pratiche per realizzarlo» [12]. Lungo tale direzione il modello GATES sembra proprio suggerirci quelle indicazioni pratiche di cui abbiamo bisogno in termini educativi, a partire dal modo in cui secondo Ferrara si organizza e si manifesta la nostra realtà, una realtà che sia sperimentabile e quindi traducibile in esperienze che possano avere applicazioni concrete anche nel percorso terapeutico. Facendo riferimento sia a ricerche di fisica moderna ma soprattutto all'idea di vuoto

fertile che Fritz Perls aveva teorizzato già a partire dal suo primo libro, “L’Io, la fame e l’aggressività” [13], non senza passare per le riflessioni neuroscientifiche di Gallese, il nostro Studioso pone in primo piano sia il corpo che l’esperienza vissuta attraverso i sensi come dimensione a cui ritornare, preconditione imprescindibile, a partire dal *bambino eidetico* di Berne e dal valore della *sensazione* per Perls, da cui origina ogni successiva esperienza. Interessante è il modo in cui il nostro Studioso, immaginando questo percorso che va dal vuoto all’ordine e quindi alle forme organizzate, per tornare al vuoto come mente pura, lo concepisca come un circolo che descrive un percorso di crescita e conoscenza che comprende il cadere e il rialzarsi. E non si può non notare la profonda portata educativa di questa immagine, potendo essere ispiratrice di una predisposizione pedagogica a istituire “pratiche generative di legame” tali da risvegliare un’idea di “formatività” pedagogica che «ha i tratti della ricettività spirituale, della sensibilità incarnata e della partecipazione cosmica, per poter accedere a forme di memoria, di legame e di comunità, spiritualmente vive e storicamente specifiche per la cultura occidentale contemporanea» [14]. Lungo tale direzione la riflessione teorica sul modello GATES si concentra sulla teoria gestaltica del ciclo di contatto che Ferrara considera come un “derivato” di quello che ha definito il “circolo dell’esistenza”, ovvero del continuo movimento di caos e ordine precedentemente descritto, considerando le fasi del contatto così come furono originariamente proposte da Perls e Goodman [15] con i relativi meccanismi di difesa che, fase per fase, lo possono interrompere, organizzandosi in varie attività psicologiche e attivandosi in modo del tutto automatico e inconsapevole. “Derivato” dunque perché, secondo lo Studioso, solo se è in corso il circolo della vita, che inizia quando incomincia ad organizzarsi la *forma*, e quindi l’*ordine*, «è possibile distinguere tra le fasi del contatto che uscendo da un’origine unitaria, appaiono separate le une dalle altre, diventando aspetti dello sviluppo della persona e parte integrante della soddisfazione dei suoi bisogni. È un processo che riguarda ogni cosa che esiste ed è una fase *analitica* sulla quale è utile che, soprattutto inizialmente, si focalizzi il terapeuta» [16]. In ogni caso la Gestalt non può teoricamente essere assimilata esclusivamente al ciclo di contatto, va oltre: «la sua tradizione si nutre di fondamenti più *sottili* che hanno la loro matrice nel vuoto fertile. Certo è influenzata dalla fenomenologia, dell’esistenzialismo, dalla psicoanalisi, dall’ebraismo, ma ha anche qualcosa in più, mira all’*essenza*» [17]. Rispetto alle influenze dell’Analisi Transazionale nel modello GATES oltre a Eric Berne, ai principi dell’AT, quali l’*Okness* e il Contratto, dalla riflessione teorica di Ferrara viene fuori una visione pedagogica ed educativa dell’AT secondo la quale non ci sono bambini e, di conseguenza, persone immature, in quanto la loro presunta ‘immaturità’ è dovuta a carenze affettivo-educative che provengono dall’ambiente familiare e sociale, focalizzandosi sul valore che Berne diede all’*intuizione*, intuizione che si può coltivare con la libera associazione, che promuove connessioni, così come con la meditazione, che apre la mente. Intuizione che cresce con la spontaneità e l’ampliarsi delle proprie conoscenze, cui lo Studioso aggiunge lo ‘stare’, un’attitudine che, nel caso del terapeuta, permette l’esserci per le persone cogliendone i vissuti più profondi: «questo fa la differenza tra un incontro fatto con

confini tecnicamente e teoricamente definiti e il fluire nella relazione in maniera viva. Non ho mai pensato che ci fosse un modello terapeutico completo in sé e di qui il mio interesse ad aprirmi ad altre scuole e la tendenza a integrare modelli diversi. Compresi presto che integrare non vuol dire mettere tanti pezzi insieme, ma *assimilare*, per dar vita a una nuova forma *unitaria*» [18]. Si tratta di una visione della cura squisitamente umanizzante, una cura che, specifica Ferrara, per entrambi, sia per Perls che per Berne, mirava all'autorealizzazione, anche se uno lo fece in maniera *dionisiaca* mentre l'altro, Berne, in maniera più *apollinea*. Rispetto alla 'quota' Gestalt presente nel modello GATES sembra emergere l'influenza non solo del suo fondatore, Fritz Perls ma anche del rapporto che quest'ultimo intrattenne con il teatro e in particolare con il teatro di Rheinardt, di cui Fritz fu allievo, rapporto che influenzò la Gestalt, così come gli insegnamenti del filosofo Friedlaender, che fu di grande ispirazione in particolare per l'idea di vuoto fertile. A tal proposito, sebbene vi siano stati altri filosofi e pensatori dell'epoca ad aver parlato di indifferenza creativa, è proprio Friedlaender ad aver fatto un passo in più, proponendo «il punto zero come centro di un equilibrio che permette la *trascendenza* e il superamento del dualismo, l'esperienza che sostiene la separazione tra soggetto e oggetto» [19]. È da questo vuoto che si organizza la realtà del nostro quotidiano: «ampliando il discorso, uscendo dal punto zero, si producono differenziazioni e separazioni che creano polarità: nascono i fenomeni. Si entra nel mondo dualistico nel quale dominano le passioni, che producono attaccamento e quindi sofferenza. Come conseguenza di tutto ciò è facile immaginare che lo scopo di una terapia che guarda anche alla crescita personale, sia quello di tornare al punto zero e una delle vie che a mio parere scelse Perls, fu l'integrazione delle polarità» [20]. Imparare ad integrare, ad attraversare le antinomie, volendo nuovamente riportare il discorso sul terreno pedagogico, rappresenta una competenza estremamente importante da promuovere, tanto che il pedagogista Giovanni Maria Bertin, con il suo problematicismo, ne ha fatto una dimensione fondamentale se si vuole educare ad una razionalità forte, una ragione che, calata nell'esperienza, ne funga da guida [21]. Una siffatta razionalità si declina dunque, in campo educativo, come istanza metodologica regolativa che «apre al possibile e che, attraverso l'analisi filosofica dell'esperienza educativa, funge da guida alla "caotica" esperienza di realtà del lavoro pedagogico. In questa prospettiva appare subito chiaro che l'educazione stessa è un problema, avendo a che fare con molteplici significati possibili che possono esserle attribuiti, per cui ogni esperienza esistenziale, compresa l'esperienza educativa non è assolutamente avulsa da visioni parziali e molteplici antinomie possibili. In tal senso possiamo avere modelli educativi impostati sulla polarità sforzo/piacere, spontaneità/abitudine, oppure autonomia/eteronomia che potrebbe rappresentare la polarità libertà *di* e libertà *da* [...], o ancora polarità tra componenti soggettive dell'educazione, come ad esempio la dimensione affettiva, e componenti oggettive, che possono tradursi in ideali culturali con annessi valori soggiacenti. Per Bertin queste polarità non possono essere integrate, propendendo per l'uno o per l'altro polo a seconda delle circostanze, ma vanno 'superate' attraverso un impegno razionale che, lo ricordiamo, è sempre un impegno etico-pedagogico che

apre alla dimensione del possibile e che si alimenta di una tensione dialettica che, dinamicizzando aspetti antinomici-oppositivi del 'problema' educativo, promuove uno sguardo critico che favorisce l'unica autonomia possibile: quella intellettuale ed affettiva, e cioè la libertà» [22]. Ritornando al modello GATES una dimensione fondamentale, riguarda la Responsabilità come principio guida permeante la filosofia della Gestalt, responsabilità nel senso di *respondere*, dare risposte congruenti agli stimoli che si ricevono. La responsabilità prevede trasparenza, innanzitutto con sé stessi, poiché di vie indirette basate su inganno e autoinganno ce ne sono tante anche se, paradossalmente, il non essere trasparenti comporta un sacrificio: non ci si permette di essere quello che si è; e d'altronde essere trasparenti comporta un atto di responsabilità, richiede un rischio ma, a ben pensarci, la verità è una protezione, come ama dire spesso Antonio Ferrara nelle sue lezioni. In tal senso viene fuori l'enorme portata educativa del principio di responsabilità, che a sua volta richiama una disciplina della concentrazione che comporta attenzione a sé stessi, impegno a 'stare' in quanto si sta facendo e l'andare dritti al centro. In tal senso l'attenzione focalizzata improntò fortemente la Gestalt e la sua filosofia, conosciuta anche come la 'terapia del qui ed ora', filosofia dove si coglie in maniera evidente un invito a vivere l'esperienza e a promuoverla quale occasione di crescita e di libertà di espressione. Anche Berne dà molto valore alla consapevolezza insieme alla spontaneità e all'intimità. Si tratta di un tempo, il qui-ed-ora, orientato alla crescita, di un modello di cura che lascia spazio al paziente affinché si impegni a cercare ciò che serve, trovando in sé le risorse, puntando sull'autoappoggio tanto caro a Fritz Perls. Il nostro Studioso, a tal proposito, critica gli approcci terapeutici che disdegnano l'apertura a dimensioni anche spirituali: «si confonde la spiritualità con la religione. Spesso si sente dire ma noi siamo clinici, non ci competono queste tematiche, in nome di una ortodossia che sento senza senso. Clinica e sviluppo personale non sono mai stati in conflitto. È più utile trovare integrazioni piuttosto che settorializzare» [23] perché «soddisfare i bisogni essenziali è dovuto e poi occorre nutrire l'anima» [24]. Lungo tale direzione la consapevolezza richiede il correre un rischio, come diceva Perls, il rischio di voler superare i confini, le barriere dietro le quali abbiamo chiuso la nostra vitalità, un rischio che bisogna correre poiché il semplice prendere coscienza diviene consapevolezza limitata se non segue un'azione, un fare concreto che, guidato proprio da una consapevolezza profonda, smaschera i condizionamenti delle nostre visioni dualistiche allontanandoci dalla nostra natura di insiemi unitari, persone intere, organismi compatti, complessità organizzata. A tal proposito Ferrara, affrontando la natura strettamente interdependente tra processo e contenuto nel confronto tra Gestalt e Analisi Transazionale, sebbene nella visione gestaltica il processo è più vicino al concetto di figura, a ciò che va in primo piano, mentre la struttura è assimilabile all'idea di sfondo, intendendo fenomenologicamente il processo come qualcosa che appare e che si manifesta mentre il contenuto rappresenta la struttura, il non visibile, l'organizzazione interna della personalità, considera riduttivo considerare e definire la terapia della Gestalt soltanto per tali caratteristiche. In effetti 'struttura' e 'processo' appaiono interdipendenti sia per Perls che per Berne: entrambi non dimenticarono

mai le proprie matrici psicoanalitiche, «pur avendo teorie e modalità di lavoro differenti, i loro modelli sono perfettamente integrabili, e messi insieme producono maggiore efficacia e profondità» [25]. Questo perché consapevolezza dopo consapevolezza, emergono i nuclei originali, ovvero i nodi che interrompono la spontaneità del vivere: «la consapevolezza risveglia la saggezza naturale e porta spontaneamente a scoprire le strutture sulle quali si regge l'intera persona: quelle che *limitano* la crescita e che *inventano* la vita. Le strutture sono sempre presenti, ma restano invisibili all'occhio inconsapevole» [26]. Allo stesso modo anche l'analisi strutturale degli Stati dell'Io dell'AT, assume lo scopo, nel processo terapeutico, di aiutare al recupero dei potenziali Adulti e della naturale affettività del Bambino, ricordando che *intimità* e *spontaneità*, insieme a *consapevolezza*, rappresentano i principi fondanti dell'*autonomia*. «Questi temi sono importanti non solo per la terapia, ma anche per essere integrati in una cultura sociale che metta al centro del suo interesse lo sviluppo della persona. Chi fa un'esperienza di terapia, individuale o di gruppo che sia, basata su questi principi, li porta con sé anche nel suo ambiente e con le persone con le quali entra in relazione. Di qui il valore sociale del nostro approccio» [27]. Approfondendo la relazione tra gli Stati dell'Io dell'Analisi Transazionale, attraverso cui viene data un'attenzione paritaria agli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali considerandoli un insieme congruente cioè strettamente interconnesso, e le visioni tripartite di Mac Lean [28] e Jaak Panksepp, riconoscendo che una tale suddivisione era stata già fatta da Gurdjieff negli anni '20 partendo da tradizioni di tipo mistico-filosofico, più vicine alla cultura mediorientale e prima ancora dello sviluppo della neurofenomenologia, il nostro Studioso ci tiene a precisare non solo che «per le diverse traduzioni a cui facciamo riferimento, è importante la presenza di un'interazione tra le parti e l'influenza che l'ambiente ha sulla mente» [29], ma anche trova uno spazio fondamentale, nel suo modello GATES, quanto insegna Gurdjieff, e che Ouspensky [30] chiamò la "quarta via", «un approccio più ricco e articolato nel quale, a un cervello tripartito, *arcaico*, *limbico* e *neocorticale*, aggrega un livello ulteriore, non solo organismico, ma un livello in cui si dà attenzione alla *mente sottile* e a una visione spirituale dell'esistenza, alla quale in seguito farà cenno anche Mac Lean» [31]. Conseguenza di queste riflessioni teoriche è un'attenzione, presente sia in Berne che in Perls, alla «vita reale delle persone, a soggetti, *tutti protagonisti*, completi in sé, con corpo, intelletto ed emozioni» [32]. Non solo: in particolare la visione di Berne trova il suo campo di applicazione non solo nell'individuo ma anche nei gruppi e in generale in una realtà nella quale «la matrice del tessuto sociale è costituita da genitori e bambini, che formano famiglie, le quali danno vita alla cultura e alla società di oggi» [33]. Molte volte, riflette Ferrara, vi è una tendenza a caratterizzare in maniera troppo cognitiva il processo terapeutico ovvero mirando al cambiamento comportamentale piuttosto che seguire vie più complesse che riguardano la ristrutturazione della personalità e che puntano sulla responsabilità del paziente inserito nel suo tessuto sociale, consentendogli di vivere pienamente le sue esperienze nel qui ed ora. Da tali riflessioni sembra emergere, ancora una volta, la finalità umanizzante che intenziona valorialmente il suo programma GATES ovvero quello di

dare attenzione alla crescita e allo sviluppo della persona come premessa imprescindibile per una vita soddisfacente. «Può essere utile impegnarsi nel diagnosticare se il paziente è uno psicotico o un borderline, ma quello che davvero conta è scoprire come la *persona*, non la patologia, ha *interrotto* il suo processo di crescita e come lo si possa riattivare. Occorre riempire i *vuoti* di esperienza fissati nel tempo e questo implica superare *le interruzioni* che hanno creato i blocchi a livello fisico, emozionale, intellettuale e spirituale» [34]. A tal proposito Ferrara spiega come l'autoregolazione organismica di tipo gestaltico, come già detto, crederebbe quel movimento che permette di andare incontro all'ambiente, all'insieme di stimoli, di esperienze che vengono dal mondo esterno, così da poterle destrutturare e assimilare facendole proprie. Ma a questo scopo servono «*intenzione, volontà e azione*, forme di energia che implicano il focalizzarsi e il prendere direzione» [35]. La Gestalt dà molto spazio alle capacità naturali, all'*andare verso* con spontaneità, seguendo un principio di *preferenzialità*, come lo chiama Naranjo, che guida e che va al di là del controllo razionale ed è parte integrante del rispondere dell'assunzione di responsabilità. Fluendo con le esperienze è più facile trovare la via e questo è un principio che ispira anche le tradizioni meditative come lo Zen: «il lasciarsi andare, il permettere che la *mente cada*, che il *corpo cada*. E quando la mente cade i pensieri *cadono*, e quando il corpo cade il rilassamento è profondo. Non è che non succede niente, al contrario, si crea un nuovo ordine» [36]. Raccontando delle sue esperienze, degli incontri con i suoi maestri di Gestalt, in particolare Berry Simmons e Claudio Naranjo, il nostro Studio diventa esempio vivo del processo descritto, valorizzando ancora una volta l'importanza di percorsi esperienziali continui, di natura integrativa, assimilativa che dovrebbero rappresentare la base della formazione di un buon terapeuta, poiché «apprendere scalette di intervento per ottenere risultati rivolti al comportamento è molto diverso dall'assimilare il senso delle esperienze» [37]. Lungo tale direzione la filosofia dell'*Okness* di Eric Berne e il principio io-tu di Fritz Perls, mutuato da Martin Buber, sembrano essere estremamente accomunati nel dare centralità alla persona a partire dal presupposto fondativo di come l'essere umano abbia in sé un potenziale di cambiamento o, come preferisce dire Ferrara, una connaturata capacità trasformativa, che ci permette di guardare noi stessi e l'altro in modo autentico, divenendo questo vera educazione all'incontro, incontro che rappresenta «un territorio nel quale è rischioso entrare, ed è proprio questo il confine che il terapeuta invita a superare quando il suo approccio mira anche alla conoscenza di sé» [38]. Questa via, che aiuta la persona a crescere e ad apprendere lei stessa ad amare sentendo l'amore per l'altro e, prima ancora, per sé stesso, «non la si trova negli elenchi degli strumenti di cura» [39]. Proseguendo nella riflessione sul parallelismo tra l'*Okness* di Berne e l'io-tu gestaltico secondo Ferrara le transazioni analitiche, nel processo terapeutico, dovrebbero puntare sia a processi empatici che a processi simpatici, non dimenticando al tempo stesso l'attitudine alla trasparenza così come alla confrontazione: «le transazioni che utilizza un terapeuta possono venire da ognuno dei tre Stati dell'Io e anche dalle loro diverse funzioni, non solo dall'Adulto. Può essere utile in alcuni momenti utilizzare un Genitore normativo o affettivo, così come il Bambino libero o adattato,

modi *funzionali* attraverso i quali si manifestano le strutture, ma sempre con una presenza Adulta che guida» [40]. Allo stesso modo se il sintomo, per la visione gestaltica, si organizza per effetto della repressione dell'autoregolazione organismica, soprattutto quando questo potenziale viene governato da regole e da culture che non rispettano i bisogni naturali della persona: «da queste considerazioni se ne può dedurre che il *sintomo* è il risultato di un incontro della nostra mente, intesa in senso ampio, con l'ambiente, il che fa dire che la malattia è parte dell'esistenza» [41]. Questa visione profondamente umanizzante porta il nostro Studioso a intendere il processo terapeutico come un processo in grado di portare le persone ad occuparsi, oltre che dei propri sintomi e dei propri problemi, di sé stessi, per conoscere di più e poter cogliere il senso dell'esistenza: «tutto questo favorisce lo sviluppo dei propri potenziali e il cambiamento. In tal senso il sintomo, considerato come un atto creativo, frutto della saggezza naturale dell'organismo, è un invito alla sopravvivenza e pertanto porta in sé messaggi che possono essere letti e compresi per scoprire cosa davvero serve e cosa sta interagendo con lo sviluppo e la crescita della persona. Appare estremamente interessante, in termini educativi, il modo in cui Antonio Ferrara connette bellezza e sofferenza. «Quando si capisce che la sofferenza è frutto dell'*ignoranza* che ha l'uomo circa la sua natura, allora l'attenzione è rivolta alla ricerca della propria essenza, uno stato al di là di dualismo e conflitto. La bellezza, insieme all'amore, è quanto di più simile alla sua natura profonda l'uomo possa conoscere. La bellezza porta in alto, eleva chi la crea e quelli ai quali si manifesta. Produce relazione. Entrano in contatto l'artista e quanti ricevono i *significati inediti* della sua opera, spesso con capolavori che stupiscono e *amplificano il senso del possibile*» [42]. L'arte entra come dimensione fondamentale nel modello GATES di Ferrara, attraverso modalità di lavoro terapeutico in cui l'atto creativo viene promosso stimolando una spontaneità che permetta di uscire da stati mentali rigidi e condizionanti, in direzione di una libera espressione. La spontaneità dell'esperienza mette in contatto con la profondità della propria natura, risveglia ed apre la mente. «Il nostro potenziale è senza limiti. È già tutto dentro di noi, bisogna solo risvegliare quello che c'è» [43]. A proposito della potenzialità educativa del nesso sofferenza/bellezza teorizzato dal nostro Studioso, ritornando al 'discorso pedagogico', sappiamo innanzitutto come «accanto alla spettacolarizzazione del dolore, la civiltà occidentale, per confondere ancora di più i nostri bambini e ragazzi, ha generato e sottoscritto, attraverso la comunità della salute mentale, la "biomedicalizzazione" della vita umana, creando il culto della libertà dalla sofferenza fisica e mentale» [44]. Oggi il modello sociale che prevale è quindi quello dell'eterna giovinezza e salute, dove non c'è spazio per il dolore e la sofferenza. La medicina e la tecnologia ci regalano l'illusione dell'immortalità. «Prendiamo ad esempio il rapporto dei bambini con la morte. Da un lato, come abbiamo visto, la nostra società tende ad allontanare l'idea della morte, e lo fa esorcizzandola attraverso i media, in un modo talmente spettacolarizzato da apparire come una finzione. Ma la morte spettacolarizzata non ha niente di misterioso e di sacro, a questa morte è tolta ogni forma di pietas, rinforzando i nostri meccanismi di negazione e allontanamento: la finzione non conduce a intensificare il senso di realtà, ma genera

solo indifferenza proprio per la sua modalità di fruizione, possiamo sempre evitarla semplicemente cambiando canale. Molto spesso accade la situazione paradossale che il bambino viene tenuto lontano dalla morte reale, ma viene poi lasciato solo davanti alla tv, oppure anche se l'adulto è presente manca il commento, attraverso cui l'emozione passa e viene elaborata. Cosa che avveniva in passato, quando la morte e il lutto erano un'esperienza socializzata e i bambini venivano coinvolti al pari degli adulti nel rapporto diretto con la morte, consentendo loro di incontrare insieme sia il morto che le emozioni degli adulti, e rafforzando i legami parentali e amicali. Mentre oggi si sottolinea solo l'aspetto doloroso del lutto, e quindi gli adulti tendono a "proteggere" i bambini in modo eccessivo, e col passare del tempo, ciò che prima era considerato normale, come la familiarità del bambino con la morte, diventa anormale» [45]. Così come riconosciamo l'importanza di educare l'emotività, che funge da mediatrice nella nostra esperienza con la realtà, attraverso l'impedimento della chiusura, nell'orizzonte egocentrico, di quello che possiamo definire il «*campo estetico* della demonicità, l'orizzonte soggettivo in cui hanno libero gioco gusti, slanci, preferenze, fantasie, la vitalità in genere nel suo momento più dionisiaco. Il demonico risolto in senso egocentrico significa soprattutto, nel campo estetico, volontà di *avere* (il possesso della cosa o della persona): è il 'demoniaco'; il demonico che supera il piano dell'egocentrico significa soprattutto volontà di essere (la cosa o la persona): è *disponibilità affettiva*. Nella disponibilità affettiva il desiderio demoniaco si liquida in un'infinità possibilità di effusione ed espansione, il cui limite, è, anziché la particolarità, la totalità dell'esperienza e della vita» [46]. Lungo tale direzione, passando per la descrizione di esperienze umanizzanti come il lavoro fatto in Brasile con i detenuti rinchiusi nelle prigioni di alta sorveglianza, come pure descrivendo la psicodinamica del copione di vita, ciò che sembra emergere ancora una volta è una profonda 'fede nel possibile', alimentata da una visione flessibile e creativa del sintomo e della struttura che lo sorregge, quale appunto il Copione dell'Analisi Transazionale. «Se il Copione è guardato solo dal punto di vista patologico, è più difficile che gli schemi si scioglano lasciando la loro rigidità. Quando lavoriamo sul Copione dello psicotico, del borderline, o di personalità che *galleggiano* nella vita, come dico io, cioè senza riferimenti, è facile invischiarsi nelle loro storie. Quando ci fissiamo sulle logiche del profondo, perdiamo l'*arte* del far terapia e quella capacità di essere *umano* che permette di stare col paziente, senza pregiudizi, ma proprio con lui con quanto accade momento per un momento, portando con noi, nel nostro lavoro, anche i nostri aspetti genitoriali e bambini» [47]. In tal senso non può non esserci, nella visione di Ferrara, una dimensione spirituale dell'esistenza, una visione «che guardi oltre i confini della propria vita quotidiana e oltre gli attaccamenti al proprio Ego, fattori che sostengono Copioni e Caratteri. Per uscire dai confini, così come insegnano maestri di diverse tradizioni, è necessario avvicinarsi alla propria natura profonda, non condizionata dal tempo e dalle esperienze terrene» [48]. Tra i primi ad aver parlato del nesso psicoterapia/spiritualità vi è Claudio Naranjo nel suo libro 'The one quest, La unica via' [49], opera in cui egli affermava che, per crescere e trovare sé stessi, il modo più efficace è quello di integrare psicoterapia e spiritualità, una psi-

coterapia che si apra ai presupposti dell'esistenza e una spiritualità che scenda di più nel concreto della vita. In quest'ottica, secondo Ferrara, l'intera visione del Copione si arricchisce di nuovi potenziali. Si perché, ad esempio, lavorare sulla ridecisione, che è strettamente connessa all'*impasse* della Gestalt, vuol dire puntare all'integrazione, all'unità: «la nostra visione del mondo, dualisticamente pensata, è diventata una grande proiezione, che da un lato *difende* e dall'altro *impoverisce*. Integrare vuol dire cercare l'alternativa che porta all'unità. La filosofia della gestalt mira all'integrazione» [50]. Un'integrazione che, nel qui ed ora, ci permette, sciogliendo il legame con il passato, di esserci, di guardare con i nostri occhi, percepire con i nostri sensi, sentire le nostre emozioni, pensare con la nostra testa. «Per vivere nella realtà del momento è importante uscire da sistemi di riferimento che condizionano, e tornare alla naturalezza del bambino interiore, recuperando la sua curiosità e la sua spontaneità» [51]. Per fare questo il nostro Studioso nel suo programma GATES si serve altresì dell'insegnamento dell'Enneagramma. È proprio l'Enneagramma che permette, secondo la visione di Ferrara, di approfondire la dimensione spirituale intrinsecamente connessa ai processi di cura. «La visione esistenziale alla quale viene associato l'Enneagramma, ha come sfondo un'idea di *unità originaria*: all'inizio c'è *l'uno*. L'uno è il tutto da cui proviene ogni cosa, nel nostro caso è l'essere umano. Nella vita quotidiana, al contrario, viviamo nel *dualismo*, frutto di quella perdita originaria che ha portato a separare la *personalità* dall'essenza. Il *paradiso perduto* al quale fanno riferimento le tradizioni spirituali. Di fatto nella nostra esperienza la visione dualistica non ha un inizio storico, è presente in ogni momento dell'esistenza concreta. È la conseguenza della perdita di contatto con la propria naturalezza, uno stato unitario nel quale non c'è distinzione tra *il me* e *il fuori da me*, tra essenza e sue manifestazioni. È uno stato che riguarda ogni essere umano. In un linguaggio più comune si direbbe che anima e corpo non sono separati, ma così appaiono alla mente dominata dall'intelletto» [52]. In tal senso i caratteri dell'Enneagramma, se guardiamo alla perdita dell'unità in termini più spirituali, come oscuramento della sottigliezza del divino e prevalsa della concretezza dell'umanità, «portano in sé questo percorso e allo stesso tempo conservano il potenziale per il recupero dell'essenza» [53]. Si perché se è vero che le maschere che assumiamo attraverso il Carattere, imponendoci comportamenti fissi e ripetitivi, ci proteggono da libertà troppo inquietanti strutturandosi attraverso rassicuranti categorie dall'altro lato ci allontanano da quell'unità, da quelli inter-essere, compresenza con tutto ciò che esiste e che ci porta ad essere un unico insieme. Ed allora lavorare in tal senso, soprattutto nella dimensione gruppale, diventa prerogativa essenziale in quei processi di cura che vogliono, secondo il nostro Studioso, diventare percorsi evolutivi che puntino all'essenza, dimensione gruppale in quanto «è più facile sentirsi solidali quando si comprende che le persone, pur nella loro diversità, e seguendo vie differenti, partono da desideri e aspirazioni che appartengono ad ogni essere umano» [54]. Non dimenticando di puntare a un risveglio delle aspirazioni di senso che sia intimamente connesso all'impegno, all'azione consapevole. A tal proposito I Giochi in AT sembrano aprire a molteplici possibilità di intervento, permettendo di guardare anche alla dimensione

sociale, dimensione molte volte dimenticata o trascurata dalle altre psicoterapie, come precedentemente riportato. Sì perché il Gioco va oltre l'individuo, coinvolgendo la socialità, ed è il risultato di adattamenti nei quali intervengono, così come con il Coppione, numerosi fattori. «L'intera società si regge su una rete di dinamiche transazionali, che si basano su *ulteriorità* non comunicate» [55]. Da qui l'enorme portata educativa di tale visione. «La mia aspirazione è che questo lavoro, che può apparire solo terapeutico, rivolto a individuo o a piccoli gruppi, possa diventare una forma di educazione anche per settori chiave della società, come la scuola, la politica e le organizzazioni economiche, pubbliche o private» [56]. Lungo tale direzione anche le tradizioni meditative che sono più vicine alla visione della Gestalt e all'Enneagramma e che provengono essenzialmente dalla tradizione buddhista e dalle connesse pratiche meditative permettono quello che essenzialmente a noi serve, ovvero «conoscere la natura profonda dell'*essere*. È questo il fine ultimo del meditare e non è un atto di fede che aiuta a farlo, ma l'esperienza vissuta. *Lo sperimentare*, come si fa in gestalt, che si tratti di pace, di tranquillità, di vuoto o di presenza» [57]. È infatti l'ignoranza della nostra vera natura che produce sofferenza, in quanto è con la mente che creiamo i bisogni che non servono e gli attaccamenti che limitano l'autonomia. Narrando il suo primo incontro con Namkai Norbu Rimpoche, colui che diventò il suo Maestro, Ferrara riflette, tema quanto mai attuale, sull'«ignoranza» che distrae, un'ignoranza non di tipo intellettuale, ma piuttosto una condizione della mente che non permette di raggiungere la conoscenza profonda di sé. «Quando manca la conoscenza della continuità del proprio essere, si sceglie di seguire *l'inutile*, piuttosto che il *niente*. *L'inutile* è l'insieme di tanti falsi bisogni che non facilitano veramente la vita, sono pure *illusioni* che distraggono e allontanano dal vuoto *esistenziale*, ma non lo riempiono, creano sempre più vuoto. Di fatto, non danno alcuna *sazietà*, solo favoriscono una *ingordigia* di esperienze delle quali si diventa schiavi. In questo stato, più che dalla nostra natura profonda, siamo guidati e condizionati dall'ambiente, dalla fragilità dei nostri corpi» [58]. Descrivendo la tradizione Vipassana, nonché il legame che la Gestalt intrattiene con tale tradizione, il nostro Studioso si focalizza sull'importanza di portare nel quotidiano le pratiche meditative derivanti da tale tradizione, poiché facilitano l'incontro con la «*natura profonda* dell'essere, che è libera da ogni condizionamento. In essa non c'è spazio per i fenomeni costruiti dalla mente *relativa*. Ogni fenomeno è un'illusione, come i *riflessi in uno specchio*. I riflessi ci sono, il sapore dolce o amaro c'è e il desiderio pure, ma lo specchio che li riflette non si coinvolge, resta indifferente, come ricorda N. Norbu» [59]. Risulta educativamente interessante tale visione che, ancora una volta, punta all'autorealizzazione personale, al protagonismo attivo di coloro che intraprendono un percorso volto a sperimentare la 'mente pura', la 'coscienza oceanica', come la chiama Naranjo. Descrivendo la tradizione Zen, infatti, Ferrara, ancora una volta, evidenzia l'importanza, e quindi la responsabilità, di far entrare la pratica meditativa nella vita quotidiana: scoprire per qualche momento la vera natura non è sufficiente, «occorre mantenerla giorno per giorno, da soli e nella vita sociale, dove c'è sempre il rischio di ricadere nel dualismo, negli attaccamenti e in sofferenze che non vengono gestite» [60]. Anche il 'sogno',

in particolare nel contributo originale che Fritz Perls ha dato al lavoro terapeutico su di esso, rappresenta una metodologia dal forte impatto per 'una terapia del cambiamento', da cui derivano importanti ispirazioni teoriche e pratiche. Lungo tale direzione il sogno rappresenta un messaggio esistenziale che riguarda la vita e ci appartiene, ed è proprio per questo che il linguaggio del sogno è concreto, non è verbale, è sensoriale, eidetico, mentre nello stato di veglia «verbalizziamo i nostri propositi astratti» [61]. Come conseguenza si può dire che il paziente è il vero specialista per la comprensione del suo sogno: «è lui che ne ha costruito la trama e ne possiede i significati. Gli strumenti interpretativi, certamente utili, sono ipotesi, altra è la *verità* che il sogno già contiene in sé, e che solo il sognatore conosce» [62]. E quindi raccontare al presente il sogno, drammatizzarlo, identificandosi con le varie parti di esso nel qui ed ora per poterne, in modo sintetico e creativo, sperimentare il messaggio esistenziale rappresenta una metodologia di lavoro che, nel modello GATES, permette di integrare consapevolmente le parti alienate, e così «l'Io si arricchisce di nuove funzioni e l'energia legata, che si libera, può essere guadagnata dall'Adulto e quindi canalizzata verso comportamenti più soddisfacenti e produttivi» [63]. Le sollecitazioni che vengono da un tipo di lavoro sul sogno così descritto sono veramente tante. Una fra tutte quella derivante dalla posizione di Perls «secondo il quale il sogno rappresenta l'*esistenza* stessa della persona tradotta in *termini artistici*, e come l'arte, l'esistenza è ricca, varia, e indefinibile. Per finire voglio ancora ricordare Perls. Pensiamo ai sogni come a sogni notturni e non ci rendiamo conto che dedichiamo le nostre vite ai sogni "di gloria, di utilità, di essere migliore o qualunque altra cosa sogniamo"» [64]. E così, se la meta di ogni tradizione spirituale o di ogni buona terapia è il *risveglio*, ritornando ai propri sensi, «risvegliandosi da un proprio sogno, specialmente se questo è un incubo, incominciamo a vedere, sentire, sperimentare i nostri bisogni, e a trovare finalmente soddisfazione, piuttosto che recitare ruoli. Questa idea di risveglio consiste semplicemente nel diventare reale, contrapposto al permanente autoinganno di cercare risultati impossibili» [65]. Un'altra metodologia fondamentale di lavoro nel suo modello GATES è quello che Antonio Ferrara ha denominato 'Teatro Trasformatore', una metodologia frutto, non solamente della sua esperienza di formatore nei programmi SAT di Claudio Naranjo, ma altresì della sua storia di attore, una passione che lo accompagna da sempre. Prendendo consapevolezza della potenza del teatro nell'assimilare l'esperienza, una consapevolezza che ha radici profonde che partono dall'antica cultura greca e che, nei tempi moderni, è arrivata nei contesti di cura, ricordando ad esempio lo 'psicodramma' di Moreno, Ferrara spiega come la Gestalt stessa, come abbiamo visto in precedenza, attraverso la storia del suo fondatore Fritz Perls, anch'egli attore e allievo, lo ricordiamo, di Reinhardt, si avvalga pienamente di esso per lavorare terapeuticamente. Se dunque da un lato la Gestalt utilizza l'identificazione nel ruolo per facilitare l'assimilazione di ciò che serve per lasciare andare il superfluo, d'altro canto, prima ancora della messa in scena, c'è il copione teatrale, una storia scritta per essere rappresentata. «Nel teatro, riflesso della realtà, le storie sono rappresentate da personaggi che hanno un proprio Copione e proprie maniere di stare al mondo, anche se usano un linguaggio

e forme di espressione più enfatizzate e più creative, rispetto a quelle del vivere comune. Per questo producono un impatto maggiore e più immediato sullo spettatore. Il coinvolgimento del pubblico è tenuto vivo grazie al magnetismo che producono l'arte della recitazione e della messa in scena, capaci di portare a sé chi guarda e ascolta» [66]. Da questa riflessione Antonio Ferrara ci porta a entrare nel suo Teatro Trasformatore, nel modo in cui stabilisce una connessione tra Teatro e Carattere dell'Enneagramm, tanto è vero che nel suo ultimo volume riporta la descrizione che Claudio Naranjo fa tra i 9 Caratteri dell'Enneagramma e 9 tipi scelti tra i personaggi della commedia dell'arte. Si tratta di un teatro, il Teatro Trasformatore che ha scopo terapeutico, è rivolto al cambiamento, un teatro dove gli stereotipi caratteriali si manifestano in una forma più immediata e diretta e questo permette il primo passo verso la consapevolezza di sé. Un teatro che funge da cassa di risonanza e sostiene il processo in cui consapevolezza e responsabilità si attivano, facilitando il contatto con le emozioni, ed è importante che queste siano coerenti con quanto accade poiché «il pubblico vuole *verità* ed è uno specchio, un riflesso, di quanta effettivamente ce ne sia» [67]. Si perché tutto questo stabilisce relazione e crea contatto: «se il pubblico c'è pienamente, soprattutto con il suo silenzio, l'energia arriva all'attore e se l'attore è *vivo*, l'energia arriva al pubblico. È la magia del teatro e facendolo impariamo a portarla nella vita» [68]. Potenza del teatro, dunque, che ha portato il nostro studioso ad approfondire il lavoro del grande Edoardo De Filippo, attraverso un percorso originale che non solo si focalizza sui Caratteri enneagrammatici che si possono evincere dai personaggi delle sue opere ma che vede in primo piano, come un gioco di specchi, 'vita mia di attore, vita tua di attore', direi, l'analisi del Carattere dello stesso Edoardo uomo e, lo intuiamo, dell'Antonio uomo. E da questo non si può scappare. Ed è a questo che si deve tornare. Perché il teatro è sacro, il pubblico è sacro, e il qui-ed-ora è sacro. Lo è perché esso, il qui- ed-ora nel teatro, diventa un limite, un limite importante poiché permette di vivere il momento attuale, così come avviene nella Psicoterapia della Gestalt e dell'Analisi Transazionale, entrambe terapie del qui-ed-ora dove non c'è altra storia che questo momento che sto vivendo, e allora questo momento lo vivo, pienamente: «è come in un gruppo di terapia, ci siamo io e il mio gruppo, tutte le mie storie vanno sullo sfondo e quello che resta in primo piano è la persona, le persone, e l'incontro che io creo con loro. È come in teatro» [69].

## BIBLIOGRAFIA

1. Palmieri, C. (2014). *Un'esperienza di cui aver cura. Appunti pedagogici sul fare educazione*. Milano: Franco Angeli, p.58.
2. Boffo, V. (2010). «Cura di sé e formazione degli educatori», in Ulivieri S., Orefice P., Cambi F., *Cultura e professionalità educative nella società complessa: l'esperienza scientifico-didattica della Facoltà di Scienze della Formazione di Firenze*. (Atti del convegno, 15/17 maggio 2008), Firenze: Firenze University Press, p. 358.
3. Furedi F (2003), *Therapy Culture: Creating Vulnerability in an Uncertain Age*. London: Routledge.
4. De Simone, M. (2016). *Coltivare la presenza. La mindfulness nei contesti educativi*. Napoli: Luciano Editore, p.132.
5. Riva, M.G. (2010). «Ricerca e formazione alle professioni educative e formative». *Studi sulla Formazione*. 12. 10.13128/Studi\_Formaz-8589, p. 90.
6. Bertin, G.M. (1977). *Nietzsche: l'inattuale, idea pedagogica*. Firenze: La NuovaItalia.
7. Cappa, F., Orsenigo, J. (2020). «La Clinica della formazione come ricerca in educazione degli adulti». *Pedagogia Oggi, Rivista SIPED, AnnoXVIII, n.1, pp. 41-54*, p. 42.
8. per approfondimenti vedi Massa R. (ed.) (1992). *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*. Milano: FrancoAngeli; Franza, A.M. (2002). «Clinica della formazione». In M. Laeng (ed.), *EnciclopediaPedagogica*. Brescia: La Scuola.
9. Ferrara, A. (2022). *Psicoterapia, carattere, spiritualità. Il modello GATES: navigando tra Gestalt, Analisi Transazionale, Enneagramma e Spiritualità*. Milano: FrancoAngeli.
10. Ferrara, *op. cit.*, p. 13.
11. De Simone, M. (2018). *L'autoconsapevolezza tra Oriente e Occidente. Una prospettiva pedagogica*. Napoli: Liguori Editore.
12. James, W. (1980). *The Principles of Psychology*, New York: Holt, p. 424.
13. Perls, F. (1995). *L'io, la fame, l'aggressività*. Milano: Franco Angeli.
14. Faucitano, S. (2007). *Il vuoto e il legame. Simone Weil e la pedagogia dell'ascesi*. Milano: Unicopli, pp. 58-59.
15. Perls, F., Hefferline R.F., Goodman P. (1951). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
16. Ferrara, *op. cit.*, p. 35.
17. Ferrara, *op. cit.*, p. 36.
18. Ferrara, *op. cit.*, p. 43.
19. Ferrara, *op. cit.*, p. 48.
20. *ibidem*.
21. Bertin, G.M. (1968). *Educazione alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*. Roma: Armando Editore.
22. De Simone, M. (2020). *Libertà in educazione. Percorsi teorici*. Milano: FrancoAngeli, p. 42.
23. Ferrara, *op. cit.*, p. 71.
24. Ferrara, *op. cit.*, p. 72.
25. Ferrara, *op. cit.*, p. 79.
26. Ferrara, *op. cit.*, p. 81.
27. Ferrara, *op. cit.*, p. 96.
28. MacLean, P. (1973). *A triune concept of the brain and behaviour*, Buffalo,Toronto (trad. it.: *Evoluzione del cervello e del comportamento umano. Studi sul cervello trino*, Torino: Einaudi,1984).
29. Ferrara, *op. cit.*, p. 100.
30. Ouspensky, P.D. (1974), *La quarta via*. Roma: Astrolabio.
31. Ferrara, *op. cit.*, p. 100.
32. Ferrara, *op. cit.*, p. 102.
33. Ferrara, *op. cit.*, p. 103.
34. Ferrara, *op. cit.*, p. 113.

35. Ferrara, *op. cit.*, p. 119.
36. Ferrara, *op. cit.*, p. 120.
37. Ferrara, *op. cit.*, p. 122.
38. Ferrara, *op. cit.*, p. 124.
39. Ferrara, *op. cit.*, p. 126.
40. Ferrara, *op. cit.*, p. 134.
41. Ferrara, *op. cit.*, p. 139.
42. Ferrara, *op. cit.*, p. 162.
43. Ferrara, *op. cit.*, p. 165.
44. De Simone, M. (2018a). «Pedagogia contemplativa: per un'educazione alla sofferenza». *Pedagogia PIÙ didattica, Teorie e pratiche educative Vol. 4, n. 2, pp.56-61*. ISSN 1973-7181, p. 58.
45. *ibidem*.
46. Bertin, G.M. (1951). *Introduzione al problematicismo pedagogico*, Milano: Marzorati Editore, pp. 93-94.
47. Ferrara, *op. cit.*, p. 173.
48. Ferrara, *op. cit.*, p. 174.
49. Naranjo, C. (1973). *The One Quest*. New York: Ballantine Books.
50. Ferrara, *op. cit.*, p. 201.
51. Ferrara, *op. cit.*, p. 210.
52. Ferrara, *op. cit.*, p. 216.
53. Ferrara, *op. cit.*, p. 217.
54. Ferrara, *op. cit.*, p. 226.
55. Ferrara, *op. cit.*, p. 245.
56. *ibidem*.
57. Ferrara, *op. cit.*, p. 246.
58. Ferrara, *op. cit.*, p. 253.
59. Ferrara, *op. cit.*, p. 258.
60. Ferrara, *op. cit.*, p. 263.
61. Perls, F. (1977). *L'approccio della Gestalt, testimone oculare della terapia*. Roma: Astrolabio.
62. Ferrara, *op. cit.*, p. 267.
63. Ferrara, *op. cit.*, p. 270.
64. Ferrara, *op. cit.*, p. 275.
65. *ibidem*.
66. Ferrara, *op. cit.*, p. 279.
67. Ferrara, *op. cit.*, p. 286.
68. Ferrara, *op. cit.*, p. 281.
69. Ferrara, *op. cit.*, pp. 304-305.

POLICY BRIEF

# Psichedelici e legislazione europea: ricadute sociali e sanitarie tra proibizionismo e antiproibizionismo

Sara Ballotti<sup>1</sup>, Matteo Defraia<sup>1</sup>, Samuele Giovagnini<sup>1</sup>, Fernando De Lucca<sup>2</sup>, Stefano Roti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istituto Gestalt Firenze I.G.F.

<sup>2</sup> Instituto Encuentro de Gestalt de Uruguay



**Citation**

Ballotti S., Defraia M., Giovagnini S., De Lucca F., Roti S. (2023). Psichedelici e legislazione europea: ricadute sociali e sanitarie tra proibizionismo e antiproibizionismo Phenomena Journal, 5, 93-108. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.194>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Sara Ballotti  
dottoressaballotti@gmail.com

**Ricevuto:** 19 ottobre 2023

**Accettato:** 28 novembre 2023

**Pubblicato:** 7 dicembre 2023

ABSTRACT

Research on the use of psychedelic substances for the treatment of mental distress is finding renewed interest in recent years. The history of human cultures has always been linked to substance use; this link has, in modern times, undergone scientific research into its effects, with promising results. In the 1960s, social tensions led the United Nations to produce three international Conventions to regulate and limit the “drug” phenomenon. An investigation of the legislative landscape reveals different modes of expression in the alternation between prohibition and anti-prohibition. This paper shows that the most antiprohibitionist countries have seen an increase in the publication of scientific articles concerning the therapeutic use of psychedelics and the positive health, economic, cultural, social spillovers of said use..

KEYWORDS

psychedelics, drugs, anti-prohibitionism, legislation, European Union.

ABSTRACT IN ITALIANO

La ricerca sull'uso delle sostanze psichedeliche per la cura del disagio mentale sta trovando negli ultimi anni un rinnovato interesse. La storia delle culture dell'uomo è da sempre legata all'uso di sostanze. Questo legame, in epoca moderna, ha visto ricerche scientifiche sui loro effetti, con risultati promettenti. Negli anni sessanta ci sono state tensioni sociali che hanno portato le Nazioni Unite a produrre tre Convenzioni internazionali per regolamentare e limitare il fenomeno “droga”. Da un'osservazione del panorama legislativo, è emersa una diversa modalità di espressione dell'alternanza tra proibizionismo e antiproibizionismo. Nel nostro lavoro si evidenzia come nei Paesi maggiormente antiproibizionisti ci sia stato un incremento delle pubblicazioni di articoli scientifici riguardanti l'uso terapeutico degli psichedelici ed effetti positivi a livello sanitario, economico, culturale, sociale.

PAROLE CHIAVE

psichedelici, droga, antiproibizionismo, legislazione, Unione Europea.



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

## 1. Introduzione

L'utilizzo di alcune sostanze a scopi terapeutici, filosofici, religiosi ha una storia millenaria e transculturale. In antichità queste sostanze provenivano dal mondo animale e vegetale e venivano definite come "piante maestre" o "piante di potere", alludendo in tal senso al potere curativo che veniva loro attribuito ed il loro utilizzo era circoscritto ai contesti rituali e sciamanici, in cerimonie in cui venivano utilizzate a scopi curativi e sociali (solo per citare alcuni esempi Amanita Muscaria in Siberia, Ayahuasca in Brasile, Peyote e San Pedro in Messico, funghi psilocibinici in Messico, teotlanacatl o "cibo degli dei"). Le tracce di questo loro utilizzo sono diffuse ed evidenti in tutte le culture mondiali di ogni epoca [1]. Alcuni studiosi, data la grande mole di queste evidenze etno-archeo-antropologiche, è giunta ad ipotizzare un legame molto più intimo e costante di quanto non si credesse - e non fortuito od occasionale - tra l'uomo e le piante "sacre" già dalla preistoria tanto da avallare negli ultimi decenni teorie antropologiche che incentrano in questa simbiosi tra specie umana e piante sacre il fulcro dello sviluppo intellettuale psico-biologico e culturale della specie umana stessa [2,3]. Per quanto sia difficile e per alcuni versi stravagante accampare teorie antropologiche così radicali, risulta altrettanto impossibile negare il loro utilizzo nei millenni, fino ad epoche più "prossime" alla nostra (greci, romani, popolazioni scandinave) [4]. Rimangono ancora oggi in varie culture religiose gli utilizzi di cactus mescalinici, decotti rituali a base di DMT e armalina come l'Ayahuasca, la Tabernanthe iboga del Gabon tra gli Bwiti, solo per riportare alcuni esempi attuali [5].

Dopo un lungo periodo attraverso la preistoria, seguendo le traiettorie delle culture sciamaniche e dei rituali dei popoli neolitici e precristiani, le tracce della tradizione psichedelica nel Vecchio Mondo, prima offuscate e quasi perdute a causa anche della liturgia dominante cattolica e monoteista, riappaiono attraverso lo sguardo dei primi europei nel Nuovo Mondo, che ne testimoniano il consueto utilizzo tra gli indios centroamericani [6].

La definizione di sostanze psichedeliche e/o psicotiche è molto più recente e risale agli inizi degli anni '50 del ventesimo secolo, quando, grazie alla scoperta dell'LSD, si è consolidato un interesse moderno verso queste sostanze (che ha avuto avvio con gli studi sulla mescalina nella prima metà del 900), che hanno iniziato ad essere studiate attraverso ricerche cliniche e tramite il loro impiego come coadiuvante nella psicoterapia. L'attenzione scientifica è stata, in quel periodo, molto intensa, tanto che tra gli anni '50 e gli anni '90 sono stati pubblicati più di 700 studi riguardanti terapie psicotiche e psichedeliche in moltissimi Paesi [7], Italia compresa, con i focus più disparati, ad esempio: cura per l'alcolismo e le dipendenze in generale, trattamento per la depressione e l'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, schizofrenia, disturbi di personalità, patologie oncologiche, ma anche su persone "sane" per studiare ad esempio spiritualità, creatività artistica e scientifica [8]. Proprio in Italia, in quegli anni, sono stati intrapresi numerosi studi clinici sull'utilizzo di mescalina, psilocibina ed LSD, ricerche poi dimenticate e "riscoperte" di recente [9].

Agli inizi degli anni '60 queste sostanze hanno visto un loro utilizzo "laico" soprattutto all'interno della controcultura americana, grazie alle aperture verso l'LSD ed alle indagini di Gordon Wasson in Messico che documentò in più sessioni le cerimonie della *sabia* Maria Sabina con l'utilizzo di funghi psilocibinici [10]. Questi eventi hanno catalizzato un processo di trasformazione sociale in cui una frangia sempre più animata, pacifista e progressista, si contrapponeva ad una struttura sociale chiusa, reazionaria e conservatrice, che si pose duramente in opposizione allo status quo della società americana post bellica ed autoritaria. Questa opposizione ha poi portato progressivamente, dal 1966 in avanti, ad un blocco internazionale rispetto al loro utilizzo laico e clinico.

In questi anni si è passati dal concetto di "droghe" (nell'accezione fin qua descritta), al concetto di "droga", cioè si sono come accorpate tutte le sostanze, al di là del loro effetto sull'essere umano, in un unico concetto che rimanda a percezioni di pericoloso e dannoso.

Il blocco internazionale, assieme al cambio di percezione della società verso le droghe, ha creato una sorta di "Medioevo psichedelico", un oscurantismo che è durato un trentennio, dal 1970 al 2000. Tuttavia dopo il '66 l'utilizzo degli psichedelici non si è fermato, ma è continuato in contesti *psiconautici* sommersi (cioè in contesti in cui gli individui hanno continuato ad esplorare altri stati di coscienza per contemplare la natura dell'esistenza e dell'esperienza umana) ed in ambito ricreativo. Anche la ricerca, in un qualche modo, non si è fermata completamente: ad esempio Stanislav Grof, uno dei pionieri della terapia con LSD, ha esplorato altri metodi per entrare in stati non ordinari di coscienza senza l'utilizzo di sostanze psicoattive, con la respirazione olografica [11]. In alcune parti del mondo, poi, si è potuto continuare ad utilizzare queste sostanze, ma limitatamente ad alcune situazioni particolari e regolamentate: in molti Stati dell'America latina queste piante non sono state rese completamente illegali, ma ne è stato garantito il loro utilizzo religioso (es: Ayahuasca nei riti del Santo Daime [12], il peyote nelle cerimonie religiose della Chiesa Nativa Americana [13, 14, 15]).

Dall'inizio degli anni 2000 si sta assistendo a quello che viene definito *Rinascimento psichedelico* cioè un rinnovato e forte interesse per lo studio e la ricerca clinica delle sostanze psichedeliche.

Gli psichedelici, o rivelatori della mente [16], sono oggi considerati una categoria a sé stante nella classificazione delle droghe psicoattive. La definizione di queste sostanze è complessa, come testimoniato anche dalle varie denominazioni attribuitegli nel corso degli anni (allucinogeni, psicotomimetici, psicotropici, enteogeni), perché è complesso definire con una sola parola i loro effetti caratteristici. Descriviamo quindi le loro principali qualità, distintive rispetto alle altre droghe [17]:

- gli psichedelici classici (LSD, mescalina, psilocibina), hanno **bassa tossicità fisica e non inducono dipendenza** (possono anzi essere coadiuvanti nelle terapie di disintossicazione da altre droghe che inducono dipendenza)
- nella maggior parte dei casi sono caratterizzati da una **elevata tolleranza** tale per cui la loro reiterata assunzione li rende in breve tempo inefficaci

- **l'esperienza psichedelica ha qualità unica ed inspiegabile**, per cui il loro effetto non è valutabile su scala aumento/diminuzione dei fenomeni psico-fisici appartenenti alla normale sfera esperienziale
- hanno un vero e proprio **down** che segue una fase di plateau (in cui si verificano gli effetti principali) e **non lasciano la persona in uno stato depresso** e di scarica energetica (come invece provocano stimolanti ed empatogeni). Questa fase di discesa è parte integrante dell'esperienza psichica.

Da un punto di vista psicoterapeutico l'azione degli psichedelici ha a che fare con la dissoluzione dell'ego (DIED, Drug-Induced Ego Dissolution), cioè una rottura dei suoi confini. Proprio questa "morte dell'ego" [18] è centrale nelle esperienze mistiche e nei profondi stati modificati di coscienza che si possono raggiungere, appunto, con gli psichedelici, ma anche con le pratiche meditative.

La legislazione internazionale sta cambiando via via che le evidenze scientifiche confermano l'importanza dell'impiego degli psichedelici come coadiuvanti nella psicoterapia. Alcuni Stati si stanno dimostrando più recettivi e più riformisti, altri più conservatori. In particolare in questi Stati più riformisti si sta assistendo ad una diversa classificazione delle sostanze così da non equipararle più tutte tra loro (dalla cannabis all'eroina) ma cercando di distinguerle rispetto ai reali effetti, rischi, benefici, utilizzi, contesti, ecc.

## 2. Convenzioni internazionali

Nel corso del XX secolo le Nazioni Unite hanno emanato tre convenzioni sovranazionali (nel 1961, nel 1971 e nel 1988) con lo scopo di contrastare il traffico e l'utilizzo di droga, seguendo un modello sostanzialmente proibizionista, sia per ragioni di tutela dell'ordine sociale e della salute pubblica, sia per ragioni di controllo e sicurezza territoriali [19].

Le ragioni che hanno spinto gli Stati a collaborare nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti, sono indicate espressamente nei lavori preparatori della Conferenza della Nazioni Unite dell'88, cioè la constatazione che l'aumento della produzione, della consumazione e dei traffici di sostanze stupefacenti rappresentassero, oltre che una minaccia per la salute dell'umanità, anche un potenziale danno per le basi economiche, culturali e politiche della società nonché per la stabilità, sicurezza e sovranità degli Stati, basi, soprattutto queste ultime, minate anche dall'indiscusso legame tra il traffico illecito transfrontaliero ed altre attività criminali organizzate correlate [20].

Ogni stato firmatario ha poi legiferato all'interno del proprio Paese sulla linea di queste convenzioni internazionali. Ad oggi queste tre Convenzioni costituiscono il sistema internazionale di controllo sulle cosiddette droghe.

La *Convenzione unica sugli stupefacenti di New York* del 1961 è un trattato internazionale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite [21], che vieta o limita produzione, commercio, possesso ed utilizzo di alcune specifiche sostanze di origine vegetale. È presente una chiara indicazione rispetto la possibilità di ricerca medica e scientifica,

con autorizzazioni speciali, con ogni sostanza stupefacente citata. I trattati precedenti avevano legiferato oppio, coca e loro derivati; con questo viene ampliato il gruppo delle sostanze illecite, includendo sostanze stupefacenti create nel frattempo ed introducendo anche sostanze fino a quel momento lecite, come la cannabis. Queste sostanze sono contenute nella *Yellow List* e suddivise in quattro tabelle in base alla loro pericolosità, in termini di attitudine a creare dipendenza, ed ognuna di queste tabelle prevede restrizioni differenti (le maggiori restrizioni sono per la tabella 4, poi a seguire 1, 2 e 3).

Oppio, cocaina, eroina, cannabis sono inserite nella tabella 1. L'inclusione di sostanze di origine vegetale in tali liste non sempre è avvenuta alla luce di evidenze scientifiche circa la loro pericolosità [19]. Ad oggi oltre 180 Paesi hanno sottoscritto questa convenzione, tra questi rientrano tutti gli Stati appartenenti all'EU.

Nel 1971 l'Organizzazione delle Nazioni Unite ha redatto la *Convenzione sulle sostanze psicotrope di Vienna* [22], con lo scopo di vietare o limitare produzione, commercio, possesso ed utilizzo di sostanze che non erano presenti nella Convenzione del '61, come anfetaminici, barbiturici, benzodiazepine e sostanze psichedeliche. In questo caso la disciplina per gli psicotropi è meno stringente rispetto a quella del '61 per gli stupefacenti. La Convenzione del '71 riafferma la legalità del solo uso medico-scientifico delle sostanze, subordina la loro cessione al rilascio di prescrizioni mediche, struttura sistemi di controllo e stima del fabbisogno statale, crea un meccanismo di licenze e autorizzazione per la fabbricazione, la commercializzazione e la distribuzione nazionale ed internazionale. Anche in questo caso viene creata una lista, la *Green List*, in cui le sostanze controllate sono suddivise in 4 tabelle in base al rischio per la salute e all'importanza terapeutica. Ognuna di queste tabelle prevede restrizioni differenti: le sostanze più rigorosamente controllate sono nella tabella 1 e il controllo diminuisce gradualmente mano a mano che si avanza alle successive. Dietro la formazione di queste liste c'è una logica opposta a quella adottata nel caso della Convenzione Unica e ai singoli Stati vengono concessi maggiori spazi di autonomia per la regolamentazione dell'uso lecito e della circolazione di queste sostanze a livello nazionale [23].

Nella tabella 1 vengono inizialmente inseriti alcuni psichedelici, quali LSD, DMT, mescalina, psilocibina, ma anche altre sostanze come ad esempio il THC (uno dei principi attivi della cannabis). Con gli aggiornamenti successivi sono state aggiunte altre sostanze, come MDMA. Ad oggi oltre 180 Paesi hanno sottoscritto questa convenzione, tra questi rientrano tutti gli Stati appartenenti all'EU.

La *Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope di Vienna* del 1988 nasce per "combattere con maggiore efficacia i vari aspetti del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope di dimensione internazionale" [24]. A tale scopo, inasprisce il carico repressivo della Convenzione Unica, sia introducendo restrizioni a sostanze che non sono né stupefacenti né psicotrope, ma che sono necessarie alla loro fabbricazione (i precursori), sia imponendo nuovi obblighi sanzionatori direttamente in capo agli Stati firmatari rispetto a detenzione e acquisto di stupefacenti e alla coltivazione di sostanze destinate al consumo

personale. Tra questi spiccano gli obblighi di distruzione delle coltivazioni illecite di piante contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e l'adozione di misure appropriate per impedirne la coltivazione sul territorio nazionale; obblighi che devono però esplicarsi nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e tenendo debitamente conto degli usi leciti tradizionali (quando sono attestati dalla storia) e della protezione dell'ambiente.

Anche in relazione alle condotte connesse alla detenzione, all'acquisto ed al consumo di sostanze stupefacenti per uso personale, la Convenzione impone l'intervento statale, sancendo però la possibilità di prevedere per i fatti di minore gravità misure alternative alla detenzione (riabilitazione, trattamento, post-cura, riadattamento, reinserimento sociale). Questa convenzione è stata sottoscritta nel 1988 da 106 Paesi.

### 3. Legislazione nazionale degli Stati dell'Unione Europea

Sebbene tutti gli Stati dell'Unione Europea abbiano sottoscritto le Convenzioni e, quindi, concordino nel considerare consumo, uso e possesso di sostanze stupefacenti come un reato, non tutti i Paesi adottano lo stesso atteggiamento rispetto alla pena conseguente. Le Convenzioni stesse riconoscono ad ogni Stato la possibilità di legistare autonomamente rispetto alle pene verso questi reati, tenendo in considerazione le proprie caratteristiche, la propria storia, le proprie problematiche (sociali, economiche, strutturali) ed i propri programmi di sviluppo.

In materia di disciplina delle sostanze stupefacenti, facendo un focus sulle pene, si evidenzia una differenziazione tra ordinamenti di stampo proibizionista e ordinamenti di stampo antiproibizionista. Mentre i primi tendono alla penalizzazione del fenomeno "droga" per tutto il processo (dalla produzione, alla diffusione, fino all'assunzione), i secondi, invece, ammettono delle forme di depenalizzazione, almeno in alcune fasi del ciclo.

Alcune Nazioni europee (ad esempio Grecia, Lussemburgo, Francia) in accordo con il mandato restrittivo delle Convenzioni, assumono una posizione proibizionista nei confronti degli psichedelici, come anche di tutte le sostanze stupefacenti. Un cospicuo numero di Nazioni ha un atteggiamento maggiormente antiproibizionista (ad esempio Spagna, Portogallo, Austria). Nessun Paese si colloca come completamente proibizionista o completamente antiproibizionista ed alcuni hanno posizioni non di facile lettura in quanto non specificano esatti parametri di legge per definire i quantitativi di sostanza che vengono considerati per uso personale, rimandando in tal modo questa decisione al singolo giudice che potrà o meno applicare le attenuanti previste.

A fondamento dell'approccio tendenzialmente antiproibizionista vi è la concezione che il fenomeno della tossicodipendenza debba essere considerato, più che un fenomeno criminale, un problema di salute pubblica e, per questo, necessitante non tanto di una regolamentazione repressiva, quanto, piuttosto, di un'apposita politica di welfare.

In questo quadro, l'Italia dimostra attualmente una tendenza fortemente proibizionista, ma non pura, in quanto il nostro sistema prevede "*il fatto di lieve entità*" come

fattispecie autonoma di reato e, attraverso questa disposizione, opera la depenalizzazione delle condotte minori in materia di stupefacenti, oltre a non menzionare il consumo come reato [25].

L'attuale legislazione internazionale vieta la liberalizzazione delle sostanze inserite nelle varie tabelle, ma consente la loro depenalizzazione per il possesso [26]. Tra gli Stati che sono andati verso la depenalizzazione del possesso per uso personale si riscontrano tre principali modalità [27]:

- **depenalizzazione:** cioè una riduzione dell'uso delle sanzioni esistenti, che non richiede cambiamenti effettivi alla legislazione in essere (ad esempio la politica dei Paesi Bassi di tollerare il possesso per uso personale);
- **deviazione:** cioè l'indirizzare i trasgressori verso servizi educativi, terapeutici e sociali piuttosto che sanzionarli;
- **decriminalizzazione:** cioè la rimozione delle sanzioni penali per l'uso personale, sostituendole con sanzioni civili (ad esempio con delle multe) come in Repubblica Ceca, oppure indirizzando le persone verso servizi sociali o assistenza sanitaria come in Portogallo.

I Paesi con approccio antiproibizionista sono, come detto, svariati ed in ognuno vi sono situazioni giuridiche differenti, con leggi che sanciscono aspetti diversi.

*Quantitativi massimi:* in alcuni Stati come Austria, Estonia, Lituania, i legislatori hanno definito i quantitativi massimi di sostanza che è possibile possedere per uso personale. Ad esempio in Estonia la “grande quantità” interviene quando il quantitativo di sostanza posseduta può intossicare 10 persone [28].

In altri Stati, pur avendo riferimenti legislativi che differenziano piccolo e grande quantitativo, non sono sanciti chiaramente i limiti e questo lascia spazio interpretativo al sistema giudiziario.

*Consumo ed uso personale:* Paesi come Estonia [28], Lituania [29], Slovenia [30], Croazia [31], Svezia [32], Finlandia [33], Danimarca [34], Belgio [35], Germania [36], hanno introdotto alternative al carcere come ammonizioni, sanzioni pecuniarie o servizi sociali per consumo e possesso di droghe.

In alcuni Paesi le misure alternative al carcere non sono sancite in modo chiaro e lasciano discrezionalità di decisione al giudice, ad esempio in Polonia [37].

In altri, invece, pur essendo stabilita per legge la possibilità di avvalersi di misure alternative al carcere, si nota una tendenza all'applicazione di misure detentive, come ad esempio in Finlandia [38].

Altre ancora non considerano il consumo e il possesso per uso personale come reato e pertanto non prevedono sanzioni. Ad esempio in Austria [39], così come in Spagna [40], Repubblica Ceca [41] e Malta [42]. In Italia il consumo non è menzionato come reato, ma il possesso per uso personale sì e prevede sanzioni amministrative [25].

La situazione del Portogallo è maggiormente articolata e tra le più antiproibizioniste di tutta Europa. Con la legge 15 del 1993 viene sancita la possibilità di una multa pecuniaria per l'uso personale, ma se il consumatore è occasionale viene dispensato dalla pena. Nel 2000, poi, con la legge 30, è stato posto fine alle sanzioni per l'uso personale (per consumo, acquisto e detenzione) ed è stato ampliato il quantitativo

massimo di droghe che si possono possedere per uso personale, passando dal quantitativo necessario per 5 giorni a quello necessario per 10 giorni [43].

Con quest'ultima legge viene sancito anche un passaggio sostanziale col quale la persona tossicodipendente non è da perseguire legalmente, ma alla quale va fornita assistenza sanitaria e sociale. Contemporaneamente viene operata una distinzione tra persone con problemi di tossicodipendenza, che necessitano di assistenza particolare (sanitaria, educativa, sociale, lavorativa), e persone che consumano saltuariamente droghe. Per questo motivo la persona che viene colta in possesso di sostanze non segue un iter giuridico, ma viene inviata ad una apposita Commissione per la dissuasione alla dipendenza da droghe, formata da personale sanitario, allo scopo di determinare se tale persona sia tossicodipendente (e quindi necessiti di assistenza) o un consumatore saltuario. L'introduzione di questo iter ha permesso un alleggerimento di tutto il sistema giudiziario e l'istituzione di un sistema educativo e assistenziale specifico che ha ridotto, già nei primissimi anni dalla sua introduzione, i decessi per overdose e l'utilizzo di sostanze come l'eroina [44].

La fotografia che abbiamo della situazione portoghese prima della decriminalizzazione mostra un forte utilizzo di droghe, soprattutto eroina (utilizzo di cannabis, invece, tra i più bassi di Europa), e di problematiche legate alle droghe, ad esempio diffusione dell'HIV (nel '99 il Portogallo era il paese europeo col maggior tasso di tossicodipendenti da eroina affetti da HIV) [45].

A seguito dell'introduzione della legge sulla decriminalizzazione, in Portogallo si sono registrati alcuni cambiamenti in diversi settori già dai primi anni dalla sua entrata in vigore, tali cambiamenti riguardano:

- ***sistema giudiziario***

si sono abbassati i costi a carico dello Stato sia in termini economici diretti (ad esempio indagini di polizia, costi e sforzi dei tribunali), sia in termini economici indiretti (ad esempio sovraffollamento delle carceri), sia in termini di impiego delle risorse esistenti (ad esempio possibilità per le forze dell'ordine di spostare le proprie risorse verso i grandi traffici di droga) [46, 47]

- ***sistema sanitario***

si è assistito ad un forte calo dei decessi per droga (tranne un rialzamento nel 2015), ampiamente sotto alla media europea [43]. Anche i nuovi casi di HIV sono diminuiti [43, 48], così come i nuovi casi di epatite B e C. L'utilizzo di eroina è fortemente calato [43, 44], così come l'utilizzo di MDMA e cocaina. L'utilizzo di cannabis è aumentato nel 2003 per poi restare stabile. Il consumo una tantum di cannabis tra gli studenti, così come di altre sostanze illegali, ma anche di tabacco, è leggermente inferiore rispetto alla media europea. Mentre il consumo una tantum di nuove sostanze psicoattive e l'eccessivo utilizzo di alcol sono molto inferiori alla media europea. La spesa pubblica destinata alla lotta al consumo di droghe si è notevolmente abbassata [43].

- ***opinione pubblica e ricadute sociali***

si è osservato un abbassamento dello stigma e della paura verso le persone tossicodipendenti e verso i consumatori di sostanze, una loro migliore integrazione nella

società, una maggiore facilità del loro reinserimento lavorativo e recupero sociale [44].

La percezione dell'opinione pubblica è quella di un miglioramento della condizione dei tossicodipendenti così come di interventi più precoci e mirati nei loro confronti. Grazie al sistema introdotto è stato possibile ampliare gli interventi educativi rispetto alle sostanze, che hanno portato ad una dissuasione dei consumatori occasionali. I temi legati alla droga sono entrati nel dibattito politico in modo informato, mentre prima erano un argomento tabù [44].

#### 4. Ricerca scientifica con sostanze psichedeliche in Unione Europea

La ricerca psichedelica ha recentemente vissuto una rinascita inaspettata. Nei primi anni del 2000 ci sono stati più progressi nel campo della psichedelia che in tutti i trenta anni precedenti. Attualmente in tutto il mondo ci sono pazienti in trattamento con psilocibina, MDMA, ibogaina, LSD, DMT, solo per citare le sostanze principali. Oggi, oltre alle neuroscienze che studiano l'effetto degli psichedelici sul cervello umano, le ricerche si stanno concentrando sia sull'utilizzo di queste sostanze nell'accompagnamento alla morte (impiego *tanatogeno*) [17], sia sul ruolo che queste hanno o potrebbero avere nel trattamento di molti disturbi: depressione maggiore, disturbi dell'umore, disturbo post traumatico da stress, disturbi neurologici e degenerativi come il Parkinson, dipendenza da sostanze come ad esempio alcol ed eroina, cancro, emicrania, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dello spettro autistico, ecc.

Nonostante i diversi status legali delle sostanze psichedeliche nel continente, la ricerca sul loro potenziale terapeutico si sta svolgendo in molti Paesi dell'Unione Europea. I Paesi maggiormente degni di nota includono Germania, Paesi Bassi, Spagna e Portogallo. Questi, facilitati da leggi meno proibitive e/o da importanti storie di ricerca decennali, sono estremamente attivi sia in ambito universitario sia privato. Verrà preso in esame anche il Regno Unito, da poco uscito dalla UE, ma estremamente all'avanguardia nel campo della ricerca psichedelica.

Di seguito sono riportati alcuni degli studi più importanti, ma la lista non può essere esaustiva e le citazioni sono solo a titolo di esempio, in quanto la mole di studi presentati negli ultimi 10 anni è enorme.

A differenza di altri paesi europei, la Germania non ha avuto una battuta di arresto della ricerca psichedelica negli anni '70. La ricerca sulla psilocibina è continuata, presso l'Università di Colonia, fino agli anni '90, mentre gli studi sugli effetti della mescalina sono continuati fino al '92 [49].

Attualmente presso l'ospedale Charité di Berlino sono in corso due ricerche cliniche che studiano la psilocibina nel trattamento della depressione. Lo studio clinico denominato "EPIsoDE – *Efficacy and Safety of Psilocybin in Treatment-Resistant Major Depression*" è condotto presso l'Istituto centrale per la salute mentale di Mannheim e il Charité Campus Berlin Mitte [50]. Charité funge anche da sito per lo studio di Fase II di Compass Pathways che esplora gli effetti della psilocibina in pazienti

con depressione resistente al trattamento [51].

La ricerca sulle sostanze psichedeliche nei Paesi Bassi è in corso in molte Istituzioni. Una di queste è l'Università di Maastricht, dove sono in atto studi per comprendere meglio il meccanismo di azione di sostanze psichedeliche come la psilocibina e l'MDMA [52]. Inoltre, i Paesi Bassi collaborano con COMPASS Pathways per lo studio sugli effetti della psilocibina sulla depressione resistente al trattamento [51]. In Spagna, tra gli anni 2000 e 2002, è stato condotto il primo studio clinico che ha esaminato il potenziale della psicoterapia assistita con MDMA per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico [53]. Nel 2016, il dipartimento di farmacologia di Barcellona, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze di San Paolo ha condotto uno studio che mirava a comprendere meglio gli effetti dell'Ayahuasca, della psilocibina e dell'LSD [54, 55].

Il Centro internazionale per l'educazione, la ricerca e il servizio etnobotanico (ICEERS) di Barcellona sta trasformando il rapporto della società con le piante psicoattive. Il direttore scientifico, José Carlos Bouso, coordina gli studi sui potenziali benefici delle piante psicoattive, principalmente Ayahuasca e ibogaina. Guidato da Genis Oña, ICEERS ha avviato il primo studio clinico di Fase II in assoluto, esplorando il potenziale dell'ibogaina nel trattamento della dipendenza da oppioidi presso l'ospedale Sant Joan de Reus in Spagna nel 2020 [56].

I ricercatori portoghesi sono interessati agli studi clinici sulle sostanze psichedeliche e stanno iniziando a sviluppare nuovi programmi di ricerca, ma, nonostante la depenalizzazione, queste sostanze restano controllate e le attuali barriere rallentano la ricerca scientifica.

In Portogallo sono stati quindi condotti meno studi clinici direttamente con gli psichedelici rispetto agli svariati articoli di revisione che esaminano diversi aspetti degli effetti e del potenziale di tali sostanze per la salute e il benessere [57].

L'Unità di Neuropsichiatria della Fondazione Champalimaud di Lisbona è stata recentemente coinvolta nello studio di Fase II sull'utilizzo della psilocibina per la depressione resistente al trattamento. Sebbene a Lisbona siano stati trattati solo due pazienti, i risultati preliminari di questo studio multicentrico sono stati positivi [51]. All'Università di Lisbona, il professor Pedro Teixeira assieme a colleghi dell'Imperial College di Londra e della Johns Hopkins hanno proposto che le sostanze psichedeliche potrebbero in futuro essere utilizzate per promuovere intenzionalmente il cambiamento dei comportamenti sanitari. Nel loro documento di revisione i ricercatori suggeriscono che gli psichedelici possono facilitare l'adozione di diete più sane, esercizio fisico, esposizione alla natura e pratiche di consapevolezza o riduzione dello stress [58]. Pedro Teixeira coordina anche iniziative di ricerca presso il Synthesis Institute ed è il fondatore del sito web no-profit SafeJourney.

Attualmente sono in corso numerose ricerche in molte Istituzioni, tra cui: Università di Porto, Università di Coimbra, Università di Beira Interior.

All'inizio degli anni 2010, ricercatori nel Regno Unito hanno iniziato a condurre studi di neuroimaging con psilocibina [59]. Nel 2017, l'Imperial College di Londra (ICL) ha condotto uno studio sulla psilocibina con 19 pazienti affetti da depressione resi-

stente al trattamento (TRD), utilizzando la tecnologia fMRI per misurare i cambiamenti nella funzione cerebrale nei soggetti prima e dopo la somministrazione di questa sostanza. Lo studio ha scoperto che la psilocibina, accompagnata dal supporto psicologico, produce effetti antidepressivi rapidi e prolungati, con il potenziale di "resettare" il cervello, offrendo un possibile nuovo trattamento per la TRD [60]. Nell'ottobre 2021, presso l'University College di Londra è stato lanciato il progetto Understanding Neuroplasticity Induced by Tryptamines (UNITY). UNITY sarà il primo studio presso l'UCL, condotto su esseri umani per testare l'efficacia degli psichedelici che mira a esplorare gli effetti della DMT [61]. Inoltre sono state condotte anche alcune ricerche sull'MDMA, in gran parte grazie a Awakn Life Sciences e ai suoi ricercatori affiliati all'ICL [62]. Sono degni di nota anche gli studi che indagano gli effetti della terapia assistita da MDMA per il disturbo da uso di alcol [63].

Sempre nel Regno Unito sono stati condotti alcuni studi con l'fMRI che suggeriscono come il nostro cervello è attivo anche quando non facciamo niente, quando siamo a riposo, come avesse una modalità di base sempre attiva e che cambia poco in risposta a ciò che facciamo. Secondo la teoria della modalità di default (DMN - Default Mode Network), essa è rappresentata da una rete di interconnessioni tra aree cerebrali del lobo parietale e frontale: la corteccia prefrontale mediale, il lobo temporale mediale (MTL), il giro cingolato posteriore. Il DMN, tuttavia, è più attivo quando dirigiamo i nostri pensieri verso l'interno e diminuisce la sua attività quando li dirigiamo verso l'esterno. In questo secondo caso si attiva un altro circuito cerebrale, il Task Positive Network (TPN). Quindi il DMN è normalmente associato alle operazioni metacognitive quali, ad esempio, immaginazione, introspezione, auto-riflessione, per questo si ipotizza che il DMN sia la sede dell'ego; il TPN è invece normalmente associato al ricordare eventi passati, immaginarne di futuri, mettersi nei panni dell'altro. DMN e TPN sono solitamente in contrapposizione tra loro, così da assicurare una differenza interpretativa tra mondo interno e mondo esterno. Con l'assunzione di sostanze psichedeliche si assiste ad una riduzione di questa contrapposizione e, quindi, anche alla distinzione tra mondo interno e mondo esterno [17]. Nello stato psichedelico esiste quindi una maggiore connettività funzionale rispetto allo stato di veglia ordinario, questo implica che nello stato psichedelico ci si trova in una sorta di punto critico entropico. Se lo stato ordinario di coscienza sembra organizzarsi in uno stato di "ordine estremo", gli psichedelici sembrerebbero invece spostare l'entropia cerebrale verso un punto critico di "disordine estremo", muovendo in questo modo i contenuti della coscienza a un livello superiore, cioè verso il livello più alto di criticità, e quindi verso un contenuto di coscienza ampliato, di maggiore flessibilità della mente e di labilità emotiva [64]. La criticità conferisce vantaggi funzionali a un sistema in termini di massimizzazione dell'adattabilità preservando l'ordine; un sistema che si sposta verso la criticità sembra favorire la flessibilità e la suscettibilità alla perturbazione rispetto alla conservazione [17]. Proprio questa capacità degli psichedelici di rompere i pattern stereotipati di pensiero e comportamento, disintegrando i modelli precedenti, potrebbe giustificare il loro potenziale terapeutico. Sembra quindi necessario l'accoppiamento tra i lobi MTL e le regioni corticali del DMN per il manteni-

mento di un ordinario stato di coscienza adulto, con la sua capacità metacognitiva. Una rottura dell'accoppiamento ippocampo-DMN è invece necessaria per una regressione ad uno stato primario di coscienza, quello che in termini freudiani possiamo definire inconscio. Questo favorisce l'espansione di coscienza [65].

Nonostante alcuni Paesi Europei siano ancora quasi completamente fermi nella ricerca sulle sostanze psichedeliche (come Austria, Belgio, Lussemburgo, Finlandia e Polonia), altre Nazioni, come Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Svezia e Italia, nonostante i frequenti limiti legali, stanno timidamente iniziando ad interessarsi all'argomento, aumentando progressivamente il numero di pubblicazioni scientifiche sugli usi terapeutici delle sostanze psichedeliche, numero comunque esiguo al confronto con altri Paesi [66].

## 5. Conclusioni

Dall'analisi delle leggi che regolamentano il consumo di sostanze illecite nei diversi Stati europei, appare evidente che il modo di affrontarlo è frammentato [67, 68]: non è più scontato che il possesso di sostanze illegali per uso personale (quindi senza intenzione o tentativo di spaccio) debba essere affrontato attraverso la criminalizzazione. Sia l'opinione pubblica sia i legislatori di alcuni Paesi, nel corso degli anni, hanno spesso cercato misure alternative e nel 2019 anche l'ONU si è espressa in questa direzione invitando gli Stati membri a “promuovere alternative alla condanna e alla pena nei casi appropriati, compresa la depenalizzazione del possesso di droga per uso personale” e a “promuovere il principio di proporzionalità” [69].

Molti studi effettuati nel corso degli anni concordano sul fatto che la “liberalizzazione” delle droghe non sia associata ad un forte incremento nel loro consumo [28, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77].

Alcuni Stati europei stanno andando in direzione antiproibizionista come ad esempio Austria, Repubblica Ceca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Portogallo. Altri Stati, pur avendo inserito nei loro ordinamenti misure alternative al carcere per l'uso personale di sostanze illecite, si sono limitati a questo e non hanno avviato, parallelamente, programmi educativi e sociali volti ad una effettiva consapevolizzazione rispetto a queste sostanze, ma hanno continuato a portare avanti campagne di sensibilizzazione di stampo proibizionista.

La longeva storia antiproibizionista del Portogallo, seppur parzialmente monitorata, ci ha consentito di vedere gli effetti positivi che la decriminalizzazione ha avuto nel Paese.

La decriminalizzazione di per sé non sempre porta ad effettivi cambiamenti nei modelli di uso delle droghe e dei problemi a questi connessi [78], ne è un esempio il consumo di cocaina che dagli anni '90 ha visto un incremento trasversale del suo utilizzo, al di là del sistema legale del singolo paese [79].

Il nesso causale tra droga, morte, malattia e criminalità non è diretto ma è mediato da cultura, fattori socioeconomici e risposte politiche [44]. L'esempio del Portogallo può indicare una strada antiproibizionista funzionale nella riduzione del traffico clan-

destino di droghe, migliorando la condizione sociale, giuridica e sanitaria dei cittadini e preservando le libertà individuali.

I dati presentati rispetto al sistema portoghese, così gli alti tassi di uso di sostanze nei Paesi proibizionisti, ci portano ad un riflessione rispetto alla critica che spesso viene mossa contro all'antiproibizionismo: l'eliminazione del sistema repressivo (carcere, sanzioni pecuniarie) verso chi utilizza sostanze porterà ad un incremento dell'utilizzo stesso. Questa affermazione non solo pare non trovare riscontro, ma sembra essere smentita poiché appare infatti evidente che l'antiproibizionismo, se affiancato ad un sistema educativo mirato e a strutture sociosanitarie specializzate, sia un'ottima strada verso un utilizzo consapevole delle sostanze stupefacenti, nonché ad un abbassamento del loro uso.

L'approccio proibizionista si dimostra controproducente per lo sviluppo della ricerca scientifica sul potenziale terapeutico delle sostanze psichedeliche, nonostante le numerosissime evidenze scientifiche che sottolineano il loro potenziale nel trattamento di patologie che ad oggi rispondono solo parzialmente alla farmacologia conosciuta. Il cambiamento di percezione culturale e dell'opinione pubblica, infine, possono sostenere una caduta dello stigma verso le sostanze e i loro utilizzatori, innescando un circolo virtuoso in cui il dibattito pubblico informato possa differenziare le varie droghe e possa sostenere la ricerca sugli effetti di queste sostanze.

## BIBLIOGRAFIA

1. Samorini, G. (2018). *Archeologia delle piante inebrianti*. Youcanprint SelfPublishing
2. Samorini, G. (2012). *Droghe tribali*. Milano: Shake Edizioni.
3. McKenna, T. (2019). *Il cibo degli dei. Alla ricerca del vero albero della conoscenza*. Bologna: Piano B. Edizioni.
4. Wasson, R. G., Hofmann, & A. Ruck, C. A. P. (1998). *Alla scoperta dei misteri eleusini*. Milano: Apogeo.
5. Binet J. (1974). *Drogue et mystique: le Bwiti des Fangs*. Diogène, vol. 86, pp. 34-57.
6. Tzvetan T. (2005). *La conquista dell'America*. Torino: Einaudi.
7. Passie T. (1997). *Psycholytic and psychedelic therapy research 1931-1995*, Hannover: Laurentius Publ.
8. Pollan M. (2022). *Come cambiare la tua mente*. Milano: Adelphi.
9. D'Arienzo, A., & Samorini, G. (2023). *Italian psychedelic therapies of the past century: an historical overview*. Drug Science, Policy and Law, Vol. 9: 1-12.
10. Estrada, A. (1981). *Vita di Maria Sabina: la sciamana ei funghi allucinogeni*. Roma: Savelli.
11. Grof, S., & Grof, C. (2010). *Respirazione ologica. Teoria e pratica. Nuove prospettive in terapia e nell'esplorazione del sé*. Milano: Apogeo.
12. Antunes, H. F. (2022). *Between prohibitionism and religious freedom: Legal Disputes Concerning an Ayahuasca Church and the United States Government*. Novos estudos CEBRAP, 40, 463-478.
13. De Verges, G. (1974). *Constitutional Law: Freedom of Religion: Peyote and the Native American Church*. *American Indian Law Review*, 2(2), 71-79.
14. Fletcher, M. L. (2006). *American Indian Religious Freedom Act*.
15. Michaelsen, R. S. (1984). *The Significance of the American Indian Religious Freedom Act of 1978*. *Journal of the American Academy of Religion*, 52(1), 93-115.

16. Osmond H. (1957). *A review of the clinical effects of psychotomimetic agents*. Ann.N.Y.Ac.Sci. 1957; 66: 418-34
17. D'Arienzo, A., & Samorini, G. (2019). *Terapie psichedeliche*, vol. I e II. Milano: Shake.
18. Grof S. (1970). *The use of LSD in psychotherapy*. Journal of Psychoactive Drugs, 3: 52-62
19. Scarcella, B. (2018). *La rivoluzione di fumo. Propositi nazionali di legalizzazione delle droghe leggere alla prova delle Convenzioni internazionali*. Diritto penale contemporaneo n. 3, 213:244.
20. Bianco, M. I. (2023). *La normativa italiana in tema di stupefacenti al banco di prova del modello proibizionista sovranazionale. Tra necessaria dissuasività delle pene, rispetto del principio di proporzionalità e recupero del tossicodipendente*. Questione Giustizia
21. *Single convention on narcotic drugs*. (1961). Organizzazione delle Nazioni Unite.
22. *Convention on psychotropic substances*. (1971). Organizzazione delle Nazioni Unite
23. McAllister, W. (1991). *Conflicts of Interest in the International Drug Control System*. Journal of Policy History 3, 4, pp. 494-517
24. *United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances*. (1988). Organizzazione delle Nazioni Unite
25. EMCDDA (2019). *Italy country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. INCB (2019). *Report of the International Narcotics Control Board for 2018*. Vienna: International Narcotics Control Board
27. Stevens, A. (2019). *Is policy 'liberalization' associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries*. International Journal of Drug Policy 66: 94–99.
28. EMCDDA (2019). *Estonia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
29. EMCDDA (2019). *Lithuania country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
30. EMCDDA (2019). *Slovenia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
31. EMCDDA (2017). *Croatia country drugs report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
32. EMCDDA (2019). *Sweden country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
33. EMCDDA (2019). *Finland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
34. EMCDDA (2019). *Denmark country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
35. EMCDDA (2019). *Belgium country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
36. EMCDDA (2019). *Germany country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
37. EMCDDA (2019). *Poland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
38. EMCDDA (2019). *Finland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
39. EMCDDA (2019). *Austria country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
40. EMCDDA (2019). *Spain country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
41. EMCDDA (2019). *Czechia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
42. EMCDDA (2019). *Malta country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

43. EMCDDA (2019). *Portugal country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
44. Hughes, C., & Stevens, A. (2007). *The effect of decriminalization of drug use in Portugal*. The Beckley Foundation drug policy programme
45. EMCDDA (2000). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
46. Trigo de Roza, A. (2007). *Presentation: Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment*. Paper presented to Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment Bucharest.
47. Council of Europe (2007). SPACE I (Council of Europe Penal Statistics), Council of Europe ([http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_cooperation/prisons\\_and\\_alternatives/Statistics\\_SPACE\\_I/List\\_Space\\_I.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp)), retrieved on from.
48. Tavares, L.V., Graça, P.M., Martins, O., & Asensio, M. (2005). *External and Independent Evaluation of the “National Strategy for the Fight Against Drugs” and of the “National Action Plan for the Fight Against Drugs and Drug Addiction – Horizon 2004”*. Lisbon: Portuguese National Institute of Public Administration.
49. Frank, M. (2021, March 27). *Psychedelic drug research comes to Berlin*. Berliner Zeitung. <https://www.berliner-zeitung.de/en/psychedelic-research-comes-to-berlin-li.148455>
50. Mertens, L. J., Koslowski, M., Betzler, F., Evens, R., Gilles, M., Jungaberle, A., Jungaberle, H., Majić, T., Ströhle, A., Wolff, M., Wellek, S., & Gründer, G. (2022). *Methodological challenges in psychedelic drug trials: Efficacy and safety of psilocybin in treatment-resistant major depression (EPISODE) – Rationale and study design*. *Neuroscience Applied*, 1, 100104. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2022.100104>
51. Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Bruschi, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D. & Malievskaia, E. (2022). *Single-Dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression*. *New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637–1648. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206443>
52. Mason, N. L., Kuypers, K. P. C., Müller, F., Reckweg, J., Tse, D. H. Y., Toennes, S. W., Hutten, N. R. P. W., Jansen, J. F. A., Stiers, P., Feilding, A., & Ramaekers, J. G. (2020). *Me, myself, bye: Regional alterations in glutamate and the experience of ego dissolution with psilocybin*. *Neuropsychopharmacology*, 45(12), 2003–2011. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0718-8>
53. Bouso, J. C., Doblin, R., Farré, M., Alcázar, M. Á., & Gómez-Jarabo, G. (2008). *MDMA-Assisted psychotherapy using low doses in a small sample of women with chronic posttraumatic stress disorder*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 225–236. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400637>
54. dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W., & Hallak, J. E. C. (2016). *Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): A systematic review of clinical trials published in the last 25 years*. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 193–213. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>
55. dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W., & Hallak, J. E. C. (2016b). *Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): A systematic review of clinical trials published in the last 25 years*. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 193–213. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>
56. José Carlos Bouso - Blossom profile. (2022, June 1). Blossom. <https://blossomanalysis.com/people/jose-carlos-bouso/>
57. *Arquivo de Investigacao*. (n.d.). SafeJourney. Retrieved October 17, 2023, from <https://www.safejourney.pt/investigacao/>
58. Teixeira, P. J., Johnson, M. W., Timmermann, C., Watts, R., Erritzoe, D., Douglass, H., Kettner, H., & Carhart-Harris, R. L. (2021). *Psychedelics and health behaviour change*. *Journal of Psychopharmacology*, 36(1), 12–19. <https://doi.org/10.1177/02698811211008554>

59. Carhart-Harris, R. L., Williams, T. M., Sessa, B., Tyacke, R. J., Rich, A. S., Feilding, A., & Nutt, D. J. (2010). *The administration of psilocybin to healthy, hallucinogen-experienced volunteers in a mock-functional magnetic resonance imaging environment: A preliminary investigation of tolerability*. *Journal of Psychopharmacology*, 25(11), 1562–1567. <https://doi.org/10.1177/0269881110367445>
60. Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., Tanner, M., Kaelen, M., McGonigle, J., Murphy, K., Leech, R., Curran, H. V., & Nutt, D. J. (2017). *Psilocybin for treatment-resistant depression: FMRI-measured brain mechanisms*. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>
61. *Understanding neuroplasticity induced by tryptamines (UNITY)* -. (2020, July 29). Understanding Neuroplasticity Induced by Tryptamines (UNITY) -. <http://project-directory.lido-dtp.ac.uk/projects/understanding-neuroplasticity-induced-by-tryptamines-unity/>
62. *Awakn life sciences - Revolutionary treatments for addiction*. (2021, January 21). Awakn Life Sciences. <https://awaknlifesciences.com/>
63. Sessa, B., Higbed, L., & Nutt, D. (2019). *A review of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (mdma)-assisted psychotherapy*. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00138>
64. Carhart-Harris L. R. (2018). *The entropic brain-revisited*. *Neuropharm* (2018), 142: 167-78.
65. Carhart-Harris L. R., et al. (2014). *The entropic brain: a theory of conscious states by neuroimaging research with psychedelic drugs*. *Front. Hum. Neurosci.*, 8:20.
66. *Blossom*. (2021, December 15). Blossom. <https://blossomanalysis.com/>
67. Bewley-Taylor, D.R. (2012). *International Drug Control: Consensus Fractured*. Cambridge: Cambridge University Press.
68. McLean, K. (2018). *A kind of peace: Tracking the reflexive and resilient drug war*, *International Journal of Drug Policy* 51: 117–120.
69. UN CEBC (2019). *Summary of Deliberations*. New York: United Nations.
70. Cecho, R., Baska, T., Svihrova, V., & Hudeckova, H. (2017). *Legislative norms to control cannabis use in the light of its prevalence in the Czech Republic, Poland, Slovakia, and Hungary*. *Central European Journal of Public Health* 25(4): 261–265.
71. Hughes, B., Matias, J., & Griffiths, P. (2018). *Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe*. *Addiction* 113(12):2155–2157
72. Kotlaja, M.M., & Carson, J.V. (2018). *Cannabis prevalence and national drug policy in 27 countries: An analysis of adolescent substance use*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 63(7): 1082–1099. <https://doi.org/10.1177/0306624X18814184>.
73. Maloff, D. (1981). *A review of the effects of the decriminalization of marijuana*. *Contemporary Drug Problems* Fall: 307.
74. Rogeberg, O., & Stevens, A. (2016). *Liberalization and adolescent cannabis use – issues with interpretation and country coding*. *PlosOne*. URL (accessed 1 November 2019): from <http://www.plosone.org/annotation/listThread.action?root=87919>.
75. Simons-Morton, B., Pickett, W., Boyce, W., ter Bogt, T.F.M. & Vollebergh, W. (2010). *Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands*. *International Journal of Drug Policy* 21(1): 64–69.
76. Stevens, A. (2016). *Inequality and adolescent cannabis use: A qualitative comparative analysis of the link at national level*. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(5): 410–421.
77. Vuolo, M. (2013). *National-level drug policy and young people's illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union*. *Drug and Alcohol Dependence* 131(1–2): 149–156
78. Reuter, P., & Stevens, A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy*. London: UK Drug Policy Commission.
79. EMCDDA (2006). *Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

## SCOPING REVIEW

# La sessualità nella psicoterapia della Gestalt (GT): una scoping review

Roberta Stanzione<sup>1</sup>, Sara Ballotti<sup>3</sup>, Matteo Defraia<sup>3</sup>, Samuele Giovagnini<sup>3</sup>, Jgor Francesco Luceri<sup>2</sup>, Mariano Pizzimenti<sup>2</sup>, Iride Memè Susanna Pistacchio<sup>4</sup>, Stefano Roti<sup>3</sup>, Enrico Moretto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy

<sup>2</sup> SGT - Scuola Gestalt Torino

<sup>3</sup> IGF - Istituto Gestalt Firenze

<sup>4</sup> SGC - Scuola Gestalt Counselling

**Citation**

Stanzione R., Ballotti S., Defraia M., Giovagnini S., Luceri J. F., Pizzimenti M., Pistacchio I. M. S., Roti S., Moretto E. (2023).

La sessualità nella psicoterapia della Gestalt (GT): una scoping review  
Phenomena Journal, 5, 109-123.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.210>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Roberta Stanzione  
[dr.robortastanzione@gmail.com](mailto:dr.robortastanzione@gmail.com)

**Ricevuto:** 26 ottobre 2023

**Accettato:** 30 novembre 2023

**Pubblicato:** 2 dicembre 2023

**ABSTRACT**

**Background and Objective:** Gestalt Therapy (GT) is a humanistic and experiential approach that places a strong emphasis on awareness, present-moment experience, and the integration of disconnected parts of the self. Gestalt Therapy is particularly suited for exploring and understanding the complex dynamics of emotional experiences and human interactions. Within the context of psychotherapy, sexuality is a vital and intricate aspect of human experience and well-being. Therefore, there is a need to explore and evaluate the scientific literature regarding Gestalt Therapy interventions specifically addressing issues related to sexuality over the past decade. **Methods:** A comprehensive research strategy was developed to identify relevant scientific articles from four databases: ScienceDirect, PubMed, PsycINFO, and Google Scholar. The search strategy used a combination of keywords related to Gestalt Therapy, sexuality, interventions, and the specified time period. The study follows the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) guidelines to ensure transparency, replicability, and methodological rigor. Two independent reviewers conducted the search, article selection, and data extraction. English-language papers published between 2013 and 2023 in peer-reviewed journals concerning work on sexuality in Gestalt Therapy were included. Scientific papers concerning sexuality and organic pathologies, other literature reviews, book chapters, books and essays were excluded. **Results:** The initial search yielded a total of 39 articles. After applying the inclusion and exclusion criteria, 6 articles were selected for full review. Data extraction involved categorizing the included articles according to study characteristics, participant demographics, intervention descriptions, and reported outcomes. A thematic analysis was conducted to identify common themes, emerging patterns, and research gaps. **Conclusions:** This scoping review provides an overview of the scientific literature on Gestalt Therapy interventions related to sexuality published between 2013 and 2023. The results can contribute to the existing evidence base, enhance understanding of the effectiveness and applicability of Gestalt Therapy in working with sexuality, and help identify areas requiring further research.

**KEYWORDS**

sexuality; Gestalt therapy (GT); scoping review.

**ABSTRACT IN ITALIANO**

**Background e obiettivo:** La psicoterapia della Gestalt (GT) è un approccio umanistico ed esperienziale che mette al centro l'importanza della consapevolezza, dell'esperienza nel presente e dell'integrazione di parti disconnesse del sé. La psicoterapia della Gestalt è particolarmente adatta per esplorare e comprendere le dinamiche complesse del vissuto emotivo e delle interazioni umane. Nel contesto della psicoterapia, la sessualità è un aspetto vitale e complesso dell'esperienza umana e del benessere. Dunque, nasce la necessità di esplorare e valutare la letteratura scientifica riguardante gli interventi di psicoterapia della Gestalt che affrontano specificamente questioni legate alla sessualità, nell'ultimo decennio. **Metodi:** È stata sviluppata una strategia di ricerca completa per identificare articoli scientifici pertinenti da quattro database: ScienceDirect, PubMed, PsycINFO e Google Scholar. La strategia di ricerca ha utilizzato una combinazione di parole chiave relative alla psicoterapia della Gestalt, alla sessualità, agli interventi e al periodo specificato. Lo studio segue le linee guida della Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) per garantire trasparenza, replicabilità e rigore metodologico. Due revisori indipendenti hanno condotto la ricerca, la selezione degli articoli e l'estrazione dei dati. Sono stati inclusi lavori in lingua inglese pubblicati tra il 2013 e il 2023 su giornali peer-reviewed che riguardano il lavoro sulla sessualità nella psicoterapia della Gestalt. Sono stati esclusi lavori scientifici riguardanti la sessualità e patologie organiche, altre revisioni della letteratura, capitoli di libri, libri e saggi. **Risultati:** La ricerca iniziale ha prodotto un totale di 39 articoli. Dopo l'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione, sono stati selezionati 6 articoli per la revisione completa. L'estrazione dei dati ha comportato la categorizzazione degli articoli inclusi in base alle caratteristiche dello studio, alle demografie dei partecipanti, alle descrizioni degli interventi e agli esiti riportati. È stata condotta un'analisi tematica per identificare temi comuni, pattern emergenti e lacune nella ricerca. **Conclusioni:** Questa scoping review fornisce una panoramica della letteratura scientifica sugli interventi di psicoterapia della Gestalt in relazione alla sessualità pubblicati tra il 2013 e il 2023. I risultati possono contribuire alla base di prove esistenti, al miglioramento della comprensione dell'efficacia e dell'applicabilità della psicoterapia della Gestalt nel lavoro con la sessualità e consentono di identificare aree che richiedono ulteriori ricerche.

**PAROLE CHIAVE**

sessualità; psicoterapia della Gestalt; scoping review.



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

## 1. Introduzione

### 1.1 Background

La psicoterapia della Gestalt (GT) è un approccio umanistico ed esperienziale che mette al centro l'importanza della consapevolezza, dell'esperienza nel presente e dell'integrazione di parti disconnesse del sé [1]. La GT è particolarmente adatta per esplorare e comprendere le dinamiche complesse del vissuto emotivo e delle interazioni umane. I primi contributi nel campo della GT risalgono a Perls, Hefferline e Goodman [1, 2] e negli anni si sta sempre di più provvedendo ad affermare e ad arricchire, attraverso la ricerca scientifica, quest'approccio psicoterapeutico basato sull'esperienza [3, 4]. All'interno del campo della psicoterapia, la sessualità rappresenta un elemento fondamentale dell'esperienza umana e del benessere psicologico e spesso è connessa a disturbi emotivi, relazionali e psicologici. Il concetto di sessualità è ampio e complesso, e la sua definizione può variare in base al contesto culturale, sociale e individuale [5, 6]. Oggi è ampiamente riconosciuto nel campo della sessuologia, della psicologia e degli studi di genere che, quando ci riferiamo alla sessualità, ci riferiamo a un insieme complesso di aspetti fisici, emotivi, relazionali e culturali legati anche all'identità e all'espressione sessuale [7, 8, 9]. La sessualità dunque comprende diverse dimensioni, tra cui anche le difficoltà riproduttive, le disfunzioni sessuali, la sessualità nella terza età, nelle minoranze etc. Oggi gli aspetti e le dimensioni più dibattute in questo campo riguardano i seguenti aspetti chiave [5, 6, 7, 8, 9]:

**Identità di Genere:** la sessualità è legata all'identità di genere di una persona, che può essere maschile, femminile, entrambi, nessuno o altre identità di genere. Oggi infatti, la prospettiva emergente è che l'identità di genere non sia semplicemente limitata a una dicotomia maschio/femmina, ma comprenda una gamma più ampia di identità di genere, tra cui transgender, genderqueer, non-binario ed altre [8]. L'identità di genere influenza come una persona si sente e si identifica in termini di sessualità ed è ora ampiamente riconosciuta come una costruzione personale e individuale che può variare da persona a persona e che può o non può corrispondere al sesso biologico alla nascita [8]. Il concetto di identità di genere sta diventando sempre più inclusivo e rispettoso della diversità delle esperienze di genere.

**Orientamento Sessuale:** l'orientamento sessuale si riferisce ai tipi di attrazione che una persona prova verso le altre. Questo può includere l'attrazione verso persone dello stesso sesso (omosessualità), del sesso opposto (eterosessualità), entrambi (bisessualità) o nessuno (asessualità), tra altre possibili identità [8].

**Espressione Sessuale:** la sessualità include come una persona esprime la propria identità e desideri sessuali attraverso comportamenti, relazioni, desideri e fantasie [8].

**Salute Sessuale:** la sessualità coinvolge la consapevolezza e l'adozione di pratiche sessuali sicure, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, l'educazione sessuale e il benessere sessuale [5, 8].

**Cultura e Società:** la sessualità è profondamente influenzata dalle norme culturali,

sociali e religiose. Ciò che è considerato accettabile o inaccettabile in termini di sessualità può variare ampiamente da una cultura all'altra [6, 8].

**Consapevolezza e Comunicazione:** la sessualità implica anche la consapevolezza di sé, la comunicazione aperta con i partner sessuali, il consenso e il rispetto reciproco nelle relazioni sessuali [10].

La prospettiva attuale sulla sessualità, che la definisce come un processo dell'individuo cioè come un processo che ogni persona può sperimentare in modi unici, rispecchia altamente l'approccio fenomenologico della GT [9]. L'approccio contemporaneo alla sessualità infatti, promuove il rispetto per la diversità sessuale e di genere, l'educazione sessuale inclusiva e l'accesso all'informazione e ai servizi relativi alla sessualità. La comprensione della sessualità è in continua evoluzione, e la società sta lavorando per sfatare tabù e ridurre la discriminazione legata a quest'area cruciale della vita umana. Per i progressi compiuti nella GT e nell'ambito della sessualità, emerge la necessità di condurre una revisione sistematica, approfondita e aggiornata della letteratura scientifica relativa agli interventi di GT che si focalizzano specificamente sulle questioni legate alla sessualità.

### *1.2 Obiettivo*

La motivazione a condurre questa revisione trova le sue radici nella crescente rilevanza e complessità delle problematiche legate alla sessualità nella pratica clinica contemporanea. Risulta essenziale comprendere come la GT possa essere applicata in modo efficace per affrontare tali questioni. Infatti, nonostante la presenza di alcuni studi, manca una sintesi sistematica degli interventi in GT relativi alla sessualità. Le domande e gli obiettivi di questa revisione si prestano in modo ottimale a un approccio di revisione esplorativa, noto come "scoping review". Gli obiettivi del presente lavoro sono dunque i seguenti:

- Esaminare in modo ampio e inclusivo la letteratura scientifica pubblicata tra il 2013 e il 2023 che descrive gli interventi di GT relativi alla sessualità. Questa scelta temporale riflette la necessità di esaminare la ricerca più recente e aggiornata in questo campo, tenendo conto degli sviluppi e delle sfide contemporanee legate alla sessualità e al fine di delineare il panorama attuale di questa area di ricerca in crescita.
- Identificare i temi e i modelli emergenti nell'applicazione della GT alle questioni legate alla sessualità.
- Migliorare la comprensione dell'efficacia e dell'applicabilità della GT nell'affrontare le difficoltà relative alla sfera della sessualità.
- Identificare eventuali lacune nella ricerca attuale e suggerire possibili direzioni future per la ricerca.

La nostra revisione segue le linee guida della Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) [11] per garantire trasparenza, replicabilità e rigore metodologico.

## 2. Materiali e Metodi

### 2.1 Ricerca e recupero

Le scoping review vanno intese come un mezzo sempre più diffuso per sintetizzare la letteratura esistente su un argomento o un campo in cui mancano evidenze rigorose, con l'obiettivo di mappare rapidamente i concetti chiave che sostengono quell'area di ricerca. Le scoping review sono uno strumento ottimale per identificare l'esistenza di un campione di letteratura su un determinato argomento e fornire una panoramica ampia e dettagliata del suo focus. Seguendo le linee guida dell'estensione PRISMA per le Scoping Reviews (PRISMA-ScR) [11], è stata condotta una scoping review della letteratura al fine di individuare articoli sul tema pubblicati su riviste peer-reviewed. È stato deciso di definire un periodo temporale specifico, utile per concentrarsi sulle pubblicazioni più recenti, nel periodo compreso tra gennaio 2013 e giugno 2023. Le ricerche sono state condotte attraverso quattro importanti database: ScienceDirect, PubMed, PsycINFO e Google Scholar. Per la strategia di ricerca, si è utilizzato:

- la combinazione di parole chiave in lingua inglese: *Sexuality in Gestalt Therapy*;
- il criterio temporale dal 2013 al 2023.

Due revisori indipendenti hanno condotto la ricerca, la selezione degli articoli e l'estrazione dei dati, e i materiali raccolti dai diversi repository sono stati successivamente esaminati ulteriormente per eliminare eventuali duplicati e quindi unificati in un unico insieme di dati. I criteri di inclusione ed esclusione sono riassunti nella Tabella 1.

Tabella 1. Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Lavori pubblicati in lingua inglese	Libri, capitoli di libri, editoriali, revisione della letteratura, saggi.
Lavori pubblicati su giornali peer-reviewed	Lavori che trattano di sessualità e patologie organiche.
Lavori pubblicati tra gennaio 2013 e Giugno 2023	
Lavori riguardanti gli interventi sulla sessualità nella GT	

## *2.2 Selezione degli articoli*

La prima fase di selezione, effettuata automaticamente dal sistema basandosi sulle parole chiave inserite, ha portato alla luce oltre 100 articoli. Nella fase successiva, sono stati estratti tutti gli articoli che, in base al titolo e all'abstract, sembravano essere pertinenti al tema oggetto della presente review. In questo modo, il numero degli articoli selezionati è stato ridotto a 39 e distribuito in modo equo tra i due ricercatori indipendenti che hanno partecipato al processo di selezione. Da questo numero iniziale, sono stati individuati 14 studi, che, sottoposti a lettura del testo completo e a ulteriori selezioni in base ai criteri di esclusione sopra elencati, sono stati ridotti a 6. Il processo di selezione degli articoli ha tenuto conto dei parametri sviluppati da Ouzzani e colleghi nel 2016 [12]. I conflitti tra i ricercatori sono stati risolti attraverso il mutuo confronto, prevedendo la possibilità di coinvolgere un terzo ricercatore in caso di mancanza di accordo.

## *2.3 Valutazione della qualità metodologica*

In accordo con le linee guida PRISMA per le scoping review, non è stata applicata la valutazione della qualità metodologica degli studi.

## *2.4 Estrazione e selezione dei dati*

Il processo di revisione ha coinvolto la collaborazione di due esperti nell'ambito della ricerca in psicoterapia. Il processo di selezione ha avuto una prima fase in cui i ricercatori hanno letto solo il titolo e gli abstract (selezione in base al titolo e all'abstract) e una seconda fase in cui i ricercatori hanno letto anche il testo completo (selezione del testo completo).

## *2.5 Processo di registrazione dei dati*

I risultati sono presentati attraverso tabelle, grafici, diagrammi e descrizioni narrative. Lo scopo delle tabelle, dei grafici e dei diagrammi è riassumere i dati rilevanti ottenuti, fornendo una panoramica dei diversi metodi utilizzati.

## *2.6 Valutazione critica delle singole fonti di evidenza*

Le fonti di evidenza sono state valutate criticamente prima di essere incluse, in particolare sono state scelte quelle fonti capaci di evidenziare in modo trasparente l'utilizzo di interventi gestaltici o l'applicabilità di principi della GT nel vasto ambito della sessualità.

## *2.7 Misure di sintesi*

Non applicabili per le scoping review.

### 2.8 Rischio di bias tra gli studi

Non applicabile per le scoping review.

### 2.9 Analisi aggiuntive

Non applicabili per le scoping review.

## 3. Risultati

### 3.1 Selezione delle fonti di evidenza

Il numero finale di articoli valutati come idonei e quindi inclusi nella revisione è stato di 6. Nelle diverse fasi consecutive del processo di revisione, l'uso dei criteri di esclusione ha inizialmente rimosso tutti gli articoli i cui abstract mostravano scarsa congruenza con l'argomento; sono stati esclusi anche capitoli di libri, libri, revisioni precedenti sullo stesso argomento, editoriali, saggi, articoli scritti in una lingua diversa dall'inglese e lavori riguardanti la sessualità e patologie organiche. Questo processo è descritto in modo grafico nella Figura 1.

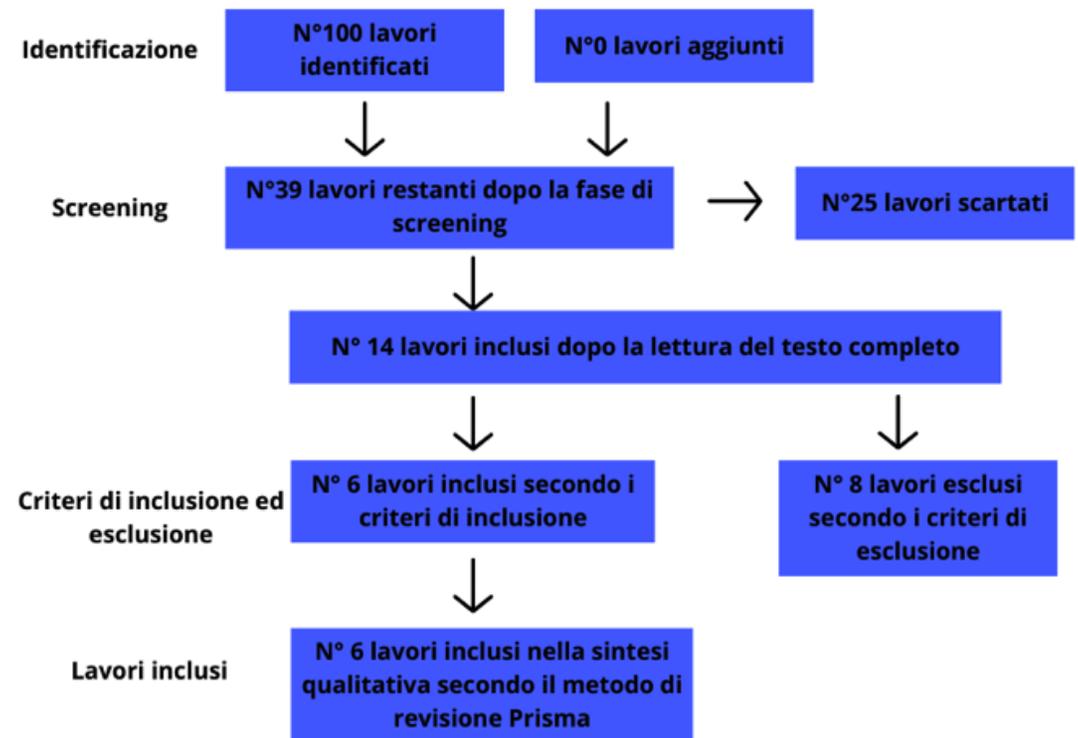


Figura 1  
Diagramma di flusso

### 3.2 Caratteristiche delle fonti di evidenza

Per ciascuno degli studi inclusi, è stata realizzata una sintesi dell'impostazione e delle caratteristiche dei lavori: obiettivi, campione, dati analizzati, tecniche utilizzate e conclusioni. Al fine di rendere questa sintesi utilizzabile, è stata creata una tabella speciale riportata integralmente in Appendice (Tabella 2).

### 3.3 Risultati delle singole fonti di evidenza

È possibile distinguere i 6 lavori selezionati in due gruppi:

- Il primo gruppo è costituito da 3 lavori che consistono in analisi teoriche e concettuali riguardo la decriminalizzazione dell'omosessualità in India alla luce della teoria gestaltica del contatto [13]; riguardo l'omofobia da una prospettiva di campo nella terapia della Gestalt [14] e riguardo la formazione e lo sviluppo professionale degli psicoterapeuti della Gestalt nell'affrontare le questioni di genere [15].
- Il secondo gruppo è costituito da 3 articoli che consistono nella descrizione di esperienze di psicoterapia della gestalt nell'ambito della sessualità, attraverso la descrizione di casi singoli.

Nel lavoro condotto da Kolmannskog [13], si fa riferimento all'importanza del contatto sociale nell'influenzare il cambiamento sociale. L'autore suggerisce che la depenalizzazione dell'omosessualità in India è stata influenzata in modo significativo dal contatto sociale, in particolare dal contatto con giudici omosessuali e dalla mobilitazione per i diritti LGBT. In questo lavoro viene attuato un primo tentativo di collegare il lavoro sul contatto nelle scienze sociali alla teoria e alla pratica della gestalt. Si propone che altri movimenti sociali possano apprendere dalle strategie utilizzate in questo caso. Inoltre, si afferma che i gestaltisti, come artisti del contatto, potrebbero contribuire in modo significativo a tali movimenti, specialmente se incorporano concetti delle scienze sociali e considerano l'importanza di status, identità sociale e potere nel contesto del contatto sociale. Desmond B. [14] nel suo lavoro esamina come la teoria gestaltica di campo possa essere applicata per comprendere i diversi aspetti dell'omofobia nelle interazioni interpersonali. Vengono evidenziati alcuni aspetti del "campo fenomenale condiviso" che sono presenti nelle dinamiche legate all'omofobia tra cui: la pervasività dell'omofobia, la riduzione della sessualità al sesso, la responsabilità dei terapeuti di indagare sulla propria sessualità, le strategie per affrontare la vergogna e la divulgazione da parte del terapeuta. L'autore conclude che l'omofobia può essere ridefinita come un evento di campo sfidando la concezione predominante dell'omofobia internalizzata. L'omofobia dunque non è qualcosa che può essere affrontato occupandosi solo degli aspetti intra-psichici o delle relazioni nel campo sociale. È un evento al confine del contatto del campo fenomenale condiviso tra sé e il mondo [14]. La sessualità è un aspetto integrante dell'individualità di una persona, che è dinamica e in continua evoluzione nella mutualità della relazione [14]. Johnson R. [15] nel suo lavoro intitolato "Contacting gender", descrive un approccio in quattro fasi allo sviluppo professionale degli psicoterapeuti della Gestalt

nell'affrontare le questioni di genere. L'autore conclude che la chiave per approfondire la nostra capacità di contattare il genere nella pratica terapeutica risiede nella nostra capacità di rimanere consapevoli delle differenze di genere e sessuali nel lavoro con i clienti, e nella nostra volontà di incontrare tali differenze senza resistenza o distorsione. È stata dunque delineata una sequenza di passi progettati per coltivare un apprezzamento delle differenze di genere e sessualità su molteplici livelli. Attraverso l'approccio descritto, l'autore conclude che gli psicoterapeuti della Gestalt possono contribuire significativamente ai dibattiti in evoluzione su genere e sessualità nella consulenza e nella psicoterapia. Almås, E. [16] basa il suo lavoro intitolato "Treatment of traumatized sexuality" sull'analisi delle esperienze terapeutiche con individui traumatizzati sessualmente, facendo riferimento alle esperienze cliniche e alle sfide affrontate durante il trattamento di tali individui. Lo scopo di questo lavoro è comprendere come aiutare le coppie, costituite da un individuo che ha subito violenza e abusi sessuali, a stabilire relazioni sessuali soddisfacenti secondo i loro termini, superando le strategie di difesa o di coping sviluppate per proteggersi dalle esperienze traumatiche passate. La base del trattamento descritto nell'articolo è una versione modificata dell'approccio di William Masters e Virginia Johnson, con particolare enfasi sulla tecnica del "sensitive focus". Questa tecnica è stata adattata per tener conto della teoria del trauma ed include la comprensione della dissociazione e la necessità di integrare i ricordi provenienti da diversi livelli: somatici, emotivi e cognitivi. Si sottolinea l'importanza di fornire un ambiente sicuro e rispettoso ai clienti traumatizzati, considerando le loro esperienze passate di violenza e abuso. Gli psicoterapeuti devono essere consapevoli della dissociazione e delle diverse parti interne che possono emergere durante la terapia. A tal proposito si fa riferimento all'utilizzo della tecnica gestaltica della "sedia vuota". Si sottolinea l'importanza di lavorare con ciascun individuo in modo unico, sia in terapia individuale che in terapia di coppia. Infatti, sebbene la terapia di coppia sia fondamentale, è importante riconoscere le sfide uniche di ciascun individuo. Ogni partner deve essere in grado di identificare le proprie reazioni e preferenze sessuali [16]. La comprensione delle esperienze di prevedibilità e sicurezza, così come il rispetto per la storia di trasgressioni subite, sono fondamentali nel processo terapeutico. Lo scopo del lavoro condotto da Ward, J. [17] è quello di esaminare e comprendere l'esperienza dei richiedenti asilo LBGQTQ+ nel Regno Unito che devono fornire prove della propria sessualità per ottenere lo status di asilo. Il campione di questo studio è composto da due casi di studio specifici. I dati analizzati in questo studio comprendono informazioni dettagliate sui due casi di studio, tra cui le esperienze personali dei richiedenti asilo, le sfide affrontate, le sessioni di terapia condotte e i risultati ottenuti. Le tecniche utilizzate in questo studio comprendono l'analisi dei casi di studio attraverso interviste, registrazioni delle sessioni di terapia, analisi documentale delle leggi sull'asilo e sulla sessualità nel Regno Unito, e l'applicazione di principi della Dramaterapia per il trattamento del trauma, della vergogna e della frustrazione. Viene descritto anche l'utilizzo della tecnica gestaltica della sedia vuota. Si sottolinea l'efficacia della Dramaterapia nel trattamento del trauma e della vergogna legati a queste

esperienze. Inoltre, si evidenzia la necessità di aumentare la consapevolezza sulla Dramaterapia come approccio terapeutico utile per i richiedenti asilo e la comunità LBGTQ+ in generale. Kolmannskog, V. [18] nel suo lavoro presenta il case study di un gruppo di psicoterapia gestaltico da lui condotto a Oslo nei mesi da gennaio a giugno 2013 con persone transgender, con lo scopo di esplorare le esperienze e i cambiamenti significativi riportati dalle persone partecipanti al gruppo. I dati analizzati in questo studio comprendono le narrazioni e le esperienze dei partecipanti al gruppo di terapia. L'autore raccoglie dati attraverso l'osservazione diretta delle sessioni di terapia, interviste con i partecipanti e registrazioni delle discussioni nel gruppo. I dati includono le testimonianze dei partecipanti riguardo alle loro esperienze, percezioni e cambiamenti durante il processo di terapia. Nel corso dello studio, il terapeuta utilizza dunque l'approccio della Gestalt, che si basa sulla fenomenologia e sull'esplorazione delle esperienze soggettive dei partecipanti. Le tecniche specifiche includono l'ascolto attivo, la messa a fuoco sul momento presente, l'esplorazione delle polarità all'interno dell'esperienza e la facilitazione del contatto emotivo. L'autore conclude che l'approccio terapeutico della Gestalt può essere efficace nel trattamento delle questioni legate all'identità di genere, in particolare per le persone transgender. Si sottolinea l'importanza della fenomenologia, dell'esplorazione delle polarità e di certe modalità di contatto emotivo nella terapia con questo gruppo. Inoltre, l'autore suggerisce che la Gestalt può essere un approccio adatto per aderire al "Modello Transgender", un nuovo paradigma nella salute transgender.

#### 4. Conclusioni

Questa scoping review fornisce una panoramica completa della letteratura scientifica sugli interventi di GT in relazione alla sessualità pubblicati tra il 2013 e il 2023. I risultati possono contribuire alla base di prove esistenti, al miglioramento della comprensione dell'efficacia e dell'applicabilità della GT nell'affrontare le tematiche sessuali e consentono di identificare aree che richiedono ulteriori ricerche. Alla luce dei risultati presentati rispetto ai 6 lavori oggetto di questa scoping review, è possibile evidenziare l'applicabilità della GT nel lavoro con la sessualità nella sua complessità. Sono stati affrontati temi importanti come il contatto sociale, l'omofobia, il trauma sessuale e l'identità di genere, sottolineando il ruolo significativo che la GT può svolgere in questi ambiti. I lavori selezionati evidenziano come l'approccio fenomenologico ed individualizzato della GT sia adeguato a trattare questioni complesse legate alla sessualità. Dai risultati di questa scoping review è stato possibile osservare l'esiguo numero di lavori scientifici riguardo l'utilizzo della GT nell'ambito della sessualità e di portare alla luce un grande gap nella letteratura scientifica dell'ultimo decennio, consistente nella mancanza di studi sperimentali che dimostrino l'efficacia della GT nel lavoro con la sessualità. Conducendo questa scoping review è emersa inoltre la scarsa riconoscibilità di molti lavori nell'ambito della GT, a causa di titoli troppo creativi e della scarsa pregnanza delle parole chiave utilizzate. Al fine di aumentare la riconoscibilità dei lavori gestaltici, una possibilità potrebbe essere quella

di utilizzare la sigla GT per riferirsi alla psicoterapia della Gestalt nei titoli dei propri lavori, utilizzare la parola chiave Gestalt Therapy nelle prime righe dell'abstract e utilizzare criteri SEO [19] per aumentare l'indicizzazione dei propri contributi nel panorama scientifico.

Si auspica dunque che questa revisione possa essere preziosa per clinici, ricercatori e responsabili delle politiche sociali che cercano interventi basati su prove nell'ambito della GT e per individui che affrontano sfide legate alla sessualità. Inoltre, si auspica che questo lavoro possa esortare i colleghi Gestaltisti ad intraprendere studi sperimentali volti a dimostrare l'efficacia della GT nel lavoro con la sessualità.

### **Conflitti di interesse**

Gli autori dichiarano che la ricerca è stata condotta in assenza di qualsiasi relazione commerciale o finanziaria che potrebbe essere interpretata come un potenziale conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). Astrolabio, Roma.
2. Perls, F. (1951). *L'io, la fame, l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud*. FrancoAngeli.
3. Raffagnino, R. (2019) Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>.
4. Francesetti, G., Alcaro, A., & Settanni, M. (2020). Panic disorder: attack of fear or acute attack of solitude? Convergences between affective neuroscience and phenomenological-Gestalt perspective. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(1).
5. Lazarus, J. V., & Liljestrand, J. (2007). *Sex and young people in Europe*. A research report of the Sexual Awareness for Europe Partnership. The Safe Project. Lund, IPPF
6. Alman, A., Gillespie, J., & Kolmannskog, V. (Eds.). (2023). *Queering Gestalt Therapy: An Anthology on Gender, Sex & Relationship Diversity in Psychotherapy*. Taylor & Francis.
7. Kincl, A. (2020). *Exploring Masculinity, Sexuality, and Culture in Gestalt Therapy: An Autoethnography*. Routledge.
8. Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st century: Sexual fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(1), 30-34.
9. Pizzimenti, M., & Bellini, B. (2022). *Sessuologia della Gestalt: Manuale imperfetto per continuare la rivoluzione sessuale*. FrancoAngeli.
10. Vitelli, R., Mezza, F., Scandurra, C., & Valerio, P. (2019). Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: una revisione della letteratura internazionale. *Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: una revisione della letteratura internazionale*, 67-92.
11. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann. Intern. Med.* 169, 467–473. doi: 10.7326/M18-0850.
12. Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., and Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Rev.* 5, 1–10. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
13. Kolmannskog, V. (2021). Right to Love: India's Decriminalization of Homosexuality Understood in Light of Contact. *Gestalt Review*, 25(2), 178-196.
14. Desmond, B. (2016). Homophobia endures in our time of changing attitudes: A 'field' perspective. *British Gestalt Journal*, 25(2), 42-52.
15. Johnson, R. (2014). Contacting Gender. *Gestalt Review*, 18(3), 207-225.
16. Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2021). Treatment of traumatised sexuality. *Frontiers in psychology*, 12, 610619.
17. Ward, J. (2018). 'Prove it' working with LBGTQ+ Asylum seekers who must prove their sexuality to stay in the UK. *Dramatherapy*, 39(3), 141-151.
18. Kolmannskog, V. (2014). Gestalt approaches to gender identity issues: a case study of a transgender therapy group in Oslo. *Gestalt Review*, 18(3), 244-260.
19. Ledford, J. L. (2015). *Search engine optimization bible* (Vol. 584). John Wiley & Sons.

Tabella 2 Caratteristiche dei lavori

Titolo	Anno	Primo autore	Obiettivo dello studio	Campione	Dati analizzati	Tecniche	Conclusioni
Right to Love: India's Decriminalization of Homosexuality Understood in Light of Contact.	2021	Kolmannskog, V.	Analizzare la decriminalizzazione dell'omosessualità in India attraverso una prospettiva di "contatto" o "incontro" con idee e movimenti internazionali relativi ai diritti delle persone LGBTQ+. Si propone di combinare teorie del contatto provenienti dalla Gestalt e dalle scienze sociali, inclusa l'ipotesi del contatto di Allport (1954), per spiegare l'importanza del contatto in questo contesto.	Non è menzionato campione specifico poiché si tratta di un'analisi teorica e concettuale basata sul movimento per i diritti LGBT in India. Non vengono menzionate ricerche empiriche condotte su un campione di individui, ma piuttosto una riflessione sulle strategie e le influenze sociali che hanno portato alla depenalizzazione dell'omosessualità in India.	Non vengono menzionati dati empirici specifici in questo articolo. L'analisi si basa principalmente su concetti e teorie riguardanti il movimento per i diritti LGBT in India, le strategie utilizzate dagli attivisti e l'importanza del contatto sociale nelle loro azioni.	Le tecniche specifiche non sono descritte in dettaglio in questo articolo, ma si fa riferimento all'importanza del contatto sociale nell'influenzare il cambiamento sociale. Si menziona anche l'ipotesi del contatto di Allport (1954) come uno dei principali concetti teorici utilizzati per comprendere l'importanza del contatto.	L'articolo suggerisce che la depenalizzazione dell'omosessualità in India è stata influenzata in modo significativo dal contatto sociale, in particolare dal contatto con giudici omosessuali e dalla mobilitazione per i diritti LGBT. Si propone che altri movimenti sociali possano apprendere dalle strategie utilizzate in questo caso. Inoltre, si afferma che i gestaltisti, come artisti del contatto, potrebbero contribuire in modo significativo a tali movimenti, specialmente se incorporano concetti delle scienze sociali e considerano l'importanza di status, identità sociale e potere nel contesto del contatto sociale.
Treatment of traumatized sexuality.	2021	Almås, E.	Lo scopo di questo lavoro è comprendere come aiutare le coppie che hanno subito violenza e abusi sessuali a stabilire relazioni sessuali soddisfacenti secondo i loro termini, superando le strategie di difesa o di coping sviluppate per proteggersi dalle esperienze traumatiche passate.	Nel lavoro non è specificato un campione, ma si basa su incontri terapeutici con individui che hanno subito violenza e abusi sessuali. Non viene menzionato il numero o le caratteristiche specifiche dei partecipanti, poiché l'articolo si concentra sul processo terapeutico e sulle sfide affrontate dai terapeuti nella trattazione di casi di traumatizzazione sessuale.	L'articolo si basa sull'analisi delle esperienze terapeutiche con individui traumatizzati sessualmente. Non vengono menzionati dati empirici specifici o risultati di ricerca, ma si fa riferimento alle esperienze cliniche e alle sfide affrontate durante il trattamento di tali individui.	La base del trattamento descritto nell'articolo è una versione modificata dell'approccio di William Masters e Virginia Johnson, con particolare enfasi sulla tecnica del "sensitive focus". Questa tecnica è stata adattata per tener conto della teoria del trauma ed include la comprensione della dissociazione e la necessità di integrare i ricordi provenienti da diversi livelli: somatici, emotivi e cognitivi. Si sottolinea	L'obiettivo centrale del trattamento è aiutare i clienti a identificare le risposte alla stimolazione come un'esperienza qui e ora, all'interno di un ambiente terapeutico che trasmette sicurezza e accoglienza. Si sottolinea l'importanza di lavorare con ciascun individuo in modo unico, anche se la terapia di coppia è un contesto importante per questo trattamento. Sebbene la terapia di coppia sia fondamentale, è impor-

						<p>nea l'importanza di fornire un ambiente sicuro e rispettoso ai clienti traumatizzati, considerando le loro esperienze passate di violenza e abuso. Gli psicoterapeuti devono essere consapevoli della dissociazione e delle diverse parti interne che possono emergere durante la terapia. A tal proposito si fa riferimento all'utilizzo della tecnica gestaltica della "sedia vuota".</p>	<p>tante riconoscere le sfide uniche di ciascun individuo. Ogni partner deve essere in grado di identificare le proprie reazioni e preferenze sessuali. La comprensione delle esperienze di prevedibilità e sicurezza, così come il rispetto per la storia di trasgressioni subite, sono fondamentali nel processo terapeutico. Potrebbe essere utile coinvolgere un co-terapeuta per affrontare le diverse sfide e bisogni dei partner nella coppia.</p>
<p>Prove it' Working with LBGQT+ Asylum Seekers who Must Prove their Sexuality to Stay in the UK.</p>	<p>2018</p>	<p>Ward, J.</p>	<p>Lo scopo di questo lavoro, è quello di esaminare e comprendere l'esperienza dei richiedenti asilo LBGQT+ nel Regno Unito che devono fornire prove della propria sessualità per ottenere lo status di asilo. Si mira a esplorare l'approccio terapeutico utilizzato in tali casi, concentrando l'attenzione sul processo di accettazione della persecuzione, sulla gestione della vergogna culturale e sul trattamento della frustrazione e dei problemi legati alla dimostrazione della propria sessualità. Inoltre, si mira a sensibilizzare sul ruolo della Dramaterapia in questo contesto e a evidenziarne l'importanza.</p>	<p>Il campione di questo studio è composto da due casi di studio specifici riguardanti richiedenti asilo maschi LBGQT+ nel Regno Unito. Entrambi i casi si concentrano sul processo di richiesta di asilo basato sulla loro sessualità e sulle sfide che devono affrontare nel dimostrarla per ottenere lo status di asilo.</p>	<p>I dati analizzati in questo studio comprendono informazioni dettagliate sui due casi di studio, tra cui le esperienze personali dei richiedenti asilo, le sfide affrontate, le sessioni di terapia condotte e i risultati ottenuti. Inoltre, vengono considerate le leggi e le politiche relative all'asilo e alla sessualità nel Regno Unito.</p>	<p>Le tecniche utilizzate in questo studio comprendono l'analisi dei casi di studio attraverso interviste, registrazioni delle sessioni di terapia, analisi documentale delle leggi sull'asilo e sulla sessualità nel Regno Unito, e l'applicazione di principi della Dramaterapia per il trattamento del trauma, della vergogna e della frustrazione. Viene descritto anche l'utilizzo della tecnica gestaltica della sedia vuota.</p>	<p>Le conclusioni di questo studio evidenziano l'importanza di affrontare in modo sensibile e terapeutico le sfide che i richiedenti asilo LBGQT+ affrontano nel dimostrare la propria sessualità per ottenere lo status di asilo nel Regno Unito. Si sottolinea l'efficacia della Dramaterapia nel trattamento del trauma e della vergogna legati a queste esperienze. Inoltre, si evidenzia la necessità di aumentare la consapevolezza sulla Dramaterapia come approccio terapeutico utile per i richiedenti asilo e la comunità LBGQT+ in generale. Nel complesso, il lavoro sostiene la protezione e i diritti dei richiedenti asilo LBGQT+ nel</p>

							Regno Unito e in altre parti del mondo in cui l'omosessualità è perseguitata.
Homophobia endures in our time of changing attitudes: a 'field' perspective.	2016	Desmond, B.	Lo scopo di questo lavoro è esaminare l'omofobia da una prospettiva teorica di campo, basata sulla teoria della GT. L'obiettivo è ridefinire l'omofobia come un evento di campo e sfidare la concezione predominante dell'omofobia internalizzata. L'autore cerca di chiarire come la prospettiva di campo della Gestalt possa essere applicata in modo più efficace per comprendere il fenomeno dell'omofobia nelle dinamiche interpersonali complesse.	L'articolo non fa riferimento a un campione specifico, poiché si tratta di un'analisi teorica basata sulla prospettiva di campo nella GT. Non viene menzionata la raccolta o l'analisi di dati empirici da un campione di individui, ma piuttosto una riflessione concettuale sull'omofobia.	L'analisi si basa sulla teoria di campo nella GT e sulle riflessioni teoriche dell'autore sull'omofobia. Non vengono menzionati dati empirici o risultati di ricerche condotte su un campione. L'autore esamina i concetti e le prospettive legate all'omofobia, considerando come questi possano essere compresi attraverso la teoria di campo.	Non vengono specificate tecniche specifiche nel trattamento di dati o nel processo di ricerca, poiché l'articolo si concentra principalmente sulla discussione concettuale e teorica dell'omofobia da una prospettiva di campo nella terapia della Gestalt. L'autore esamina come la teoria di campo possa essere applicata per comprendere i diversi aspetti dell'omofobia nelle interazioni interpersonali.	L'articolo conclude che l'omofobia può essere compresa in modo più approfondito e complesso attraverso la teoria di campo nella GT. Vengono evidenziati alcuni aspetti del "campo fenomenale condiviso" che sono presenti nelle dinamiche legate all'omofobia, tra cui la pervasività dell'omofobia, la riduzione della sessualità al sesso, la responsabilità dei terapeuti di indagare sulla propria sessualità, le strategie per affrontare la vergogna e la divulgazione da parte del terapeuta. L'articolo suggerisce che questa prospettiva di campo può contribuire a una migliore comprensione dell'omofobia nelle interazioni umane complesse.
Gestalt approaches to gender identity issues: a case study of a transgender therapy group in Oslo.	2014	Kolmannskog, V.	Lo scopo di questo lavoro è esaminare come un terapeuta Gestalt affronta le questioni legate all'identità di genere, in particolare quelle riguardanti le persone transgender, e esplorare le esperienze e i cambiamenti significativi riportati dalle persone transgender partecipanti a un gruppo di terapia Gestaltico.	Il campione di questo studio di caso è costituito dalle persone transgender che hanno partecipato al gruppo di terapia facilitato dall'autore a Oslo nei mesi di gennaio e febbraio 2013. Il numero esatto dei partecipanti non è specificato, ma l'articolo analizza in dettaglio le esperienze di alcuni partecipanti selezionati all'interno del	I dati analizzati in questo studio comprendono le narrazioni e le esperienze delle persone transgender partecipanti al gruppo di terapia. L'autore raccoglie dati attraverso l'osservazione diretta delle sessioni di terapia, interviste con i partecipanti e registrazioni delle discussioni nel gruppo. I dati includono le testimonianze delle persone	Nel corso dello studio, il terapeuta utilizza l'approccio della Gestalt, che si basa sulla fenomenologia e sull'esplorazione delle esperienze soggettive dei partecipanti. Le tecniche specifiche includono l'ascolto attivo, la messa a fuoco sul momento presente, l'esplorazione delle polarità (contrast) all'interno dell'esperienza e la fa-	L'articolo conclude che l'approccio terapeutico della Gestalt può essere efficace nel trattamento delle questioni legate all'identità di genere, in particolare per le persone transgender. Si sottolinea l'importanza della fenomenologia, dell'esplorazione delle polarità e di certe modalità di contatto emotivo nella terapia con

				gruppo.	transgender riguardo alle loro esperienze, percezioni e cambiamenti durante il processo di terapia.	cilitazione del contatto emotivo. Inoltre, l'autore descrive tre casi specifici in cui utilizza la fenomenologia e le tecniche della Gestalt per lavorare con le persone transgender.	questo gruppo. Inoltre, l'articolo suggerisce che la Gestalt può essere un approccio adatto per aderire al "Modello Transgender", un nuovo paradigma nella salute transgender.
Contacting Gender.	2014	Johnson, R.	Lo scopo di questo lavoro è esplorare come gli psicoterapeuti della Gestalt possono affrontare le questioni di genere e sessualità in modo autentico ed emancipatorio, nonostante il genere sia stato un argomento relativamente trascurato all'interno della teoria e della pratica della terapia della Gestalt. L'articolo si propone di fornire un quadro per l'evoluzione professionale degli psicoterapeuti della Gestalt in relazione a queste tematiche, basandosi su teorie sociali e somatiche del genere.	Il lavoro non presenta un campione specifico, poiché l'articolo sembra essere più un'analisi teorica e concettuale che si concentra sulla formazione e lo sviluppo professionale degli psicoterapeuti della Gestalt nell'affrontare le questioni di genere. Non viene menzionata la raccolta o l'analisi di dati empirici da un campione specifico di individui.	L'articolo sembra basarsi principalmente su teorie e concetti riguardanti il genere e la sessualità, nonché sull'esperienza pratica degli psicoterapeuti della Gestalt. Non vengono forniti dati empirici specifici o risultati di ricerche condotte su un campione di pazienti o clienti. Gli "input" principali sembrano essere le teorie sociali e somatiche del genere e le esperienze degli psicoterapeuti della Gestalt.	L'articolo descrive un approccio in quattro fasi allo sviluppo professionale degli psicoterapeuti della Gestalt nell'affrontare le questioni di genere. L'autore sembra concentrarsi sull'applicazione di competenze e orientamenti esistenti nella pratica della GT per affrontare in modo più efficace le questioni di genere e sessualità.	L'articolo conclude che gli psicoterapeuti della Gestalt hanno un ruolo unico e importante nell'affrontare le questioni di genere e sessualità in modo autentico ed emancipatorio. Tuttavia, per farlo, devono sviluppare un approccio professionale in quattro fasi che consenta loro di applicare le teorie sociali e somatiche del genere alla pratica della GT. L'autore suggerisce che gli psicoterapeuti della Gestalt possono contribuire significativamente ai dibattiti in evoluzione su genere e sessualità nella consulenza e nella psicoterapia.

REVIEW

## Psicoterapia blended: intervento integrato sul trauma

Antonio Iannazzo<sup>1</sup>, Stefano Zorgno<sup>1</sup>, Luana Zaira Ruggiero<sup>1</sup>, Caterina Santonicola<sup>2</sup>, Olimpia Armenante<sup>1</sup>, Vincenzo Motta<sup>2</sup>, Anna Degano<sup>1</sup>, Veronica Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A.S.P.I.C. - Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità

<sup>2</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli (Italia)



### Citation

Iannazzo A., Zorgno S., Ruggiero L. Z., Santonicola C., Armenante O., Motta V., Degano A., Rosa V. (2023).  
Psicoterapia blended: intervento integrato sul trauma  
Phenomena Journal, 5, 124-142.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.203>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Antonio Iannazzo  
[antonio.iannazzo1@gmail.com](mailto:antonio.iannazzo1@gmail.com)

**Ricevuto:** 20 ottobre 2023

**Accettato:** 1 dicembre 2023

**Pubblicato:** 7 dicembre 2023

### ABSTRACT

This article constitutes the first part of an in-depth work on blended therapeutic intervention on trauma, starting from the various meanings of the terms blended, online, presence, describing their genesis and evolution. The objective is to delve into the possibilities that presence/distance integration can offer to the treatment of trauma.

This first article will focus mainly on the meanings of the term blended, which leads to the possibility of building an intervention through the use of various tools, such as video chats, e-mails, text chats, the telephone, presence, the metaverse.

Furthermore, some international experiences and some tools/platforms/software for remote working, will be reported. An in depth analysis of the term trauma and how to use it for trauma intervention will be explored in depth in the second article (in progress).

### KEYWORDS

**Online Psychotherapy; Remote Psychotherapy; Blended Therapy; Online Resources; Blended Setting.**

### ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo di seguito presentato, fa parte di un lavoro, più ampio, di approfondimento sul tema della psicoterapia in forma blended focalizzata sul trauma. In questo primo articolo vengono esplorati i significati dei termini blended, online, presenza, descrivendone la genesi e l'evoluzione. L'obiettivo di entrambi i lavori è approfondire le possibilità che l'integrazione presenza/distanza può offrire al trattamento del trauma. Questo primo articolo si focalizza sul termine blended, i cui significati rimandano ad un intervento in psicoterapia che si avvale di vari strumenti: le videochat, le e-mail, le chat testuali, il telefono, la presenza, il metaverso. Ampio spazio viene dato alle esperienze internazionali ed alcuni strumenti, piattaforme, software per lavorare a distanza. Ulteriori approfondimenti sul tema e termine trauma, su come sviluppare un intervento efficace, saranno presentati in un secondo articolo (in lavorazione).

### PAROLE CHIAVE

**Psicoterapia Online; Psicoterapia a distanza; Psicoterapia Blended; Possibilità dell'online; Setting Blended.**



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

## 1. Introduzione

Il lavoro degli psicologi e degli psicoterapeuti nel tempo ha subito rilevanti cambiamenti, si è fatta sempre più pressante la necessità di passare da interventi terapeutici in presenza a *setting* che possano contemplare anche la distanza, in forma sincrona e asincrona, nel contatto con i pazienti. L'avvento della Pandemia da Sars-Covid-19, ha "obbligato" la popolazione mondiale ad adattarsi alle nuove tecnologie, generando una nuova riflessione sulle molteplici opportunità della "presenza distante" in psicoterapia. L'ambito della salute mentale, in misura maggiore rispetto ad altri settori si è trovato a fronteggiare un trauma collettivo, la Pandemia da Covid-19, finora poco studiata. Il disagio e la sofferenza esistenziale delle persone è cresciuto/a in maniera esponenziale, con nuove manifestazioni patologiche e diverse tipologie di richiesta d'aiuto. Le guerre, che esistono da sempre, seppur considerate eventi fortemente traumatici, non rappresentano un adeguato precedente utile alla comprensione di questo fenomeno di natura mondiale e globale.

Nel trauma, la sofferenza e la patologia si generano dall'impatto che l'evento stressante, improvviso o ripetuto, ha sull'organismo e dalla sua reazione, che può diventare persistente nel tempo determinando modificazioni strutturali. Sostanzialmente vi sono due forme di patologie legate al trauma: una acuta, che più spesso si esprime nel DPTS; l'altra è una patologia cronica di adattamento, consistente nella reazione all'evento attraverso lo sviluppo di organizzazioni difensive reattive, che limitano le possibilità esistenziali esperienziali del soggetto. Entrambe le tipologie patologiche possono essere trattate in psicoterapia.

Gli interventi incentrati sul trauma si avvalgono di terapie specifiche, rivolte a pazienti con disturbi di DPTS e sviluppo traumatico. Tuttavia si riscontra spesso una resistenza da parte dei terapeuti ad implementare metodi *trauma-oriented*, quasi sempre per mancanza di formazione e per atteggiamenti pregiudizievole nei confronti della forma blended (presenza alternata all'on line o via web).

In seguito alla recente pandemia, il termine psicoterapia 'a distanza' è in parte superato. La psicoterapia ha già in sé degli elementi che la rendono 'mista', blended e integrata: con lo stesso paziente si fanno interventi in presenza; in video quando hanno difficoltà a venire in studio; si risponde ai messaggi su whatsapp (anche a quelli che vanno oltre le richieste logistiche); a volte i pazienti inviano mail per far sapere qualcosa che gli sta accadendo; viene loro suggerito dal terapeuta del materiale (articoli, siti, portali, link) online da consultare rispetto alle difficoltà che li ha portato in psicoterapia.

I vantaggi dell'intervento blended in psicoterapia sono numerosi, è necessario tuttavia creare degli accordi tra paziente e terapeuta, per poter utilizzare al meglio le potenzialità del metodo. All'inizio del percorso bisogna definire nei dettagli il campo in cui tutto sarà implementato, i confini e l'area di 'gioco'.

## 2. La presenza distante in psicoterapia

In un'epoca in cui è usuale trasferirsi all'estero e viaggiare molto per lavoro, in cui le tecnologie sono sempre più avanzate, l'intervento a distanza può rappresentare una preziosa risorsa e molti studi da diversi anni ne sostengono l'efficacia [1]. Vari lavori internazionali rivelano infatti come le terapie mediate da Internet permettano di creare una buona alleanza terapeutica, evidenzino una correlazione tra quest'ultima e i risultati del trattamento online e sostengano l'efficacia degli interventi psicologici tramite web per una varietà di problemi e disturbi, con dei valori medi di efficacia riscontrati simili a quelli della terapia vis-à-vis [2;3;4;5].

La psicoterapia online è diventata negli ultimi tempi un'esperienza sempre più diffusa e condivisa, tanto che possiamo ad oggi considerarla una strada inseribile a pieno titolo nei modi riconosciuti di fare psicoterapia, offrendo un'alternativa efficace alla pratica 'standard' [2].

All'inizio era la 'terapia a distanza'. Quando si usano questi termini ci si riferisce a modalità e *setting* accomunati dal fatto che le persone coinvolte, lo psicologo o psicoterapeuta e il/i paziente/i, sono fisicamente distanti e la comunicazione è mediata da un dispositivo informatico. La comunicazione può avvenire in tempi differenti (asincrona), tramite lo scambio di messaggi (chat testuale) o e-mail, oppure simultaneamente (sincrona), come quando si ricorre alla video call o alla telefonata [4].

Secondo le ricerche effettuate dall'Osservatorio della Psicologia, nell'articolo 'Il Barometro della Psicologia On Line', si giunge a concludere che: "La psicologia online è una nuova forma di terapia comoda e flessibile, che avvicina il paziente al terapeuta e si può realizzare in qualsiasi momento" (www.GuidaPsicologi.it).

Nella tabella che segue sono elencate le forme principali di erogazione delle consulenze.

Tabella 1 - Modalità di consulenza

<p>Videoconsulenza - Videochat          Telefono          Voice Chat - VOIP (<i>Voice Over Internet Protocol</i>)          Chat testuale          E-mail          Videomail          Registrazioni vocali (audiomessaggi)  <b>Web based therapy</b>          Fax          Sms</p>
---

(Da, Iannazzo, Leoni, Ciuffo, 2022)

Fornari e Terranova [1] ritengono che la terapia online trovi sempre più senso e utilità nel mondo attuale e nel contesto storico che stiamo vivendo, costellato di trasferimenti frequenti, di espatri, di persone che continuamente si spostano per lavoro o studio. Sembra aver trovato ancor più riscontro alla luce della recente pandemia, risultando uno dei pochi mezzi per portare avanti percorsi già avviati o intraprenderne

di nuovi, nei periodi in cui molti Paesi hanno adottato il *lock-down* per contenere la diffusione del contagio da Sars-CoV-2. Risulta, a questo punto, molto utile anche nei periodi in cui non sono previste particolari restrizioni agli spostamenti.

La Psicoterapia Blended combina elementi della terapia a distanza e della terapia f2f (*face to face*) per offrire un approccio terapeutico più completo, efficace, flessibile e personalizzabile. Il termine “blended” si riferisce all’integrazione di diverse modalità terapeutiche in un unico approccio [6]. Per “blended therapy”, “blended care” o “blended counseling”, si intende l’integrazione di un approccio presenza-distanza, per delineare un percorso personalizzato per il cliente/paziente.

Un elemento comune è il cambiamento di criterio nella definizione del *setting* terapeutico, inteso come flessibile integrazione tra modalità in presenza e remota nell’intervento terapeutico. In un’altra accezione, la Blended Therapy è intesa come sinergia e compartecipazione di più soggetti a un percorso terapeutico ‘standardizzato’ e la parola “blended” è da tradursi come “misto”, “integrato” oltre che focalizzata all’integrazione online/in presenza. È il caso dell’esperienza di un gruppo di lavoro australiano (<https://www.blendedtherapy.com.au/about> o <https://www.facebook.com/blendedtherapy>) che si focalizza sull’uso di questo approccio con bambini (0-6 anni) da parte di un’equipe terapeutica. La Blended Therapy, in questo lavoro è intesa come approccio complesso rivolto ai piccoli pazienti nel loro ambiente di vita (domestico) e che combina più approcci terapeutici basati sull’evidenza. È quindi l’equipe che si reca dal paziente (il bambino). Questo approccio si fonda principalmente su due aspetti: la presenza del “keyworker” (operatore chiave) e la transdisciplinarietà. Vengono utilizzate sia sedute di terapia a distanza tramite piattaforme di videoconferenza, telefoni, chat, sia sedute in presenza nello studio del terapeuta. Questa combinazione consente di sfruttare i benefici offerti dalle varie modalità.

La terapia a distanza offre comodità e accessibilità, i clienti possono partecipare alle sedute da qualsiasi luogo geografico, senza doversi spostare, rivelandosi particolarmente vantaggiosa per coloro che vivono in aree remote o hanno difficoltà, di varia natura, a viaggiare e/o spostarsi. Inoltre, le sedute a distanza possono essere adattate agli impegni vari dei clienti, facilitando la conciliazione tra la terapia e le altre incombenze quotidiane. Nella Blended Therapy, le sedute a distanza vengono alternate a quelle in presenza nello studio del terapeuta, in modo da soddisfare l’esigenza di un’interazione f2f e di una connessione più personale poiché alcuni potrebbero sentirsi più a loro agio nel condividere le proprie emozioni ed esperienze in un ambiente fisico sicuro e confidenziale. Inoltre, la presenza fisica del terapeuta può offrire un maggior senso di sostegno e connessione emotiva.

L’approccio blended, include sia la comunicazione sincrona che quella asincrona tra le sedute, come scambi di messaggi, videocall, telefonate e compiti assegnati attraverso piattaforme online. Ciò consente una continuità nel processo terapeutico e la possibilità di lavorare su temi specifici al di fuori delle sedute f2f. La Psicoterapia Blended richiede che il cliente e il terapeuta abbiano accesso agli strumenti tecnologici necessari: *device* abbastanza recenti, un buon campo di ricezione telefonica, una connessione Internet affidabile. Inoltre, è importante stabilire accordi chiari e man-

tenere la riservatezza e la *privacy* di tutte le comunicazioni intercorse come anche assicurarsi che si disponga di una connessione Internet stabile e di un ambiente privato e sicuro per le sedute. Inoltre, è importante scegliere un terapeuta qualificato e affidabile anche per l'online, che rispetti le norme etiche e legali della professione. L'integrazione distanza-presenza del trattamento terapeutico ha dei grandi vantaggi come l'economicità in termini di costi e di tempo per il paziente e una maggiore flessibilità rispetto ad una terapia di routine. Negli interventi blended, quando si utilizza del materiale strutturato online, su cui il paziente deve lavorare, è importante sostenerne la motivazione, in quanto egli deve percepire di essere riuscito in autonomia a intraprendere e continuare il percorso, attivandosi sulle proposte online da elaborare. La Blended Therapy risulta efficace nei disturbi d'ansia, depressione, disturbo di accumulo, abuso di sostanze, fobia sociale, disturbo di panico, disturbi alimentari, trauma. Si dispone di evidenze scientifiche, attraverso la valutazione dell'efficacia, per molti disturbi [7;8;9;10]. Una revisione sistematica [11] della Terapia Blended focalizzata su depressione, ansia e abuso di sostanze, ha evidenziato la necessità di ulteriori ricerche per comprovarne i vantaggi specifici rispetto alla forma in presenza o esclusivamente online, e per trovare forme ottimali di integrazione tra queste modalità. Lo stesso invito è presente in un recente studio sulla forma blended nel trattamento della depressione [12].

Alcune ricerche dimostrano che la psicoterapia *blended* focalizzata sul trauma risulta più efficace di quella esclusivamente *online*. L'integrazione di presenza/distanza è concordata in modo flessibile tra paziente e terapeuta, con la prevalenza dell'una o dell'altra modalità, o in sequenza (*stepped care*). Un candidato ideale per questo tipo di approccio può essere la persona che non vuole uscire di casa, ha imbarazzo a recarsi nello studio del terapeuta, ha un carico orario di lavoro quotidiano alto, ha un impedimento fisico o di altra natura. Massoudi e collaboratori [13] sottolineano l'utilità di questo approccio per migliorare le proprie strategie di  *coping* e per un cambiamento positivo in termini di affettività e benessere generale. Wentzel [14] evidenzia come non esista una formula fissa di integrazione di un approccio in presenza e online, ma questa dev'essere negoziata tra paziente e terapeuta, in cui si combinano comunicazione, attività guidate ed esercizi che il paziente può svolgere autonomamente.

Terapeuta e paziente possono, ad esempio, concordare un percorso di terapia di accettazione e impegno (ACT) o un programma di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (MBSR) con l'obiettivo di ridurre l'impatto delle emozioni negative; quindi usare la comunicazione digitale per interagire e verificare in tempo reale quanto il paziente abbia risposto ad attività come riflessioni, meditazioni guidate o valutazioni da completare tra le sedute. Il terapeuta dispone, sulla piattaforma, di strumenti (ad esempio, il "Fit for blended care instrument") che gli consentono di creare una lista di controllo per valutare l'adeguatezza di un intervento, o progettare un intervento ottimale.

Si fa uso di diversi portali online con esercizi personalizzabili e il paziente e il terapeuta possono co-costruire un programma di trattamento, in libertà e flessibilità.

Di seguito alcuni strumenti che si utilizzano nella Blended Therapy, tra piattaforme, soluzioni software, app:

**Tab. 2 – Alcune piattaforme/software per la gestione della relazione di aiuto**

Nome	Descrizione	Lingua
TherapistAid	Libreria di risorse online	Inglese
Psychology Tools	Libreria di risorse online	Inglese
TheraNest	Negozi online con strumenti e risorse	Inglese
Quenza	Piattaforma di terapia e coaching online	Inglese e Italiano
Doxy.me	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Thera-link	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Simple practice	Software di pratica di management	Inglese
VSee	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Acuity	Strumento di pianificazione	Inglese e Italiano
InPlace	Piattaforma di psicoterapia pediatrica	Italiano
BeautyCheck	Piattaforma per psicoterapeuti e medici	Italiano

Questo approccio mantiene e potenzia gli stessi vantaggi della terapia in presenza [15]. Si riassumono alcuni vantaggi della blended therapy [8] per il paziente:

- economicità
- accessibilità a molti contenuti
- assunzione di un ruolo più attivo nel processo
- possibilità di agganciare pazienti con ansia sociale o agorafobia.

... e anche per il terapeuta:

- avere un maggior impegno da parte del paziente
- disporre di più strumenti di lavoro
- possibilità di dare supporto costante al paziente [16;17]
- possibilità di fare *assessment* continui che servono anche da fattore motivazionale all'inizio del trattamento e mantengono agganciato il paziente nel tempo
- l'autoapprendimento online diventa punto focale per la discussione in presenza
- possibilità di personalizzare ad hoc la combinazione online-in presenza

Non sempre, tuttavia, questo approccio è indicato [14], perché:

- a volte si usano materiali digitali inappropriati per il paziente, o poco compatibili con l'approccio f2f
- ha poco senso in situazioni di emergenza dove il paziente necessita di incontrare un terapeuta
- i pazienti a volte rispondono con discontinuità alle proposte online
- alcune persone non concordano sulla proposta di un intervento misto.

### 3. La costruzione del *setting* online

Il *setting* di un incontro di psicoterapia in videochiamata presenta delle particolarità, che lo differenziano dal più tradizionale *setting* in presenza nello studio del professionista.

In primo luogo, quando il percorso di terapia avviene online fin dall'inizio, l'atto di presentazione tra le due persone non si svolgerà nella modalità canonica, di corpi che si avvicinano, mani che si stringono, sguardi reciproci su come ci si presenta (dalla struttura corporea al modo di vestire) e di come usa il corpo nel primo incontro (elemento che rappresenta un pezzo della comunicazione non verbale). La conoscenza tra i due attori non avviene all'ingresso o in sala d'aspetto, dove il terapeuta accoglie il cliente e lo invita a seguirlo nel suo studio, bensì avviene direttamente nella "stanza" della terapia, nella quale i due "entrano" al momento della risposta alla videochiamata. Per favorire e gestire questo momento di prima accoglienza, è preferibile che sia il terapeuta ad 'aprire' la stanza virtuale, così come quando fisicamente apre la porta e fa accomodare il paziente.

Secondo Fornari e Terranova [1] ci sono degli aspetti importanti del *setting* online che vanno specificati, da parte del terapeuta, già al momento della definizione del primo appuntamento, oppure alle prime battute dell'incontro iniziale. Durante le comunicazioni preliminari è importante accordarsi sulla piattaforma di videochiamata da utilizzare; può rivelarsi utile, con alcune persone, specificare meglio il problema della riservatezza, esplicitando che anche il paziente dovrà trovarsi solo nella stanza da cui si collegherà. Alcuni pazienti potrebbero scegliere quale piattaforma di videochiamata usare, o non ritengono un problema effettuare le sedute anche se un convivente dovesse entrare nella stanza. Questo ci fornisce importanti elementi per iniziare a formulare alcune ipotesi cliniche sul funzionamento del cliente, da mettere poi a verifica nella relazione. Alcuni aspetti importanti del *setting* vanno tutelati fin dall'inizio e il terapeuta si deve far carico di ciò, in particolare:

- 1) la scelta di una piattaforma che garantisca qualità audio/video e sicurezza in termini di privacy. Anche se alcuni pazienti gradirebbero usare app che maneggiano più facilmente o che ritengono più "agevoli", è preferibile una videochiamata attraverso il PC, piuttosto che lo smartphone.
- 2) l'essenzialità della riservatezza.

### 4. La costruzione del *setting* integrato attraverso messaggi (scritti e vocali) ed email in psicoterapia: uso terapeutico

La continuità terapeutica tra una seduta e l'altra viene perseguita attraverso l'uso di strumenti come il diario clinico, sia nella versione cartacea che in quella digitale e/o grazie allo scambio di e-mail, messaggi (scritti o vocali) con il terapeuta, e visualizzazione di materiale in rete. Lo scambio dei messaggi consente di potenziare gli interventi psicoterapeutici svolti in seduta e di consolidare l'alleanza relazionale. La risposta ai messaggi da parte del terapeuta rappresenta per il paziente una forma di accoglienza e di interesse. Una "non risposta" ai messaggi può essere percepita dal

paziente come espressione di distanza che avrà necessità di essere affrontata durante la seduta successiva. I messaggi che vengono inviati hanno il più delle volte un contenuto emotivo.

Questi aspetti, andrebbero il più possibile contrattualizzati con il paziente all'inizio e non lasciati al caso (ad esempio, quanti messaggi, scritti o vocali, o quante mail può inviare la persona a settimana, quanto lunghe; in che modo risponderà il terapeuta; se questo avrà un costo o meno).

Negli anni, la comunicazione tramite messaggi si è strutturata dando vita ad un codice dei messaggi, caratterizzato da sinteticità, abbreviazioni, sigle, punteggiatura assente o comunque ridotta all'essenziale, ed infine gli *emoticon* che permettono di dare una connotazione di significato affettivo al contenuto del messaggio stesso. L'introduzione di servizi multiplatforma di messaggistica istantanea come whatsapp o simili ha determinato ulteriori evoluzioni nello scambio dei messaggi che da scritti con o senza emoticon/immagini, si sono evoluti in messaggi vocali. L'invio di emoticon o di immagini prese dal web, o fotografie di momenti della vita personale dei pazienti, inviati via messaggi sono indicatori di un coinvolgimento emotivo importante. Nei messaggi "vocali" la connotazione emotiva è resa ancora più evidente sia per il terapeuta che per il paziente, grazie al tono della voce, al ritmo e al volume, grazie alle pause e non ultimo alla lunghezza del messaggio vocale stesso.

I messaggi e le e-mail non sostituiscono le sedute di psicoterapia, ma le arricchiscono e spesso ne velocizzano l'iter processuale dinamico-relazionale e affettivo-relazionale [18]. Spesso seguono il modello delle sedute psicoterapeutiche: al messaggio del paziente segue la risposta del terapeuta, che accogliendo il contenuto di quanto espresso dal cliente, fornisce elementi di elaborazione ulteriore, che consentono allo stesso, di proseguire nell'elaborazione del momento di impasse che lo ha portato a contattare il terapeuta. Nei messaggi vengono presi in considerazione anche gli elementi della relazione terapeutica in essi contenuti, utili a far emergere il transfert nei confronti del terapeuta stesso. È importante che terapeuta e cliente condividano che questi strumenti, i messaggi e le e-mail, fanno parte del processo terapeutico e non sono semplicemente uno scambio comunicativo o di sostegno fine a sé stesso.

È utile inserire nella definizione del contratto terapeutico sia le informazioni relative alla cadenza degli appuntamenti, ai pagamenti e orari, e anche le modalità in cui queste informazioni vengono comunicate da parte del paziente e alle modalità di risposta del terapeuta, sia rispetto alla loro lunghezza. In una ricerca sugli scambi dei messaggi in psicoterapia [19] sono emersi dati relativi a: *numero dei messaggi e sesso degli inviati* (il maggior numero dei messaggi è stato inviato da clienti donne); *contenuto dei messaggi* (il maggior numero di messaggi era collegato ad interventi terapeutici svolti in seduta e alla loro elaborazione); *diagnosi* (disturbi nevrotici); *urgenze* (sms urgenti); *orari* (sms inviati dopo le 20 e prima delle 9); *giorni festivi e prefestivi*.

Manfrida [20] sottolinea le informazioni utili rispetto "alla lettura diagnostica degli sms: che cosa deve guardare il terapeuta nel messaggio" (pag.63), a sostegno della definizione di Watzlawick [21] che "tutto è comunicazione", nei messaggi le informazioni importanti per il terapeuta sono infatti desumibili dalla presenza/assenza

degli emoticon, della punteggiatura e dal suo utilizzo, come dalla presenza di errori ortografici, dalla ripetizione di parole, dalla lunghezza del messaggio (eccessivamente lungo o eccessivamente breve).

In queste forme di comunicazione non viene compromessa la premessa fondamentale della relazione di aiuto, ovvero il bisogno di essere ascoltato e compreso e la disponibilità ad accogliere e rispondere. Anche lo scambio attraverso sms configura una relazione significativa che consente di chiedere e offrire aiuto, sia pure in forme, con modalità e limiti diversi rispetto al classico incontro di persona.” [20, pag.36].

## 5. Trattamenti blended del trauma: alcuni esempi ‘allargati’

La psicoterapia a distanza risulta essere efficace nel il trattamento del trauma nelle sue varie dimensioni, depressione, ansia, disregolazione emotiva, difficoltà interpersonali, di concentrazione, di adattamento, per via dell’opprimente coacervo di emozioni, sensazioni, pensieri, ricordi associati ad esso.

L’efficacia della terapia integrata col PTSD, ha avuto riscontro anche in ricerche recenti [22;23;24;25;26] che ne evidenziano l’economicità, la promozione del senso di autonomia e la riduzione di barriere psicologiche.

Un contributo importante viene dallo studio delle ricercatrici coreane Kim e Lee [22] con studentesse universitarie affette da PTSD e sottoposte a un trattamento *online* che integra un approccio olistico e cognitivo comportamentale. Lo stesso nello studio a cura di Knaevelsrud e colleghi [23], un intervento via internet con pazienti arabi portatori di sintomi di PTSD per traumi da esposizione ai conflitti in Medio Oriente. Lo studio di Kim e Lee [22], mette in luce come le donne sentano più degli uomini il vissuto della vergogna e lo stigma per i traumi subiti, soprattutto se di natura interpersonale e sessuale. La forma online della terapia si rivela molto adatta anche [27;23] a contesti instabili e insicuri di esposizione a violazioni dei diritti umani (guerre e dittature).

Di seguito verranno riassunte alcune sperimentazioni degli ultimi anni nel trattamento di PTSD, depressione, ansia, insonnia ecc., legate a situazioni traumatiche indotte per esempio da guerra o calamità naturali. Si distinguono interventi post-emergenza e pratica di routine. Gli obiettivi vanno dalla promozione della resilienza allo sviluppo di capacità di *coping*, alla regolazione emotiva e comportamentale, e sono fattori importanti sia una buona alleanza terapeutica che la personalizzazione dell’intervento.

### 5.1 Un programma di scrittura online strutturata

L’OSWT (*Online Structured Writing Therapy*) prevede l’uso strutturato della scrittura con PTSD e lutto complicato. Ruwaard e Lange [28;29], hanno descritto questo metodo in uno studio in Olanda e Germania su studenti con PTSD, adulti in fase di lutto complicato, adolescenti vittime di abusi sessuali, adulti di una comunità araba vittime di terrorismo, donne che hanno subito una perdita perinatale. Il percorso integra esposizione, ristrutturazione cognitiva e rafforzamento del supporto sociale nella terapia focalizzata sul trauma.

Svolto in cinque settimane, questo trattamento si traduceva in un mix di *homework* e sedute in presenza, nell'arco di tre fasi così suddivise:

❑ Fase 1 (esposizione immaginativa). Il paziente scrive narrazioni dettagliate, in prima persona e al tempo presente dell'evento traumatico, liberamente, senza preoccuparsi della cronologia, dello stile, della grammatica, dell'ortografia, della ripetizione o di un linguaggio appropriato.

❑ Fase 2 (rivalutazione cognitiva). Egli compone una lettera di incoraggiamento a un amico immaginario.

❑ Fase 3 (chiusura o condivisione sociale). Scrive un resoconto coerente dell'evento, riflettendo su quanto vi ha appreso e su come prevenire le ricadute, destinandolo a una persona. Importante l'atto simbolico di spedizione, che aiuta a distanziarsi dall'episodio, a rafforzarsi sul piano emotivo e dell'autostima.

Criteri di efficacia come l'alleanza terapeutica, la percezione di un senso di chiarezza, il grado di accettazione, l'aspettativa di cambiamento, l'aumento del senso di padronanza nel relazionarsi ai propri vissuti e l'autostima, sono obiettivi dell'OSWT, dove si susseguono parti di psicoeducazione, istruzioni per la scrittura, modelli di *feedback* standardizzati come ad esempio "sostegno terapeutico" e "riformulazione esplicita". Non si utilizza, in questo studio, la parola *blended*, ma si evidenzia come la guida del terapeuta assicuri un'implementazione dei criteri menzionati, testimoniando quanto il paziente effettivamente contatti gli aspetti più dolorosi. Il professionista è testimone dell'evento rievocato, offre al paziente *feedback* sul suo senso di speranza, sulla sua autostima, sulla sua resilienza, sulla capacità di porsi in alleanza e di accettare i fallimenti. Il terapeuta può soprattutto adattare alla motivazione del paziente istruzioni e testi psicoeducativi.

### 5.2 La piattaforma "RESILIENT"

Un gruppo di ricerca canadese [30;31] ha riassunto gli esiti di una sperimentazione della piattaforma "RESILIENT" coinvolgendo psicologi tirocinanti con pazienti traumatizzati dall'incendio di Fort McMurray in Alberta del 1° maggio 2016. L'intento di promuovere la resilienza ha originato un percorso su dodici moduli *online* che alternava sedute in autonomia e incontri con un terapeuta tirocinante. Obiettivi specifici erano ridurre sintomi di PTSD, depressione e insonnia. Belleville e collaboratori [32;33] hanno discusso sull'efficacia di "RESILIENT" in chi avesse seguito almeno metà percorso, la cui efficacia sui sintomi è stata testata tramite la *checklist* PCL-5 (*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*), per il PTSD [34], la PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire - Depression Subscale*) per la depressione [35], e l'ISI (*Insomnia Severity Index*) per l'insonnia [36]. I tirocinanti nel *focus group* hanno identificato come prioritarie l'alleanza, l'empatia coi pazienti e la comunicazione efficace di emozioni nonostante la difficoltà a cogliere segnali non verbali. Inoltre hanno convenuto che questo trattamento si adattava meno a situazioni di stress eccessivo e di discrepanza tra aspettative e contenuto. Le sedute prevedevano moduli di psicoeducazione, oltre a consegne come l'esposizione guidata a ricordi traumatici,

strategie di gestione del sonno, respirazione, attivazione di comportamenti funzionali al benessere, ristrutturazione cognitiva.

In sede di *focus group* i partecipanti riflettevano sulla modalità più adeguata di interazione: la sola videochiamata era, secondo alcuni, uno strumento poco sufficiente; raggiungere fisicamente i pazienti sembrava un gesto poco opportuno, intrusivo, e in parte molesto. In assenza dei segnali non verbali, una semplice telefonata era da alcuni ritenuta il mezzo migliore per riconoscere e trasmettere emozioni, instaurare empatia, comprendere le prospettive dell'interlocutore. Per altri restava la videochiamata il mezzo più utile, non solo per riconoscere le espressioni facciali, ma anche per focalizzarsi sugli argomenti e non deviare su altri. Grondin e collaboratori [37;38] hanno suggerito tecniche come l'amplificazione dei comportamenti non verbali e il chiarimento verbale dello stato affettivo del paziente, in aggiunta ad accorgimenti logistici dei dispositivi. Restano condivisi i vantaggi trasversali della modalità *blended* come l'accessibilità, l'economicità, la possibilità di ottenere alta adesione al trattamento e di personalizzarlo [30;31;11;39;14] anche se restano perplessità e resistenze sul formato *online*. Oltre a problemi di privacy, il percorso non era indicato per disturbi di personalità, forte instabilità emotiva, impulsività e precedenti tentativi di suicidio. Anche le aspettative dei pazienti sull'impegno richiesto erano basse: molti non si sarebbero aspettati un forte investimento emotivo, per un periodo così prolungato di trattamento. Risultava importante per il paziente interfacciarsi col terapeuta tra una seduta e l'altra, il quale adattava il percorso alle sue esigenze, con indicazioni su quali esercizi svolgere e per quanto tempo. La discrepanza tra aspettative e consegne è stata compensata da una strutturazione flessibile co-costruita dal paziente e dal terapeuta tra un incontro e l'altro: distinguendo i sintomi per gravità e ordinando le attività nel modo desiderato dal paziente.

In sintesi, il coinvolgimento dipendeva da tre fattori: l'adeguatezza dei contenuti al profilo dei destinatari, la gravità dei sintomi/stress e la corrispondenza tra aspettative e impegno. Queste considerazioni trovano riscontro in uno studio a cura di Lebel e collaboratori [40] circa l'efficacia di un trattamento *online* per promuovere la resilienza dopo un evento catastrofico, di fronte alle tre aree sintomatiche considerate: PTSD, depressione e insonnia.

Un ulteriore sviluppo di questa sperimentazione [41] ha provato a testare la qualità del supporto emotivo con gli sfollati nel medio-lungo periodo, stimolando così una riflessione sulla necessità di adattare già dall'inizio il trattamento in questa direzione. I risultati hanno mostrato che il completamento del trattamento è legato a un miglioramento del supporto emotivo, senza attendere la conclusione del trattamento.

### 5.3 Piattaforma “webSTAIR”

L'uso di “webSTAIR” con veterani di guerra appartenenti alle aree rurali degli USA è stato oggetto di uno studio semisperimentale a cura di Cloitre e collaboratori [42]. Il contesto è della terapia di routine, seguendo in forma blended su dieci moduli il trattamento STAIR (*Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation*) per la

regolazione affettiva e interpersonale.

Molti sono i riferimenti bibliografici degli ultimi sei-sette anni sui trattamenti blended che danno supporto teorico all'uso di "webSTAIR". Questi illustrano l'efficacia in particolare sui sintomi di depressione e PTSD con soggetti traumatizzati, traducendosi in un percorso flessibile e personalizzabile [43;44;11;45;46;47].

I destinatari dell'intervento erano adulti con sintomi di PTSD, depressione, disregolazione emotiva, problemi interpersonali e basso funzionamento sociale. Il campione era costituito prevalentemente da donne di aree rurali. L'eterogeneità dei campioni usati nelle sperimentazioni con veterani ha costituito un limite dei disegni di ricerca, per cui sono state necessarie ulteriori ricerche [47]. È stato implementato un disegno di "non inferiorità", per dimostrare come dimezzare la presenza di un terapeuta nelle sedute non diminuisce l'efficacia dell'intervento così composto: si è confrontata la forma "webSTAR" a dieci appuntamenti (uno per settimana) insieme al terapeuta ("Coach10"), con una forma a cinque appuntamenti ("Coach5"). I veterani sono stati equamente suddivisi tra le due modalità. Si è tenuto conto dei loro resoconti prima, a metà e dopo il trattamento e in un follow-up di 3 mesi, riscontrando in entrambi i casi una riduzione significativa nei sintomi e alta alleanza terapeutica. I primi cinque moduli vertevano sulla consapevolezza, sulla gestione delle emozioni e tolleranza del disagio, mentre i restanti si orientavano alla consapevolezza relazionale e fornivano strumenti di assertività, di flessibilità e di esercizio di compassione per sé e gli altri. Entrambe le sequenze includevano consegne scritte e audiovisive di psicoeducazione, nonché esercizi interattivi e fogli di lavoro per aiutare il paziente nell'apprendimento e nella pratica.

I terapeuti descrivevano ai pazienti concetti chiave, rafforzavano il loro impegno ed entusiasmo, li sostenevano nel completamento settimanale dei moduli e li aiutavano a focalizzare gli esercizi sulle proprie preoccupazioni e esperienze. L'alleanza è stata valutata con il *Working Alliance Inventory* (WAI) [48], i tassi di completamento misurando il tempo di connessione, e la riduzione dei sintomi con una serie di strumenti pertinenti ai quadri clinici.

Come per lo studio della piattaforma "RESILIENT" in Canada, anche per la webSTAIR si preferiva escludere quadri altamente problematici come persone con ideazione suicidaria o omicida, psicosi, mania, deterioramento cognitivo, incapacità di partecipare ad appuntamenti regolari *online*, uso di alcool o sostanze, episodi di violenza in corso, ma anche situazioni di mancanza di un luogo privato in cui connettersi, o un trattamento concomitante per il PTSD. L'efficacia di una forma blended con quadri medio-gravi contrasta con l'opinione comune che vede le terapie basate sulla tecnologia più appropriate per quadri di gravità lieve-moderata.

Quando i pazienti si sentono importanti, protagonisti autonomi e indipendenti l'abbandono è inferiore del 25%. La riduzione del tempo trascorso insieme al terapeuta inficia poco i buoni risultati sia sulla qualità della relazione, che sui sintomi. La necessità di un supporto aggiuntivo si è avuta solo in limitate situazioni di crisi.

#### 5.4 Agire sui significati e valutazioni personali del trauma

Il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) del Regno Unito, tramite il gruppo di ricerca di A. Ehlers e collaboratori [49] ha promosso a Thames Valley, Londra e Sussex, uno studio sperimentale su una nuova terapia cognitiva *online* per il PTSD (ICT-PTSD).

È stata supportata l'applicabilità a quadri di alta dissociazione o sintomi complessi, modificando i ricordi negativi, riducendo il *coping* disfunzionale e l'insorgenza dei *flashback*. Il lavoro sui ricordi, sui significati e sui fattori scatenanti aveva benefici aggiuntivi che spiegano nel complesso il miglioramento dei tassi di recupero.

Questo trattamento prevedeva moduli con il supporto del terapeuta, scambi di messaggi con un programma specifico, o via *sms* o con brevi telefonate nelle prime 12 settimane (fase di trattamento settimanale), seguite da telefonate mensili nei successivi 3 mesi (fase di richiamo). In piattaforma si poteva visualizzare la percentuale di completamento del paziente.

La sperimentazione si è avvalsa di strumenti di valutazione per quel che riguarda la percezione della credibilità del trattamento, l'alleanza, la *compliance*, usando questionari *self-report*, misurazioni del tempo di interazione, percentuale di completamento. Ulteriori strumenti servivano a fare una valutazione primaria e secondaria dei sintomi del PTSD.

A ispirare questo metodo è stato il modello PTSD di Ehlers e Clark [50] focalizzato sul cambiamento di valutazioni del trauma a distanza di tempo, sui ricordi, sulle conseguenze, sull'identificazione e discriminazione delle cause di ricidiva dei sintomi; e anche sui comportamenti che ne rinforzano la perpetuazione e sulle valutazioni dei pazienti.

La possibilità di instaurare una buona alleanza era legata alla disponibilità del terapeuta a fornire assistenza *online*. L'ICT-PTSD richiedeva, rispetto a una modalità in presenza, meno della metà della presenza del terapeuta, con risparmio notevole sui costi. In questa sperimentazione, il tasso di abbandono è stato inferiore del 10%. Questo suggerisce che le consegne a distanza non aumentano la probabilità di deterioramento dei sintomi, soprattutto con quadri gravi. Anzi si sono avuti benefici aggiuntivi con quadri di elevata dissociazione e sintomi complessi.

Sono stati corroborati gli effetti specifici del lavoro sui ricordi, sui *trigger* e sui significati: i miglioramenti, anche piccoli, nella qualità della vita non devono indurre a trascurare un lavoro dettagliato sui ricordi e sul cambiamento dei processi cognitivi messi in moto.

Tabella 3 - Sintesi degli interventi illustrati

Anno e nazione	Autori dello studio	Programma utilizzato	Destinatari	Sintomi trattati
2016 Olanda	J. Ruwaard e A. Lange	Programma online di scrittura OSWT	Minori e adulti traumatizzati. Donne con perdita perinatale, adulti arabi vittime di terrorismo	PTSD e lutto complicato
2022 Canada	V. Békés, G. Belleville, e collaboratori	Piattaforma RESILIENT	Sopravvissuti a incendi in Canada. Feedback di tirocinanti psicologi sull'esito del trattamento	PTSD, depressione maggiore, e insonnia.
2022 Stati Uniti	M. Cloitre e collaboratori	Piattaforma webSTAIR	Donne veterane in aree rurali degli USA Pratica di routine	PTSD, depressione, disregolazione emotiva, difficoltà interpersonali, basso livello di funzionamento sociale.
2022 UK	A. Ehlers e collaboratori	Considerazioni sul Metodo ICT-PTSD	Adulti in diverse aree urbane e rurali dell'Inghilterra. Pratica di routine	PTSD

## 6. Conclusioni

Possiamo trarre alcune conclusioni sull'evoluzione di una psicoterapia blended applicata al trauma. Innanzitutto, affinché questa possa ritenersi efficace nel medio-lungo periodo si deve lavorare sulla memoria, sui significati attribuiti ai ricordi e su come il paziente si rapporta ai medesimi; inoltre non si può prescindere da un approccio che migliori e amplifichi il repertorio di strategie di *coping*, anche su quadri di dissociazione.

Mentre è importante che il paziente lavori in totale autonomia in alcuni esercizi nei moduli online, vanno invece previsti momenti di monitoraggio e di verifica e chiarimento insieme al terapeuta per la rielaborazione dell'impegno e per la capacità di assumere comportamenti funzionali al proprio equilibrio, questi momenti alternati alle sedute 'in autonomia'. Gli intervalli possono essere variabili perché è importante far leva sul senso di autonomia, sull'essere protagonisti attivi del percorso terapeutico. Questo può essere personalizzato, negoziando col paziente consegne, obiettivi e contenuti su cui focalizzarsi.

Le posizioni su quale sia il modo più opportuno per dialogare coi pazienti sono varie: chi è in favore della videochiamata; chi della semplice telefonata; chi dei messaggi scritti/mail. Inviarsi messaggi e testi in piattaforma è garanzia di maggiore tutela della *privacy*. La Psicoterapia Blended preserva una buona alleanza terapeutica, non si riduce rispetto a una modalità di interazione in presenza. Un mezzo potente che

facilita l'autonomia del paziente è l'uso di programmi di scrittura strutturata, anche in continuità con le terapie espressive di Van der Kolk [51] applicate al trauma, a dimostrazione di come un lavoro di tipo creativo-espressivo, se opportunamente calibrato alle esigenze del paziente, sia possibile in forma blended.

Un obiettivo importante è la riduzione dei sintomi dei quadri clinici annessi all'esposizione al trauma: PTSD e depressione sono i principali, che comportano disregolazione emotiva, difficoltà relazionali, utilizzo di *coping* disfunzionale, insonnia, disagio significativo nella qualità della vita.

La gravità dei quadri su cui si può intervenire oscilla tra l'esclusione di situazioni particolarmente complesse e la loro inclusione; l'intento è quello di sfatare il mito che la psicoterapia blended sia applicabile solo a situazioni di medio-bassa gravità, e che sia molto più difficile, rispetto alla terapia in presenza, instaurare alleanza, raggiungere l'efficacia nel lungo periodo o effettuare un intervento focalizzato. A minare l'efficacia paiono essere piuttosto condizioni come stress elevato, aspettative incongrue rispetto al percorso da intraprendere, la mancanza di un luogo e di buoni dispositivi per connettersi *online*.

La supervisione di chi utilizza la modalità blended con il trauma, pone il *focus* sulla capacità di sintonizzazione e di comprensione empatica; sulle abilità comunicative con le tecnologie utilizzate; sulla capacità di rapportarsi con i vissuti che risuonano dall'essere testimoni dei ricordi e delle sensazioni esperite dai pazienti, negoziando con loro un percorso su misura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fornari S., & Terranova, C. (2020). La psicoterapia on line in videochiamata. *Rivista Costruttivismi*, 7, 3-21.
2. Amichai-Hamburger, Y., Brunstein-Klomek A., Friedman D., Zuckerman O., & Shani-Sherman T. (2014). The future of online therapy. *Computer in Human Behavior*, 41, 288-294.
3. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160.
4. Mancuso, F. (2019). La terapia online: Innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo Clinico*, 16, 193-207.
5. Venturo-Conerly, K. E., Fitzpatrick, O. M., Horn, R. L., Ugueto, A. M., Weisz, J. R. (2022). Effectiveness of youth psychotherapy delivered remotely: A meta-analysis. *American Psychologist*, 77(1). doi: 10.1037/amp0000816
6. Iannazzo, A., Leoni, F., & Ciuffo, P. (2022). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Carocci, Roma.
7. Carroll, M. K., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., & Rounsaville, B.,J. (2009). Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: A 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug Alcohol Depend*, 100(1-2):178-81. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.09.015
8. Fitzpatrick, M., Nedeljkovic, M., Abbott, J-A., Kyrios, M., & Moulding, R. (2018). Blended" therapy: The development and pilot evaluation of an internet-facilitated cognitive behavioral intervention to supplement face-to-face therapy for hoarding disorder. *Internet Interventions*, 12, 16 -25.

doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.006

9. Månsson, K. N. T., Skagius Ruiz, E., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and initial evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: A proof of concept study. *Journal of Medicine Internet Resources*, *15*(12): e280. Published online 2013 Dec 10. doi: 10.2196/jmir.3031

10. Olmstead, T. A., Ostrow, C. D., & Carroll, K. M. (2010). Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapy as an adjunct to standard care for addiction. *Drug Alcohol Depend*, *110*(3):200-7.

doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.022

11. Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* *19*(9).

doi: 10.2196/jmir.6588. PMID: 28916506; PMCID: PMC5622288

12. Racing, S. P. A., Stikkelbroek, Y. A. J., den Hollander, W., Riper, H., Deković, M., Nauta, M. H., Creemers, D. H. M., Immink, M. C. P., Spuij, M., & Bodden, D. H. M. (2021). Pragmatic Quasi-Experimental Controlled Trial Evaluating the Outcomes of Blended CBT Compared to Face-to-Face CBT and Treatment as Usual for Adolescents with Depressive Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6):3102.

doi.org/10.3390/ijerph18063102

13. Massoudi, B., Blanker, M. H., Valen van, E., Wouters, H., Bockting, C. L. H., & Burger, H. (2017). Blended care vs. usual care in the treatment of depressive symptoms and disorders in general practice [BLENDING]: Study protocol of a non-inferiority randomized trial. *BMC Psychiatry*, *13*;17(1):218. doi: 10.1186/s12888-017-1376-1

14. Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR mental health*, *3*(1), e4534.

15. Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(4), 246-256.

16. Romijn, G., Riper, H., Kok, R., Donker, T., Goorden, M., van Roijen, L. H., ... & Koning, J. (2015). Cost-effectiveness of blended vs. face-to-face cognitive behavioural therapy for severe anxiety disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-10. doi: 10.1186/s12888-015-0697-1.

17. Romijn, G., Batelaan, N., Koning, J., Van Balkom, A., De Leeuw, A., Benning, F., ... & Riper, H. (2021). Acceptability, effectiveness and cost-effectiveness of blended cognitive-behavioural therapy (bCBT) versus face-to-face CBT (ftfCBT) for anxiety disorders in specialised mental health care: A 15-week randomised controlled trial with 1-year follow-up. *PLoS One*, *16*(11), e0259493. doi:10.1371/journal.pone.0259493.

18. Schlicker, S., Ebert, D. D., Middendorf, T., Titzler, I., & Berking, M. (2018). Evaluation of a text-message-based maintenance intervention for Major Depressive Disorder after inpatient cognitive behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 305-312.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.047>

19. Eisenberg, E., & Manfrida, G. (2007). Scripta... volant: uso e utilità dei messaggi sms in psicoterapia. *Scripta... volant*, 1000-1024.

20. Manfrida, G. (2009). *Gli sms in psicoterapia*. Antigone Edizioni, Torino.

21. Watzlavick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

22. Kim, S., & Lee, K. (2023). Development and evaluation of an online mental health program for traumatized female college students: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, *43*, 118-126. doi.org/10.1016/j.apnu.2023.01.003

23. Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J., & Wagner, B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial.

*Journal of medical Internet research*, 17(3), e3582. doi :<https://www.jmir.org/2015/3/e71>

24. Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

doi: [www.10.1002/14651858.CD011710.pub2](http://www.10.1002/14651858.CD011710.pub2).

25. Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 1-10.

<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04772-7>

26. Zalta, A. K., Tirone, V., Siedjak, J., Boley, R. A., Vechiu, C., Pollack, M. H., & Hobfoll, S. E. (2016). A pilot study of tailored cognitive-behavioral resilience training for trauma survivors with subthreshold distress. *Journal of traumatic stress*, 29(3), 268-272.

27. Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients?. *Journal of medical internet research*, 8(4), e31.

<https://www.jmir.org/2006/4/e31>

28. Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PloS one*, 7(7), e40089.

doi.org/10.1371/journal.pone.0040089

29. Ruwaard, J., & Lange, A. (2016). Online structured writing therapy for post-traumatic stress disorder and complicated grief. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 121-141.

doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5\_7, consultabile anche alla pagina

[https://www.researchgate.net/publication/299506204\\_Online\\_Structured\\_Writing\\_Therapy\\_for\\_Post-traumatic\\_Stress\\_Disorder\\_and\\_Complicated\\_Grief](https://www.researchgate.net/publication/299506204_Online_Structured_Writing_Therapy_for_Post-traumatic_Stress_Disorder_and_Complicated_Grief).

30. Békés, V., Grondin, F., & Bouchard, S. (2020). Barriers and facilitators to the integration of web-based interventions into routine care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2).

doi.org/10.1111/cpsp.12335

31. Békés, V., Belleville, G., Lebel, J., Ouellet, M. C., Chen, Z., Morin, C. M., ... & MacMaster, F. P. (2022). Trainee Therapists' Perceptions of a Blended Intervention to Promote Resilience after a Natural Disaster: A Qualitative Case Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(15), 4361.

doi.org/10.3390/jcm11154361 parzialmente consultabile alle pagine

<https://www.mdpi.com/journal/jcm>. Rimando anche alla sezione "Special Issue Clinical Applications of Cyberpsychology and Virtual Reality for Mental Disorders" al link

[https://www.mdpi.com/journal/jcm/special\\_issues/cyberpsychology](https://www.mdpi.com/journal/jcm/special_issues/cyberpsychology).

32. Belleville, G., Ouellet, M. C., Békés, V., Lebel, J., Morin, C. M., Bouchard, S., ... & Macmaster, F. P. (2023). Efficacy of a therapist-assisted self-help internet-based intervention targeting PTSD, depression, and insomnia symptoms after a disaster: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 54(2), 230-246.

doi.org/10.1016/j.beth.2022.08.004

33. Belleville, G., Ouellet, M. C., Békés, V., Lebel, J., Morin, C. M., Bouchard, S., ... & Macmaster, F. P. (2023). Efficacy of a therapist-assisted self-help internet-based intervention targeting PTSD, depression, and insomnia symptoms after a disaster: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 54(2), 230-246. doi.org/10.1016/j.beth.2022.08.004

34. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). *Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov*, 10(4), 206. Versione aggiornata illustrata al link del National Center for PTSD:

[https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5\\_Standard\\_form.PDF](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.PDF).

35. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192080>.

36. Morin, C. M. (1993). *Insomnia, psychological assessment and management*. Guilford Press, New York.

37. Grondin, F., Lomanowska, A. M., & Jackson, P. L. (2019). Empathy in computer-mediated interactions: A conceptual framework for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), e12298.

doi.org/10.1111/cpsp.12298

38. Grondin, F., Lomanowska, A. M., Békés, V., & Jackson, P. L. (2021). A methodology to improve eye contact in telepsychotherapy via videoconferencing with considerations for psychological distance. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 586-599.

doi.org/10.1080/09515070.2020.1781596

39. Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 271-286.

doi.org/10.1080/03069880902957007

40. Lebel, J., Flores-Tremblay, T., Binet, É., Ouellet, M. C., & Belleville, G. (2021). Données d'utilisation d'un autotraitement guidé en ligne pour promouvoir la résilience après une catastrophe naturelle. *Santé mentale au Québec*, 46(1), 203-227.

doi.org/10.7202/1081516ar

41. Frenette, É., Ouellet, M. C., Guay, S., Lebel, J., Békés, V., & Belleville, G. (2023). The effect of an Internet-based cognitive behavioral therapy intervention on social support in disaster evacuees. *Journal of Clinical Psychology*, 79, 1713-1725. doi.org/10.1002/jclp.23497

42. Cloitre, M., Amspoker, A. B., Fletcher, T. L., Hogan, J. B., Jackson, C., Jacobs, A., ... & Lindsay, J. (2022). Comparing the ratio of therapist support to internet sessions in a blended therapy delivered to trauma-exposed veterans: Quasi-experimental comparison study. *JMIR mental health*, 9(4), e33080.

Sintesi al link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35475777/>. Articolo intero

consultabile al link: <https://mental.jmir.org/2022/4/e33080/> o

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9096630/>

43. Amarti, K., Schulte, M. H., Kleiboer, A., Van Genugten, C. R., Oudega, M., Sonnenberg, C., ... & Riper, H. (2022). Feasibility of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older Adults With the Moodbuster Platform: Protocol for 2 Pilot Feasibility Studies. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e41445. <https://www.researchprotocols.org>

44. Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12311.

doi.org/10.1111/cpsp.12311

45. Nakao, S., Nakagawa, A., Oguchi, Y., Mitsuda, D., Kato, N., Nakagawa, Y., ... & Mimura, M. (2018). Web-based cognitive behavioral therapy blended with face-to-face sessions for major depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10743.

<https://www.jmir.org/2018/9/e10743>.

46. Netter, A. L., Beintner, I., & Brakemeier, E. L. (2022). Adding an App-Based Intervention to the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy in Routine Outpatient Psychotherapy Treatment: Proof-of-Concept Study. *JMIR Formative Research*, 6(8), e35482.

<https://formative.jmir.org/2022/8/e35482>

47. Pearson, R., Carl, E., & Creech, S. K. (2022). Computerized Psychological Interventions in Veterans and Service Members: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research*, 24(6), e30065. <https://www.jmir.org/2022/6/e30065>

48. Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.

doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

49. Ehlers, A., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Grey, N., Murray, H., Kerr, A., ... & Clark, D. M. (2023). Therapist-assisted online psychological therapies differing in trauma focus for post-traumatic stress disorder (STOP-PTSD): a UK-based, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*,

10(8), 608-622. Consultabile alla pagina:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2823%2900181-5>

50. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://www.researchgate.net/publication/292004334\\_A\\_cognitive\\_model\\_of\\_posttraumatic\\_stress\\_disorder](https://www.researchgate.net/publication/292004334_A_cognitive_model_of_posttraumatic_stress_disorder).

51. Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Cortina, Milano. [ed. or., 2014, *The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma*. Viking Press. NY, 3].

#### Sitografia

[https://www.guidapsicologi.it/pro/psicologos\\_it/own/osservatorio-psicologia-online2021.pdf](https://www.guidapsicologi.it/pro/psicologos_it/own/osservatorio-psicologia-online2021.pdf)

<https://www.blendedtherapy.com.au/about>

<https://www.facebook.com/blendedtherapy>

ARTICOLO DI OPINIONE

## Benessere digitale vs benessere nel digitale

Giovanna Maciariello<sup>1</sup>, Filippo Bucciarelli<sup>2</sup>, Adriano De Blasi<sup>3</sup>, Anastasia Giangrande<sup>4</sup>, Arianna Glorioso<sup>5</sup>, Paola Maciariello<sup>6</sup>, Maura Perrone<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Sociologa, già docente presso l'Università di Chieti Pescara

<sup>2</sup> Medico specializzando in psichiatria, psicoterapeuta in formazione Gestalt presso SIPGI

<sup>3</sup> Sociologo, Cadiai, Bologna

<sup>4</sup> Psicologa a Milano. Psicologa del lavoro, specializzata in psicologia della moda, psicoterapeuta in formazione presso l'istituto CSTG

<sup>5</sup> Psicologa Rete Oncologica Campana in Asl Napoli 1 Centro, Mindfulness Educators, psicoterapeuta in formazione Gestalt presso l'istituto SIPGI

<sup>6</sup> YouthWorker e Amministratore BDigit start-up Srl Benefit

<sup>7</sup> \*Psicologa psicoterapeuta, Studio di Psicoterapia BenessereNapoli



### Citation

Maciariello G., Bucciarelli F., De Blasi A., Giangrande A., Glorioso A., Maciariello P., Perrone M. (2023). Benessere digitale vs benessere nel digitale. Phenomena Journal, 5, 143-148. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.199>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Giovanna Maciariello  
[maciariello.giovanna@gmail.com](mailto:maciariello.giovanna@gmail.com)

**Ricevuto:** 19 ottobre 2023

**Accettato:** 5 dicembre 2023

**Pubblicato:** 7 dicembre 2023

### ABSTRACT

What is the relationship between digital well-being and digital well-being? Although belonging to two similar semantic fields, the first of the two expressions refers to the set of resources (personal and collective), tools, apps and technical-regulatory measures, created by those who design the web and its contents, to ensure that people surf the web according to the principles of safety and well-being; the second focuses more on the direct action of people in the digital world and calls into question the critical and reflective abilities of individuals in moving in any type of environment, whether real or virtual. Digital well-being is above all the result of the work of those who have the task of making the experience of using the virtual world as comfortable as possible. Well-being in the digital world is a volitional, cognitive and heuristic act during which, starting from the identification of our needs and desires, we try to find their satisfaction in the digital world. While on the one hand the application of ergonomic principles to the construction of digital spaces is fundamental for promoting digital well-being, on the other hand there are different types of Apps that offer users various types of well-being experiences. However, it is of fundamental importance to combine the development of personal skills of an affective and cognitive nature with the construction of person-centred digital habitats in order to guarantee the well-being of people who, partially or totally, inhabit the virtual world.

### KEYWORDS

**digital wellness; app; integration.**

### ABSTRACT IN ITALIANO

Qual è la relazione tra benessere digitale e benessere nel digitale? Pur appartenendo a due campi semantici affini, la prima delle due espressioni si riferisce all'insieme di risorse (personali e collettive), tools, app ed accorgimenti tecnico-regolativi, ideati da chi progetta il web ed i suoi contenuti, per far sì che le persone navigino nel web secondo i principi di sicurezza e benessere; la seconda si centra maggiormente sull'azione diretta delle persone nel digitale e chiama in causa le capacità critiche e riflessive dei singoli nel muoversi in qualsiasi tipo di ambiente, reale o virtuale che sia. Il benessere digitale è soprattutto frutto del lavoro di chi ha il compito di rendere l'esperienza di fruizione del virtuale il più confortevole possibile.

Il benessere nel digitale è un atto volitivo, conoscitivo ed euristico durante il quale, a partire dall'identificazione dei nostri bisogni e desideri, proviamo a trovare una loro soddisfazione nel digitale.

Se da un lato l'applicazione dei principi dell'ergonomia alla costruzione degli spazi digitali risulta fondamentale per promuovere il benessere digitale, dall'altra esistono diversi tipi di App che propongono ai fruitori esperienze di benessere variamente declinate.

Risulta, comunque, di fondamentale importanza coniugare lo sviluppo di competenze personali di natura affettiva e cognitiva con la costruzione di habitat digitali centrati sulla persona al fine di garantire il Ben-Essere delle persone che, in maniera parziale o totale, abitano il virtuale.

### PAROLE CHIAVE

**benessere digitale; app; integrazione.**



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

## Il benessere digitale

Il benessere digitale definito dal Digital Wellness Lab nel 2021 è un termine che si riferisce alla “capacità dei media e della tecnologia di costruire ambienti digitali che possono aiutare a promuovere il benessere generale dei bambini, delle loro famiglie, della società e dell’umanità in generale” (1). Il concetto di “*benessere digitale*” si è rapidamente diffuso nell’era contemporanea, poiché sempre più persone si trovano immerse nell’ambiente digitale (2). Esso è il risultato, concreto, del lavoro di chi ha il compito di rendere l’esperienza di fruizione del virtuale il più confortevole possibile. Con il termine “*benessere digitale*” si fa anche riferimento al livello di benessere psicologico e fisico che si può sperimentare nell’utilizzo delle tecnologie e di come queste influiscono sulla qualità di vita delle persone. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato come il *benessere digitale* rappresenta un antidoto alle varie forme di dipendenza che il digitale stesso può provocare negli spazi vitali delle persone come, ad esempio, il lavoro, l’istruzione, la socializzazione, la sessualità (3). Il benessere digitale dipende dal tipo di tecnologia e dalla sua adattabilità alle esigenze e bisogni degli individui; comprende il controllo dell’utente sui propri dispositivi digitali, l’accessibilità delle tecnologie per tutti, l’efficace gestione delle informazioni digitali; comprende la capacità di gestire il tempo trascorso online e l’evitamento di comportamenti digitalmente dannosi (4). L’animazione di ambienti virtuali confortevoli, costruiti con sapienza e resi attrattivi da un design digitale evoluto, va accompagnata da una consapevole, critica e competente presenza delle persone nel digitale. Non può esserci Benessere Digitale se le persone non imparano a gestire il proprio Benessere nel digitale.

## Benessere nel digitale

Il concetto di benessere nel digitale si riferisce all’impatto delle tecnologie digitali sulla salute mentale e fisica delle persone e comprende il modo in cui queste tecnologie influenzano la qualità della vita on-line e off-line delle persone oltreché il modo in cui esse imparano a gestire sé stesse in una nuova dimensione di realtà (realtà virtuale). Tra i fattori che alimentano il benessere nel digitale vi è l’uso consapevole ed equilibrato dei dispositivi digitali a cui si arriva attraverso l’acquisizione delle competenze utili per muoversi agevolmente all’interno del mondo digitale. Le LIFE COMP (5) e le Competenze digitali (6) costituiscono il bagaglio conoscitivo ed esperienziale a disposizione delle persone per orientarsi e scegliere nella virtualità di secondo livello (7). Per compiere una scelta attiva e consapevole e mantenere vivo lo spirito critico nella valutazione di quanto letto, ascoltato, visto e sperimentato nel digitale, vanno agite competenze quali il critical thinking, il problem solving, le competenze di analisi comunicative e relazionale, le competenze digitali di INFORMATION AND DATA LITERACY e di COMMUNICATION AND COLLABORATION declinate nelle loro sotto specifiche aree. Componente essenziale della gestione di sé e degli altri nel digitale risultano altresì l’empatia e l’educazione alla gestione delle emozioni (8). Elemento chiave per la decodifica della complessità

risiede nella capacità di ‘compiere la scelta’. Le informazioni che arrivano tramite le applicazioni sembrano rendere possibile un salto epistemologico da una conoscenza oggettuale, caratteristica del modello cartesiano, ad un processo di costruzione della conoscenza di tipo relazionale, come ipotizzato dagli approcci ecologici. La scelta di una determinata applicazione digitale sviluppa possibilità di azione: le app scelte sono motori rappresentazionali (9), mentre quelle che non vengono scelte diventano sistemi di rappresentazioni potenziali (10), pronti ad attivarsi a fronte di una modifica delle nostre valenze affettive. Questa modalità permette di compiere delle scelte mantenendo contemporaneamente compresenti virtualmente le applicazioni non scelte, con la possibilità di poterle utilizzare in qualsiasi momento. Il senso (11) che attribuiamo alle nostre scelte e l’elaborazione sensiva dell’esperienza vissuta rendono contemporaneamente possibili riduzione e mantenimento della complessità. Nel digitale si sviluppano cooperazioni inedite che de Kerchove (12) definisce intelligenze connettive, ovvero quelle connessioni molteplici, consentite anche dalle app, che permettono alle persone di accumulare intelligenze nell’interazione con altre intelligenze (artificiali o umane che siano). Le app agiscono sulla modifica dei nostri sistemi di rappresentazioni tra cui anche quelle legate al ben-essere fisico e mentale. Tra i meccanismi di auto-regolazione occupa particolare importanza quello di efficacia personale (13), la convinzione di poter esercitare attivamente una influenza sugli eventi. Questo sistema di credenze è alla base dell’agency umana. L’elemento centrale del costruito di *agency* è dato dalla percezione di controllo e dal potere di produrre cambiamenti in accordo con le proprie azioni: sulla performance, sui propri processi di pensiero e sugli stati affettivi, sull’auto-regolazione, sulla gestione di comportamenti disfunzionali e nell’esercitare un controllo sugli ambienti sociali. Autoefficacia ed agency quindi possono essere considerati fattori protettivi per la responsabilità che l’individuo in prima persona ricopre nella costruzione del benessere psicologico soggettivo. Altro fattore protettivo è il locus of control interno. Il controllo interno vs esterno si riferisce al grado in cui le persone si aspettano che un rinforzo o un risultato del loro comportamento dipenda dal loro stesso comportamento o caratteristica personale rispetto al grado in cui le persone si aspettano che il rinforzo o il risultato sia una funzione del caso, la fortuna o il destino sono sotto il controllo di altri potenti o sono semplicemente imprevedibili (14). La costruzione personale e collettiva del benessere nel digitale si snoda nella continua interazione tra mente e corpo, nella continua possibilità di scelta. Tale interazione consente una sintesi tra dimensione cognitiva ed affettiva; diventa una continua relazione tra il sé e gli ambienti esterni al sé; richiede l’utilizzo di competenze tradizionali ed inedite per compiere scelte consapevoli (15).

### **Costruzione delle App: Ergonomia psicologica applicata al design digitale**

L’ergonomia (16) è una disciplina che si occupa di sviluppare degli artefatti tenendo conto del benessere psicofisico dell’uomo, al fine di garantire una maggiore usabilità degli artefatti stessi (ergonomia fisica).

Il concetto di ergonomia è stato traslato ai processi cognitivi dell'uomo: tenendo conto di tali processi (percezione, attenzione, memoria, pensiero, linguaggio, emozioni) si sviluppano degli artefatti ad hoc, in genere di carattere virtuale. Un artefatto tecnologico digitale deve tenere conto, dunque, di tutti questi aspetti poiché in caso contrario può essere causa di stress e malessere per coloro che lo utilizzano.

L'ergonomia cognitiva è a servizio del designer che progetta l'artefatto digitale. Il designer si avvale di ergonomi, fisici (architetti, ingegneri, etc.) e cognitivi (psicologi, neurologi, etc.) al fine di rendere più usabili e funzionali (17) gli artefatti che progettano (18). Un ulteriore passo verso la confortevolezza e la sicurezza della progettazione di oggetti virtuali in ambiente digitale viene fatto dal design centrato sull'uomo. Esso consiste in un approccio allo sviluppo di sistemi interattivi (le interfacce) che mira a rendere i sistemi utilizzabili e utili concentrandosi sugli utenti, sui loro bisogni, applicando conoscenze sul funzionamento del rapporto mente/corpo e tecniche di usabilità. Questo approccio migliora l'efficacia e l'efficienza degli strumenti e degli spazi digitali, migliora il benessere umano e la soddisfazione degli utenti, favorisce l'accessibilità e contrasta i possibili effetti negativi dell'uso delle tecnologie digitali rispetto alla salute umana ed alla sicurezza

Ripensare gli strumenti applicativi del digitale in chiave umanistica (le persone al centro) si interseca nella ricerca personale e collettiva delle persone di modalità adeguate per poter essere protagonisti nel digitale e sperimentare dimensioni di benessere fisico e mentale.

### **Le App per il benessere: due macrocategorie**

Analizzando alcune delle App maggiormente diffuse, che si occupano di benessere emerge una loro suddivisione in due macro categorie: in una figurano le app il cui obiettivo è il benessere psicologico; nell'altra ci sono quelle che offrono un aiuto per il benessere fisico.

All'interno della prima macrocategoria si trovano app che favoriscono lo svolgimento di normali funzioni vitali come il sonno, spesso compromesse da condizioni di forti stress. Queste app propongono tecniche di rilassamento (suoni rilassanti, musica, contenuti guidati, meditazione, ipnosi), sistemi di monitoraggio dei miglioramenti, promemoria per ricordare quando e come meditare, la possibilità di essere seguiti da un coach. Tra queste: *Better Sleep*, garantisce una esperienza di sonno personalizzata così da ottenere notti più rigeneranti e più energia durante la giornata; *Meditation&Relaxation Music*, in cui creare il proprio mix acustico e usare vari tools che permettono di facilitare e controllare il sonno.

In questa categoria collochiamo anche le app che agiscono sul benessere mentale mediante la pratica della mindfulness, come ad esempio *Relax Meditation*, che propone un primo programma di introduzione della durata di 5 giorni per permettere di provare l'efficacia del metodo; *Serenity*, in cui vengono insegnati esercizi di meditazione e mindfulness gratis; *Breathink*, con esercizi di respirazione guidati con cui ridurre ansia e stress.

Infine vi sono app che si avvalgono di tecniche terapeutiche e utili anche in caso di

depressione e ansia. *My possible self* offre toolkit per migliorare la mente mediante strumenti interattivi, strategie di coping e la terapia cognitivo comportamentale (CBT); *Clarity*, oltre a tecniche di meditazione per migliorare il sonno e rilassarsi, propone la stesura di un diario della gratitudine e audiocorsi per aumentare autostima, resilienza, abitudini funzionali; *Rootd*, aiuta a gestire gli attacchi di panico e i vissuti di ansia; *MyIpnosi*, promette benessere psicologico mediante l'ascolto di tracce ipnotiche create da psicologi, psicoterapeuti, ipnotisti esperti.

La seconda macrocategoria comprende le app che intervengono sulla sfera fisica aiutando nel raggiungimento e mantenimento dell'immagine corporea desiderata. Oltre a quelle che permettono di monitorare parametri di salute, ve ne sono altre che garantiscono aiuto nella perdita di peso nonché una educazione ad una alimentazione sana (*Zero-Intermittentt*; *Fastic-digiuno intermittente*); alcune offrono una lista di menù personalizzati, indicazioni per effettuare la spesa e il controllo dei risultati (*CombiYou*). Vi sono poi app che propongono esercizi per dimagrire da svolgere a casa, piani di allenamento (*Fitness femminile a casa*; *Allenamento fitness e esercizi per dimagrire*; *Nike training club*) e altre che offrono anche ricette healthy e piani alimentari (*Cotto al dente*).

In entrambe le categorie vi sono percorsi differenziati ma che seguono una certa standardizzazione e categorizzazione mentre la creazione di pacchetti standard si fonda, probabilmente, su analisi di mercato che raccolgono dati di varia origine (big DATA, statistiche, questionari di ricerca...).

## Conclusioni

La ricerca prodotta dall'articolo lascia aperte alcune domande: siamo in grado di costruire il nostro benessere nel digitale? Di quali competenze cognitive ed affettive e strumenti tecnologici necessitiamo per affrontare e gestire media a complessità crescenti? La costruzione personale e collettiva del benessere si snoda nella continua interazione tra mente e corpo: essa è intesa come sintesi tra dimensione cognitiva ed affettiva, come continua relazione tra il sé e gli ambienti esterni al sé. Se l'ambiente è "tutto ciò che, nella percezione di un sistema vivente umano (osservatore), non ha esterno; è funzione delle protesi via via poste a disposizione dalla deriva storica dei media" (20), allora l'*ambiente* che abitiamo, ed in cui si sviluppano le relazioni tra le persone comprenderà i diversi livelli di virtualità.

Le azioni compiute nel digitale presuppongono quindi l'analisi di sé; la consapevolezza che la tecnologia offre molte opportunità ma comporta anche rischi; l'allenamento a gestire sé stessi in una dimensione virtuale di secondo livello che ha nuovi codici comunicativi e relazionali e tecnologie da esplorare e conoscere.

Nell'ottica di uno sviluppo armonico della nostra identità nel digitale, è necessario pensare a strumenti personali (life skills, autoefficacia, locus of control, etc.) e tecnologie digitali (ergonomia, design digitale centrato sull'uomo), che possano costantemente favorire un'integrazione tra la dimensione fisica e psichica del nostro "essere persona".

## BIBLIOGRAFIA

1. Woolf, N. (2021). *Building Social-Emotional Skills With Technology: How to Use SEL to Cultivate Digital Wellness*. Digital Wellness Lab. <https://digitalwellnesslab.org/articles/building-social-emotional-skills-with-technology-how-to-use-sel-to-cultivate-digital-wellness/>
2. Twenge, J. M., Campbell, W.K., & Campbell, S. M. (2018). *Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology*. *Emotion*, 18 (6), 765-780.
3. Spaccarotella M.(2020). *Il piacere digitale*. Giunti, Firenze
4. Primack, B.A., Shensa, A., Sidani, J.E., Whaite, E.O., Lin, L.Y., Rosen, D., Colditz, J.B., Radovic, A., Miller, E. (2017). *Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S.* *Am J Prev Med*. 2017 doi:10.1016/j.amepre.2017.01.010. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28279545; PMCID: PMC5722463.
5. Sala, A., Punie, Y., Garkov, V. e Cabrera Giraldez, M., (2020). *The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. LifeComp. Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea. Lussemburgo. ISBN 978-92-76-19418-7, doi:10.2760/302967, JRC120911.
6. LifeComp. (2018). *The European framework for the personal, social and learning to learn key competence*. [https://joint-research-centre.ec.europa.eu/lifecomp\\_en](https://joint-research-centre.ec.europa.eu/lifecomp_en)
7. DIGICOMP 2.2. (2023). *Il quadro delle competenze digitali per i cittadini*. <https://repubblicadigitale.innovazione.gov.it/digicomp-parla-italiano/>
8. Eusebio, M. G. (2022). *Il problema dell'altro: psicologia dei media tra identità e alterità*. Franco-Angeli.
9. Benvenuti, L. (2008). *Lezioni di Socioterapia*. Baskerville, Bologna, p. 237. ISBN: 9788880007012.
10. ibidem, p. 239
11. ibidem, p. 239
12. De Kerckhove, D. (2001). *The Architecture of intelligence*. Birkhäuser Basel. Boston; trad. it. Palombo, M. (2001). *L'architettura dell'intelligenza. La rivoluzione informatica*. Testo & immagine. Torino. ISBN 8883820398, 9788883820397.
13. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
14. Rotter, J. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs* 80 (1), 1–28).
15. Russo, F., Ceria, R., Jarach, J., Laglia, C., Lombardi, L., Isola, L. (2020). *Internet addiction disorder: nuova emergenza nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza*. In: *Quaderni Di Psicoterapia Cognitiva*. Vol. 47. ISSN: 1127-6347.
16. Norman, D. (2015). *La caffettiera del Masochista*. Giunti Editore, Firenze.
17. Nielsen, J. (1994a). *Migliorare il potere esplicativo delle euristiche di usabilità*. Proc. ACM CHI'94 Conf. (Boston, MA, 24-28 aprile), 152-158.
18. Nielsen, J. (1994b). Valutazione euristica. In Nielsen, J. e Mack, RL (a cura di), *Usability Inspection Methods*. John Wiley & Sons, New York, NY.
19. Zolotova, M., Giambattista, A. (2019). *Designing Cognitive Ergonomics. Ergonomics of human-system interaction — Part 210: Progettazione centrata sull'uomo per sistemi interattivi*. ISO 9241-210:2019. <https://www.iso.org/standard/77520.html>
20. Ave Informatica. (2021). *Human centered design: la nostra metodologia*. <https://www.waveinformatica.com/news/approfondimenti/human-centered-design-metodologia/#:~:text=%E2%80%99CII%20design%20centrato%20sull'uomo,conoscenze%20e%20tecniche%20di%20usabilit%C3%A0>
21. Organizzazione Internazionale per la Normazione (ISO). (2019). *Ergonomics of human-system interaction — Part 210: Human-centred design for interactive systems*. <https://www.iso.org/standard/77520.html>
22. Benvenuti, L. (2008). *Lezioni di Socioterapia*. Baskerville. Bologna. pag. 167