



phenomenajournal

Giornale ufficiale di **phenomena**

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università di Napoli Federico II
MARIO BOTTONE Università di Napoli Federico II
PAOLO COTRUFO Università della Campania L. Vanvitelli
DANIELA CANTONE Università della Campania L. Vanvitelli
SANTO DI NUOVO Università di Catania

COMITATO SCIENTIFICO AREA NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli studi di Foggia
ALBERTO OLIVIERO Università La Sapienza di Roma
DAVIDE MOROCCO Università di Napoli Federico II
PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs
ELENA GIGANTE SIPGI Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:
RAFFAELE SPERANDEO
Supervisore Scientifico:
VALERIA CIOFFI

Journal Manager:
ENRICO MORETTO

**morpedizioni**

www.phenomenajournal.it
VOL. 6 N. 1/ GEN • GIU 2024

INDICE

La Redazione Phenomena Journal

Il campo fenomenico: l'origine del sé e del mondo Pag. 1-5

Il ruolo della rabbia nel disturbo di panico: una lettura secondo la psicoterapia
della Gestalt-fenomenologica Pag. 6-11

La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari Pag. 12-29

Il tempo è ovunque e da nessuna parte:
I limiti in cui si dà il tempo interiore nella sofferenza mentale Pag. 30-43

Il metodo dell'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole®:
in un'ottica bio-psico-sociale Pag. 44-53

Psicoterapia del Trauma e Intervento Blended: Un'ipotesi di modello integrato Pag. 54-80

Accoglienza e alleanza

Una fase del processo psicoterapeutico e l'analisi linguistica del colloquio Pag. 81-92

EDITORIALE

La Redazione Phenomena Journal

Questo volume di Phenomena Journal ha accolto importanti contributi scientifici spaziando dalle sezioni tematiche delle Terapie umanistiche ed integrate alla psicologia clinica, psicopatologia fenomenologica e alle scienze dell'educazione. Siamo onorati di aver accolto nella nostra sezione *terapia umanistica* l'innovativo lavoro del Prof. Gianni Francesetti a cui teniamo molto, dal titolo "Il campo fenomenico: l'origine del sé e del mondo".

Siamo inoltre stati lieti di ricevere il lavoro del Dott. Alexander Lommatzsch e del suo gruppo di ricerca, un interessante contributo sull'emozione della rabbia nel disturbo di panico.

All'interno della sezione *Terapia integrata* sono stati accolti due contributi, uno riguardante un'ipotesi innovativa di modello integrato per il lavoro con il trauma in psicoterapia, presentato dalla Dott.ssa Veronica Rosa e dal suo gruppo di ricerca; nel secondo contributo viene presentata invece, un'interessante analisi linguistica del colloquio in psicoterapia da parte del Dott. Francesco Mercadante e della Dott.ssa Elena Gigante.

Nella sezione di *Psicologia clinica* prende ampio spazio il lavoro della Dott.ssa Sara Diamare e del suo gruppo di ricerca, dal titolo "La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari". Un'ipotesi e metodo di studio che mette in luce l'importanza del benessere organizzativo nel contesto sanitario italiano.

La sezione *Mente, cervello e scienza dell'educazione* vede al suo interno il contributo della Dott.ssa Arianna Glorioso e del suo gruppo di ricerca. Un'ipotesi e metodo di studio in cui i ricercatori propongono un metodo di "Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole" di stampo bio-psico-sociale. In fine, il Dott. Giuseppe Errico, nella sezione Psicopatologia fenomenologica, ci offre il suo interessante contributo dal titolo "Il tempo è ovunque e da nessuna parte: i limiti in cui si dà il tempo interiore nella sofferenza mentale".

ARTICOLO AD INVITO

Il campo fenomenico: l'origine del sé e del mondo

Gianni Francesetti¹¹ IPsiG Istituto Internazionale di Psicopatologia e Psicoterapia della Gestalt, Univ. di Torino, Dip. di Psicologia, European Association for Gestalt Therapy, New York Institute for Gestalt Therapy.*“Una psicologia è sempre condotta al problema della costituzione del mondo”*

Merleau-Ponty, 1945, p. 104 ed. 2003

**Citation**

Francesetti G. (2024).
Il campo fenomenico: l'origine del sé
e del mondo
Phenomena Journal, 6, 1-5.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.218>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autoreGianni Francesetti
gianni.francesetti@gmail.com**Pubblicato:** 1 marzo 2024

Dall'ampio dibattito sulla definizione di campo in psicoterapia della Gestalt emergono molte domande che spesso riflettono concezioni diverse presenti sin dallo sfondo culturale e scientifico da cui questo modello è nato. Al di là delle differenze, tutte tentano di andare oltre una concezione dell'essere umano come individuo isolato e isolabile [1]. Ritengo che, fra i molti crinali di questo discorso, una domanda centrale per discriminare la definizione che utilizziamo – implicitamente o esplicitamente – sia questa: il campo è diverso per ogni soggetto oppure è una dimensione comune a coloro che si trovano in una data situazione?

Questa domanda non può trovare risposta se prima non si esplicita che cosa si intenda con “campo”. La mia argomentazione è che vi sia una definizione di campo per la quale il campo è individuale (campo organismo-ambiente) e un'altra definizione per la quale il campo è una dimensione comune (campo fenomenico). Ovviamente, ciascuna consente di cogliere alcuni aspetti che l'altra lascia in ombra. E considero le due concettualizzazioni come espressione dell'insolubile tensione e oscillazione fra una prospettiva individualistica e una pre-personale.

Nel clima di incredibile fermento culturale della Germania degli anni '20 del secolo scorso, la spinta ad andare oltre una concettualizzazione individualistica dell'essere umano ha coinvolto molti movimenti e modalità di esplorazione: in filosofia, in psicologia, in sociologia, in politica e nella psicoanalisi. Un crogiuolo incandescente ricco di possibilità e sfumature, uno stato nascente in cui si muovevano in modo anche contraddittorio tentativi di andare oltre una visione meccanicistica e riduzionistica del mondo e dell'essere umano. La psicoterapia della Gestalt ha radici profonde in questa temperie, sviluppandone le potenzialità terapeutiche e portando con sé alcune ambiguità teoriche. Una di queste riguarda proprio la concettualizzazione del campo: circolavano infatti sia concettualizzazioni del campo come attributo prevalentemente individuale, sia come totalità che coinvolge tutti e costituisce la radice stessa della vita.

Jean-Luc Marion [2] nota che uno dei tratti caratteristici e costitutivi della nostra cultura è la *rimozione della genesi*, cioè di come sé e mondo nascono, prendono forma. Sono dati e non problematizzati. Marion sottolinea che ciò che è *dato* è *donato* e problematizza: *donato come, quando, dove, da chi?* Per poter utilizzare il concetto di individuo come centro del mondo, come ha fatto la modernità occidentale, occorre

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

‘dimenticare’ la sua origine, come se da sempre esistesse un soggetto separato, indipendente, addirittura autosufficiente. Centro del mondo e misura di tutte le cose. Già porre la domanda è quindi in qualche modo sovversivo.

Se il sé è un fenomeno emergente che nel farsi dell’esperienza si differenzia da un mondo, per esplorare la sua genesi abbiamo bisogno di una teoria dell’esperienza. La psicoterapia della Gestalt elabora questa teoria a partire dalla psicologia della Gestalt e dal Pragmatismo Americano, un’altra influenza profonda per la nascita di questo approccio. In particolare è stato Paul Goodman, bibliotecario all’Università di Chicago, a portare i concetti di William James, John Dewey, George Herbert Mead nella fondazione della psicoterapia della Gestalt. Non è questo il luogo per entrare nella complessità di questa teoria dell’esperienza e rimandiamo al testo fondatore per una descrizione approfondita [3] e a testi successivi [4; 5; 6; 7; 8; 9] per le implicazioni cliniche e psicopatologiche di questo processo. Basti qui ricordare che l’esperienza è un processo che nasce da uno sfondo indifferenziato e in cui progressivamente emerge un confine di contatto che separa e unisce un sé e un mondo. Da questa dimensione originaria emergono i soggetti e gli oggetti: “Né l’oggetto, né il soggetto sono *posti*” [10].

Ci troviamo qui alle prese con un fenomeno difficilmente descrivibile e facilmente negletto: come scrive, solo apparentemente in modo paradossale, Bernhard Waldenfels [11]: “abbiamo origine da un’altra parte, in un luogo dove non siamo mai stati e non saremo mai”. Noi emergiamo da un fondo nel quale non siamo ancora costituiti come soggetti distinti in un mondo distinto. Siamo qui nel chiaroscuro aurorale dell’esperienza. Oggetto e soggetto sono precipitati nominali – sono diventati ‘cose’ – in seguito a una trasformazione storica della loro connotazione linguistica: fino al Medio Evo erano considerati un processo nel quale un *sub-jectum* veniva gettato di qua e un *ob-jectum* veniva gettato di là [12]. Questa origine è il luogo del vago e del confuso, dell’indifferenziato, del chiaroscuro, dell’indefinito [13]: un luogo che Cartesio ha scartato indicando un metodo di indagine basato su idee chiare e ben distinte e che poi la scienza positivista ha spazzato via, producendo come effetto il disincanto del mondo dove tutto è meccanicamente conoscibile e trasparente [14]. C’è dunque una dimensione “né soggettiva, né oggettiva” [15], una dimensione “prima del soggetto e del mondo” [16], per lo più trascurata nella modernità. Anzi, questa rimozione è costitutiva della nascita stessa della modernità.

Merleau-Ponty chiama questa dimensione nascente “campo fenomenico” [10]: questi è il campo indifferenziato – prima che si definiscano i poli del soggetto e del mondo – da cui emergono i fenomeni. È la soglia del mondo e del sé. In questo campo (proprio come nel campo elettromagnetico di Maxwell e Faraday e nel campo gravitazionale concettualizzato da Einstein) vi sono forze che condizionano l’emergere dei fenomeni. Sono le *tensioni intrinseche* del campo – le intenzionalità del campo. L’intenzionalità può essere intesa come una forza che appartiene agli individui, ma non è questo il significato a cui ci riferiamo qui. Ci riferiamo all’intenzionalità anonima che precede gli individui, così come viene concettualizzata da Merleau-Ponty: “Siamo solo un luogo di passaggio” [10]. Come sostiene Martin Heidegger [24]:

“Nel cuore della coscienza c'è sempre una spersonalizzazione-de-personalizzazione”. Sono anonime (cioè non ancora mie o tue) e sono fungenti (cioè producono effetti) [10].

L'esperienza nasce dunque dall'indifferenziato, un luogo in cui i poli del soggetto e del mondo non si sono ancora definiti. Su questo concordano anche l'*infant research* [17], le neuroscienze [18], la fenomenologia e la psicopatologia fenomenologica [19;20].

Tentando una definizione per quanto possibile chiara e operativa, io definisco questo campo fenomenico come *l'orizzonte di probabilità di emergenza dei fenomeni nella situazione attuale*. Questa definizione ci consente una esplorazione della teoria di campo alla luce della teoria dei sistemi complessi, si veda Sarasso et al. [25, in corso di pubblicazione]. I fenomeni (o possiamo anche dire i processi figura-sfondo) emergono a seconda delle forze che li rendono più o meno probabili o improbabili. Queste forze piegano l'orizzonte, lo deformano e schiudono o chiudono possibilità. Ad esempio, in una festa tra amici è più facile che emergano battute e scherzi, momenti di allegria e sentimenti di leggerezza, durante i quali il tempo tenderà a scorrere velocemente. In una veglia funebre, invece, è più probabile che emergano sentimenti di pesantezza, rallentamento o rarefazione del tempo, cupezza e immobilità. Nei buchi neri, la forza che piega l'orizzonte degli eventi è la gravità; nel campo fenomenico, sono le intenzionalità in gioco a piegarlo. Nell'incontro terapeutico, queste forze – intenzionalità incarnate – muovono sia il paziente che il terapeuta, che ne sono funzioni. In questo paradigma – in cui il sé non è una struttura ma un processo che emerge nella situazione – le forze del campo fenomenico sono in movimento prima che i soggetti siano differenziati e definiti. Pertanto, possiamo dire che il terapeuta e il paziente emergono, “sono fatti”, all'interno della situazione e sono mossi dalle forze del campo. Il campo fenomenico è pathos: è subito e non scelto [11; 21]. Il campo fenomenico non è “una cosa”, non è reificabile: è un orizzonte e si modifica – di più o di meno – in ogni momento.

Il campo fenomenico agisce qui e ora e, così come un campo gravitazionale, lo posso cogliere sentendone gli effetti. Il campo gravitazionale nel qui e ora è comune; gli effetti su ciascuno di noi sono diversi. Concettualizzare il campo come *campo organismo-ambiente* ci aiuta a non astrarre l'organismo dal suo ambiente, ma mantiene una centratura individuale; concettualizzare il campo come *campo fenomenico* ci aiuta a mettere in luce le forze a cui tutti siamo sottoposti in una data situazione. Il campo fenomenico (orizzonte di probabilità) risulta dunque dall'insieme delle forze che agiscono nella situazione; queste gli conferiscono i limiti e le potenzialità trasformative. Sono le forze dinamiche che si attivano in una data situazione. Occorre ricordare che il campo fenomenico è a sua volta influenzato dalle emergenze che si sviluppano, anche per questo è un processo incessantemente cangiante. Di nuovo, possiamo utilizzare il campo gravitazionale come esempio: i corpi sottoposti all'influenza del campo gravitazionale influenzano a loro volta il campo stesso, in modo proporzionale alla loro massa. Nell'incontro clinico, paziente e terapeuta sono sottoposti quindi alle forze del campo e al tempo stesso le influenzano, in un processo

di complessità circolare non riducibile a schematizzazioni di semplici relazioni di causa-effetto.

Un modo per cogliere il campo fenomenico è porre attenzione all'atmosfera della situazione. Una atmosfera è la qualità affettiva che permea uno spazio. È un concetto che abbiamo esplorato a partire dalla sua interessante caratteristica di resistere e sfidare le dicotomie cartesiane: una atmosfera non è né solo nell'ambiente né solo nel soggetto, non è né solo soggettiva né solo oggettiva, né solo agente, né solo patita [15; 16]. Tralasciamo qui l'ampio e vivace dibattito sul tema delle atmosfere nella clinica [15; 16; 22] e riprendiamo invece una citazione di Kurt Lewin [22]:

“Per caratterizzare adeguatamente il campo psicologico, bisogna prendere in considerazione elementi *specifici* come obiettivi particolari, stimoli, bisogni, relazioni, così come caratteristiche più generali del campo come l'*atmosfera* (per esempio, l'atmosfera amichevole, tesa o ostile) o la quantità di libertà. Queste caratteristiche del *campo nel suo complesso* sono importanti in psicologia quanto, ad esempio, il campo della gravità per la spiegazione degli eventi nella fisica classica. Le atmosfere psicologiche sono realtà empiriche e sono fatti scientificamente descrivibili” [23, traduzione di chi scrive, corsivi nell'originale].

Il campo gravitazionale non è solo una metafora del campo fenomenico: esso è una delle forze che agiscono nei campi fenomenici da cui emergiamo e che curva le probabilità dell'emergere dei fenomeni. Basti immaginare se il campo si modificasse come in una navicella spaziale: altri fenomeni esperienziali – sensoriali e motori – emergerebbero. Il fatto che sia un campo comune, non toglie che abbia effetti diversi per ciascuno: gli effetti del campo gravitazionale sono diversi per ognuno di noi, basta utilizzare una bilancia per misurarli. Eppure tutti siamo sottoposti alla stessa forza. A nostra volta influenziamo il campo stesso, in un modo impercettibile per quanto riguarda la gravità, in modo potenzialmente significativo per altri tipi di forze agenti. In un campo depressivo presente in una data situazione siamo tutti sottoposti a forze depressive – cioè che tirano verso il basso – e possiamo avere una esperienza di tempo rallentato, o al contrario reattiva maniacale o di binge eating o abuso di alcol, o altre infinite possibilità. Ma le forze del campo fenomenico depressivo influenzano tutti coloro che si trovano nella situazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Francesetti G. (2018), "Tu piangi e io sento dolore". Il sé emergente e co-creato come fondamento dell'antropologia, della psicopatologia e della cura in Gestalt Therapy, in Robine J.-M., *Sé. Una polifonia di terapeuti della Gestalt contemporanei*, FrancoAngeli, Milano, pp. 144-164.
2. Marion J.L., Tardivel E. (2018), *Fenomenologia del dono*, Morcelliana Scholé, Brescia.
3. Perls F., Hefferline R.F. & Goodman P. (1951), *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*, Gestalt Journal Press, Highland, NY; Gouldsboro, PA: Gestalt Journal Press, 1994 (trad. it.: *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*, Roma: Astrolabio, 1997).
4. Robine J.-M. (2018), *Sé. Una polifonia di terapeuti della Gestalt contemporanei*, FrancoAngeli, Milano.
5. Francesetti G. (2014), Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici. Verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica, *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2: 31-56.
6. Francesetti G. (2020), *Psicopatologia fenomenologico-gestaltica: una introduzione leggera*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
7. Francesetti G., Roubal J. (2020), Field theory in contemporary Gestalt therapy. Part one: Modulating the therapist's presence in clinical practice, *Gestalt Review*, 24, 2: 113-136.
8. Francesetti G., Gecele M. and Roubal J. (2021), Being present to absence. Field Theory in psychopathology and clinical practice, in Cole P., ed., *Together in the therapeutic process: exploring the relational field of Gestalt therapy*, Routledge, London.
9. Roubal J., Francesetti G. (2022), Field theory in contemporary Gestalt therapy. Paradoxical theory of change reconsidered, *Gestalt Review*, 26, 1: 1-33.
10. Merleau-Ponty M. (1945), *Fenomenologia della percezione*, ed. it. Bompiani, Milano, 2003.
11. Waldenfels B. (2008), *Fenomenologia dell'estraneo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
12. Marková I.S., Berrios G.E. (2012), The epistemology of psychiatry, *Psychopathology*, 45: 220-227.
13. Minkowski E. (1936), *Verso una cosmologia*, Einaudi, Torino.
14. Weber M. (2006), La scienza come professione, in *La scienza come professione. La politica come professione*, Milano, Mondadori, 2006, pp. 19-27.
15. Francesetti G., Griffero T., eds. (2019), *Psychopathology and atmospheres. Neither inside nor outside*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne, UK.
16. Francesetti G. e Griffero T., a cura di (2022), *Psicopatologia e atmosfere. Prima del soggetto e del mondo*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
17. Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
18. Damasio A. (2012), *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, Adelphi, Milano.
19. Fuchs T. (2021), *In defence of the human being. Foundational questions of an embodied anthropology*, OUP, Oxford, UK.
20. Zahavi D. (2017), Thin, thinner, thinnest: Defining the minimal self, in Durt C., Fuchs T. e Tewes C., a cura di, *Embodiment, Enaction, and Culture*, The MIT Press, Cambridge, MA.
21. Botelho Alvim M. (2021), Sensing with the other: the pathic-aesthetical dimension of human experience, *Gestalt Review*, 25, 1: 31-63.
22. Staemmler F.-M. (2023), In response to Gianni Francesetti's Atmospheres as media of transgenerational phenomena, *British Gestalt Journal*, 32, 1.
23. Lewin K. (1951), *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.), Harper & Brothers, New York.
24. Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, ed. it. UTET, Torino, 1969.
25. Sarasso P., Tschacher W., Schoeller F., Francesetti G., Roubal J., Gecele M., Ronga I., Sacco K., (forthcoming), *Nature Heals: A free-energy principale account of self-organization and change in field psychotherapy*.

ARTICOLO DI OPINIONE

Il ruolo della rabbia nel disturbo di panico: una lettura secondo la psicoterapia della Gestalt-fenomenologica

Alexander Lommatzsch¹, Daniela Cirasino¹, Mariangela De Fabrizio¹, Stefano Orlando¹, Caterina Terzi¹, Mirko Antoncicchi¹¹ IGP – Istituto Gestalt di Puglia**Citation**

Lommatzsch A., Cirasino D., De Fabrizio M., Orlando S., Terz C., Antoncicchi M. (2023). Il ruolo della rabbia nel disturbo di panico: una lettura secondo la psicoterapia della Gestalt-fenomenologica Phenomena Journal, 6, 6-11. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.195>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autoreAlexander Lommatzsch
igp1@me.com**Ricevuto:** 19 ottobre 2023**Accettato:** 29 febbraio 2024**Pubblicato:** 1 marzo 2024

ABSTRACT

Panic disorder is currently one of the most widespread anxiety disorders in Western countries. The most recent scientific overview describes panic attack as a phenomenon mainly related to intense and uncontrolled fear. The authors, Gestalt psychologists and psychotherapists, have observed in their own psychotherapeutic settings some recurring tendencies in people who report panic attack symptoms. Their narratives often present a failure to assume clear and defined positions within one's emotional, relational and professional life. In addition to being a manifestation of anxiety and fear, authors hypothesize that in panic disorder there is existential and relational distress connected to inadequate anger management. The frequently reported experience concerns the inability to refuse to do something you don't want and the consequent sense of frustration and anxiety. According to a Gestalt psychotherapy view, a person experiences anger when he or she does not get what he or she wants, or when he or she is in a territorial conflict. Hence arise the different acts related to the manifestation of anger itself. The present article is intended to foster a discussion of the role that the emotion anger plays in the genesis and maintenance of panic attacks.

KEYWORDS

Psychotherapy, gestalt, panic attack, anger, existential-phenomenological approach, contact, territoriality.

ABSTRACT IN ITALIANO

Attualmente il disturbo di panico è uno dei disturbi d'ansia più diffusi nei Paesi occidentali. Il più recente panorama scientifico descrive l'attacco di panico come un fenomeno principalmente connesso ad una paura intensa e incontrollata. Gli autori, psicologi e psicoterapeuti della Gestalt, hanno osservato nei propri setting psicoterapeutici alcune tendenze ricorrenti nelle persone che riferiscono sintomi di attacco di panico. Nelle narrazioni di queste ultime spesso si presenta una mancata assunzione di posizioni chiare e definite all'interno della propria vita affettiva, relazionale e professionale. Oltre che una manifestazione dell'ansia e della paura, gli autori ipotizzano che nel disturbo di panico sia presente un disagio esistenziale e relazionale connesso ad un' inadeguata gestione della rabbia. Il vissuto frequentemente riferito riguarda l'incapacità di opporre un rifiuto a fare qualcosa che non si desidera e il conseguente senso di frustrazione e ansia. Secondo una visione della psicoterapia della Gestalt una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano i diversi agiti relativi alla manifestazione della rabbia stessa. Il presente articolo intende favorire una discussione sul ruolo che l'emozione rabbia ha nella genesi e nel mantenimento degli attacchi di panico.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, gestalt, attacco di panico, rabbia, approccio fenomenologico-esistenziale, contatto; territorialità.

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

1. Introduzione

Negli ultimi decenni è aumentato il numero delle persone che si rivolge a psicoterapeuti di diverso orientamento per trovare un rimedio ai propri disturbi d'ansia, tra i quali figura l'attacco di panico. La psicoterapia ad orientamento gestaltico spesso offre il proprio intervento a pazienti che soffrono di disturbi di panico. La principale e più evidente manifestazione di sintomi fisici marcati spinge spesso la persona che ne soffre a percepirsi come *malata* in senso medico-organico [23]. Da qui la ricerca di una cura vicina a parametri medico/scientifici propri delle scienze naturali [1]. In quest'ottica il principale intervento interessa il sintomo più evidente, ossia l'ansia e la paura. Il paziente chiede esclusivamente un intervento tecnico/curante, un trattamento che possa alleviare o eliminare l'ansia e la paura percepite come estranee alla propria esperienza di vita. Ciò potrebbe porre il rischio di esclusione di tutti quei fattori relazionali e ambientali che contribuiscono alla formazione e al mantenimento dell'attacco di panico [2].

Operando in setting di psicoterapia della Gestalt, gli autori hanno osservato che nella maggior parte degli attacchi di panico si presenta un sintomo basato sulla paura associato ad un marcato senso di frustrazione. La persona, ansiosa e impaurita, ha rinunciato ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte. Si mostra incapace di rifiutare ed ha difficoltà nella gestione della territorialità. Da qui l'ipotesi che un lavoro sull'emozione complessa della rabbia presente nell'attacco di panico, potrebbe offrire nuove prospettive di intervento psicoterapeutico che in letteratura non sono ancora state illustrate [2].

2. La prospettiva delle terapie umanistiche: confronto tra approcci diversi

Negli ultimi anni è aumentato il numero di persone che si rivolgono allo psicoterapeuta per cercare di risolvere il problema degli attacchi di panico. Partire dal modo in cui il DSM 5-TR [4] descrive l'attacco di panico è utile a mettere in evidenza la prospettiva della psicoterapia della Gestalt [3].

Il DSM 5-TR spiega l'attacco di panico come un insieme di sintomi fisici, psicologici e comportamentali che impattano sulla qualità della vita. Differentemente, la Psicoterapia Gestalt-fenomenologica vede nel sintomo la miglior forma di adattamento che la persona è in grado di attuare in una situazione di disagio esistenziale [13]. Questa prospettiva ribalta radicalmente l'approccio al sintomo: esso non è qualcosa da eliminare, ma qualcosa da comprendere. Inoltre, nella descrizione dei sintomi medicalmente visibili, non compare alcun riferimento al senso di frustrazione e inadeguatezza che la persona vive quando soffre di attacchi di panico.

Fino ad oggi la letteratura scientifica ha considerato il trattamento secondo un approccio cognitivo-comportamentale quello di prima scelta per la cura dell'attacco di panico e del disturbo connesso [7]. Quest'approccio pone particolare focus sull'intervento teso a rimodulare l'emozione della paura e l'ansia [7, 8]. Non compaiono particolari evidenze che prendano in considerazione anche il senso di frustrazione e la rabbia connesse al senso di incapacità che la persona prova in determinate situa-

zioni.

Nel panorama della letteratura scientifica, sebbene numericamente più scarse, alcune meta-analisi hanno confermato che le terapie ad indirizzo umanistico portano risultati efficaci nel trattamento degli attacchi di panico al pari di altri indirizzi [7,8,9]. La Terapia della Gestalt (GT) incoraggia e sostiene attivamente i clienti ad affrontare paure ed ansie per esplorare gli schemi emotivi indesiderati. Utilizza anche il gioco di ruolo per aiutare i clienti a soddisfare le proprie esigenze, migliorando i meccanismi di gestione dello stress e le abilità di vita. Confrontando le emozioni indesiderate e temute, si favoriscono esperienze trasformative. I clienti imparano con la GT che sono in grado di affrontare e superare le situazioni temute, superando così le risposte di evitamento. La GT integra elementi attivi quali la prevenzione dell'evitamento e l'acquisizione di competenze presenti anche in altri approcci come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) [10]. Simili evidenze sull'efficacia dei vari approcci, tuttavia, non spiegano il vissuto di rabbia all'interno dell'attacco di panico.

3. La rabbia nell'attacco di panico

Secondo alcuni autori [15], gli istinti che costituiscono le cinque famiglie di base delle emozioni sono cinque: Territorio, Fuga, Fame, Sessualità e Riposo [15]. Se ad un individuo viene negata la possibilità di definire il proprio territorio, la negazione della pretesa territoriale produce l'emozione rabbia. In relazione alla personalità, la rabbia può essere espressa, agita, oppure repressa, dunque retroflessa. "Quando una persona retroflette il proprio comportamento, vuol dire che fa a se stessa ciò che originariamente fece o ha cercato di fare ad altre persone o ad altri oggetti [...] perché ha incontrato quello che allora costituiva per lui un'opposizione insuperabile. L'ambiente – per la maggior parte altre persone - si è mostrato ostile riguardo ai suoi tentativi volti al soddisfacimento dei propri bisogni, l'ha frustrata e punita. [...] In alcune situazioni trattenersi è necessario, può perfino salvare la vita" [2, p. 86]. Tuttavia, la retroflessione e la rabbia repressa possono attivare le emozioni della famiglia *Fuga*, cioè ansia, paura, panico ecc. Caratteristica della retroflessione è la sensazione di impotenza. La persona si sente incapace e in gabbia e la sensazione di trovarsi in pericolo mette in evidenza la paura. La sola fantasia di poter essere di nuovo incapace o impotente è una fantasia catastrofica sufficientemente grande per innescare la paura, ma anche la rabbia che però non si esprime. La persona ha paura di avere paura, dunque fugge all'interno della paura stessa manifestando un attacco di panico e mettendo in figura questa emozione nel proprio sistema ambientale.

A tale proposito, la Teoria dei Sistemi [11] dice che un *sistema* è un complesso di parti dotate di determinate connotazioni, che istituiscono tra loro relazioni tali che il comportamento di ciascuna parte risulta contraddistinto dal legame in cui è coinvolto e viceversa. Tutte insieme le parti conferiscono al sistema proprietà, che non sono la semplice derivazione della somma delle note distintive delle parti, ma un risultato del tutto originale [11]. A questo punto, ci domandiamo se la scelta di manifestare l'attacco di panico sia tesa a mantenere relazioni sociali significative al prezzo della

mancata espressione di rabbia. È possibile che l'attacco di panico in qualche modo sia un comportamento accettabile socialmente all'interno del proprio sistema relazionale più di quanto possa esserlo l'espressione della rabbia?

Secondo Lewin [12] diversi fattori influenzano e regolano il comportamento umano. Tali fattori sono interdipendenti e riguardano primariamente la personalità e l'ambiente di appartenenza dell'individuo (campo organismo-ambiente). Di conseguenza, per comprendere il comportamento, è necessario guardare all'individuo e al suo ambiente come un campo unico dove interagiscono tutti gli elementi presenti, vicini e lontani [12]. In base alle premesse teoriche, l'attacco di panico potrebbe configurarsi come una manifestazione di secondo livello che ipotizziamo riconducibile alla rabbia inespressa. Per tale ragione gli autori si domandano se l'attacco di panico sia correlato non solo all'emozione di paura ma anche alla rabbia inespressa. Al contempo, ci si domanda se non si possa lavorare sull'emersione della rabbia ottenendo degli effetti diretti anche sugli attacchi di panico.

4. Osservazioni

Gli autori hanno osservato che nelle relazioni affettive e professionali il paziente con attacchi di panico spesso non assume posizioni chiare e definite. Preferisce dire “sì” piuttosto che dire “no”, anche se non è convinto della scelta. Sappiamo che per il filosofo Jean Paul Sartre le emozioni sono delle scelte [19]. La paura è una fuga dalla libertà, mentre la rabbia una rivolta contro l'oppressore [19]. compiere una scelta, significa anche assumersi una responsabilità rispetto quanto non si sceglie. Secondo Fritz Pearls [20] la responsabilità è letteralmente l'abilità di rispondere (respons-ability), la capacità di scegliere consapevolmente le proprie reazioni. Nella persona con attacco di panico, sembra che la questione della scelta riguardi spesso qualcosa che sceglie di fare ma che in realtà non vorrebbe fare [14]. La persona tende ad adeguarsi, è insicura, presenta una bassa autostima, non crede nelle proprie competenze e non esprime opinioni per paura di essere giudicata e ridicolizzata. La sua vita si muove sul piano della sottomissione, si sente spesso impotente e insoddisfatta e tende ad essere pessimista. La presenza della frustrazione e oppressione esistenziale/relazionale ipotizziamo produca una rabbia territoriale latente che però rimane inespressa e repressa.

Nel momento in cui la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare una cosa che non vuole fare, non sapendo come svincolarsi, interviene l'ansia che può aumentare al punto da far emergere sintomi di panico. A questo punto la persona è “malata”. Non deve più fare ciò che gli veniva richiesto in quanto è il malesere stesso a limitare indirettamente l'azione. Avere una diagnosi che certifichi un disturbo d'ansia può rivelarsi un grande vantaggio in tutte le situazioni in cui alla persona viene chiesto di fare una cosa che inconsapevolmente rifiuta di fare [21]. Ora la persona è impedita a svolgere determinate azioni da un disturbo fisico e perlopiù ha bisogno di un aiuto in termini di accompagnamento (ad es. non può più guidare l'automobile a causa dei possibili attacchi di panico) [16]. Ella è effettivamente

debilitata e non è raro che “goda” di una certa soddisfazione nella propria impossibilità ad agire. In questo senso la mente-corpo riapre una sorta di dualismo cartesiano negando la possibilità di integrare parti di sé alienate e di vivere l’unità. Il conflitto emotivo si sposta sul corpo percepito come malato ed estraneo. La persona inizia a parlare e a mostrare la propria malattia come se non le appartenesse [23]. Interpretando, immaginiamo come se la rabbia repressa trovasse sfogo in un velato sentimento di vendetta nei confronti delle persone che prima la *costringevano* a fare scelte non volute. D’ora in poi per la persona il problema si è spostato dalla incapacità di dire “no” alla paura che ritorni l’attacco di panico. È entrata in una circolarità che si autoalimenta, mentre il problema alla base rimane totalmente invisibile [22].

La richiesta di aiuto del paziente con attacco di panico conseguentemente è una richiesta di cura, di un trattamento anti-panico. Nel momento in cui al paziente viene offerto un intervento psicoterapeutico in cui egli stesso diventa protagonista della sua cura e non oggetto di trattamento, si apre la possibilità di una psicoterapia sostenibile nel tempo che rafforzi la responsabilità e assegni il successo al paziente e non al trattamento [15]. Questa psicoterapia ha conseguenze sulla condotta quotidiana del paziente in termini di ridefinizioni di relazioni affettive e professionali. Oltre che sulla persona, essa agisce sul sistema di riferimento relazionale [11].

5. Conclusioni

Sulla scorta dell’idea che nell’atmosfera dell’attacco di panico intervenga anche l’emozione di rabbia, ci domandiamo se sia possibile immaginare un modello di terapia gestaltica che faccia leva su aspetti quali: la libertà di scelta, la responsabilità e l’espressione della propria territorialità. Lavorando sull’assunzione di responsabilità delle proprie scelte il paziente scopre l’efficacia della definizione dei confini tra sé stesso e gli altri, conquistando sempre di più la capacità di opporre un rifiuto a richieste dell’ambiente, superando la paura del giudizio [18]. L’assunzione di responsabilità potrebbe rafforzare la fiducia in se stesso e aumentare la capacità di sostenere posizioni proprie. L’emozione di rabbia potrebbe dunque emergere in maniera espressiva e comunicativa anziché essere agita o rimanere inespressa.

BIBLIOGRAFIA

1. Galimberti, U. (2006). *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli: Milano,
2. Lukaschek K, Haas C, Wannemüller A, Brettschneider C, Dreischulte T, Margraf J, Gensichen J; PARADIES study group. CBT-Intervention for panic disorder in primary care: 5 years follow-up of a cRCT during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*. 2023 Jun 30;18(6):e0287718. doi: 10.1371/journal.pone.0287718. PMID: 37390059; PMCID: PMC10313059.
3. Perls, F, Hefferline R.F., Goodman P. (1995). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*, Astrolabio: Roma, 1997
4. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA
5. Bhattacharya S, Goicoechea C, Heshmati S, Carpenter JK, Hofmann SG. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2023 Jan;25(1):19-30. doi: 10.1007/s11920-022-01402-8. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36534317; PMCID: PMC9834105.
6. Nadine Recker Rayburn, Michael W Otto, Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes, *CNS Spectrum Journal*, 2003 May; 8(5):356-62. doi: 10.1017/s1092852900018617
7. Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2019). Researching Gestalt Therapy for Anxiety in Practice Based Settings. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 53b–67b. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-53b>
8. Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). *Research on humanistic-experiential psychotherapies*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley. ©Wiley.
9. Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-002>
10. Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. doi: 10.4236/jss.2019.76005.
11. Bertalanffy von, L. (1971) *Teoria generale dei sistemi*, Mondadori: Milano
12. Lewin, K., *A Dynamic Theory of Personality: Selected Papers* (1935). *Teoria dinamica della personalità*, Trad. It. Giunti: Firenze 1965
13. Quattrini, G. P. Esistenzialismo e verità narrativa, *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, n° 41-42, pg. 24-29, 2000-2001
14. Quattrini, G. P. Realtà oggettiva e realtà relazionale in PTG: il problema della trascendenza in *Formazione IN Psicoterapia Counselling Fenomenologia*, n.24, 2014
15. Ravenna, A. R. L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro psicoterapeutico, *Formazione in Psicoterapia Counselling Fenomenologia*, n.5, 2005
16. Lommatzsch, A. Processi emotivi e cognitivi nella relazione di aiuto, *Cos'è che cura – Monografico, Supplemento al n° 22 della rivista Nuove Arti Terapie*, Roma, 2014
17. Lommatzsch, A., *La Psicoterapia: Il piacere di una conquista - IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, Vol.14, Roma 2009
18. Lommatzsch, A., *L'apprendimento: Il piacere di una conquista - IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, Vol.16, Roma 2010
19. Sartre J. P. (1936), *L'immaginazione. Idee per una teoria delle emozioni*, Torino: Bompiani, 2004
20. Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia* (1973), Trad. It. Astrolabio: Roma 1977
21. Freud S. (1901), *Frammento di un'analisi d'isteria*, trad. it. Torino: Bollati Boringhieri 2010, nota 495 del 1923
22. Nietzsche F. W. (1883), *Così parlò Zarathustra*. Un libro per tutti e per nessuno., trad. it. Mazzino Montinari Piccola Biblioteca Adelphi, 1976, 42ª edizione
23. Schnake A., *I dialoghi del corpo: un approccio olistico alla salute e alla malattia*, trad. it. Torino: Borla, 1998

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari

Sara Diamare¹, Bianca Romano², Maria Gagliotta³, Anastasia Giangrande⁴, Vincenzo Motta⁵, Daniela Osterini⁶, Danilo Di Laura⁷



Citation

Diamare S., Romano B., Gagliotta M., Giangrande A., Motta V., Osterini D., Di Laura D. (2023).
La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari
Phenomena Journal, 6, 12-29.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.215>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sara Diamare
sara.diamare@gmail.com

Ricevuto: 12 gennaio 2024

Accettato: 8 febbraio 2024

Publicato: 1 marzo 2024

¹ Dirigente psicologa psicoterapeuta U.O.C. Psicologia Clinica, Già Ref. f.f. U.O.C. Qualità e Umanizzazione ASL Napoli 1 Centro

² Dottoressa in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Tirocinante presso DSS33 U.O.C Psicologia Clinica ASL Napoli 1 Centro

³ Dirigente amministrativa, ufficio Formazione, ASL Napoli 1 Centro

⁴ Psicologa del lavoro, specializzata in psicologia della moda, psicoterapeuta in formazione presso l'istituto CSTG

⁵ Psicologo del Lavoro, Psicoterapeuta, Dottore Commercialista e Revisore Legale

⁶ Psicologa specializzata in psicologia sociale e del lavoro; specializzanda in psicoterapia presso l'Istituto di gestalt e analisi transazionale IGAT

⁷ Università degli Studi di Napoli Federico II, Dottorato di ricerca, Information and Communication Technology for Health (ICTH)dic 2021 - dic 2024

ABSTRACT

Since the beginning of the pandemic, healthcare personnel have faced serious difficulties and continuous emergencies, highlighting the increasing need for psychological support for those dealing with such challenges. In a mental health prevention perspective for those who should provide 'health,' it would be desirable to develop a healthcare policy that includes the structured integration of work and organizational psychology in healthcare contexts. Aligned with the objectives of the "New guarantee system for monitoring healthcare" (DM 12 March 2019 published in the Official Gazette on 14 June 2019, operational from 1 January 2020), which, in collective prevention, describes the well-being of organizational and workplace indicators that deliver health, we aim to analyze the needs and challenges in this regard. This study proposes an initial review of the literature on the current presence/absence of structured interventions in work and organizational psychology in healthcare systems to analyze the actual policies of healthcare facilities, considering that realizing such presence is not simple. It would open the door to questions about effective healthcare planning, the recruitment and allocation of human resources, and management leadership; inefficiency that is proven to be a co-cause of organizational distress, operator burnout, and malpractice. With the long-term goal of proactively developing a specific line of activity, distinct from clinical psychology, in healthcare settings, we express an innovative position useful to operators and healthcare companies. They could benefit from a specific role and function that guides, with its presence and function, the culture and consciousness of the organization towards the correct management of human resources and systematically provides the necessary psychological support to operators in order to deliver well-being and not distress to users.

KEYWORDS

Work Psychology; well-being; organizational well-being; work-related stress; mobbing; healthcare organizations; healthcare system; work psychologist; burnout; quality of organization; mental health promotion in health organizations.

ABSTRACT IN ITALIANO

Dall'inizio del periodo pandemico, il personale sanitario è stato sottoposto a gravi difficoltà ed a continue emergenze, ed è sempre più esplicito il bisogno di avere un sostegno psicologico per gli operatori che affrontano tali disagi. In un'ottica di prevenzione nel campo della salute mentale per coloro che dovrebbero erogare 'salute', sarebbe auspicabile sviluppare una politica sanitaria che preveda l'inserimento strutturato della psicologia del lavoro e delle organizzazioni in contesti sanitari. In linea con gli obiettivi del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (del DM 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, operativo dal 1° gennaio 2020) che, nella prevenzione collettiva, descrive come indicatore di efficacia dei sistemi sanitari, il benessere organizzativo e luoghi di lavoro che erogano salute, si vuole avviare un'analisi del bisogno e delle criticità in merito. In questo studio ci si propone una prima review della letteratura sull'attuale presenza o assenza di interventi strutturati di psicologia del lavoro e delle organizzazioni nei sistemi sanitari, per analizzare le effettive politiche delle strutture sanitarie in merito, partendo dalla considerazione che non è semplice concretizzare tale presenza poiché aprirebbe le porte a quesiti su una verifica della reale efficacia della programmazione sanitaria, della modalità di reclutamento e di allocazione delle risorse umane e della leadership del management. Le suddette verifiche si rendono estremamente necessarie in quanto è dimostrato che l'inefficacia delle politiche sanitarie è una delle concause di malessere organizzativo, del burnout degli



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

operatori ed una delle conseguenze della cosiddetta malasànità. Con l'obiettivo a lungo termine di uno sviluppo proattivo di una linea di attività specifica, distinta dalla psicologia clinica, nei contesti sanitari, qui si vuole esprimere una posizione innovativa utile agli operatori ed alle stesse aziende sanitarie che potrebbero beneficiare di un ruolo ed una funzione specifica che orienti, con la sua presenza e funzione, la cultura e la coscienza dell'organizzazione alla corretta gestione delle risorse umane e fornisca in modo sistematico quel necessario supporto psicologico agli operatori al fine di erogare benessere e non malessere agli utenti

PAROLE CHIAVE

Psicologia del lavoro; benessere; benessere organizzativo; stress-lavoro-correlato; mobbing; organizzazioni sanitarie; sistema sanitario; psicologo del lavoro; burn out; quality of organization; mental health promotion in health organization.

1. Introduzione

In questo lavoro si intende mettere in luce l'utilità di uno psicologo qualificato in psicologia del lavoro e delle organizzazioni all'interno dei sistemi sanitari, in linea con la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di realizzare gli obiettivi del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (del DM 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, operativo dal 1° gennaio 2020) che, nella prevenzione collettiva, descrive come indicatore di efficacia dei sistemi sanitari, il benessere organizzativo nei luoghi di lavoro che erogano salute. Nel periodo pandemico il personale sanitario è stato sottoposto a continue emergenze e difficoltà che hanno evidenziato l'importanza di sostegno psicologico per gli operatori coinvolti [1]. Tuttavia, non è assolutamente scontato che le politiche sanitarie considerino utili l'introduzione di elementi propri della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, trascurando in tal modo tematiche centrali come la gestione efficace della leadership [2] e la dovuta attenzione psicologica ai dipendenti, che invece possono diventare concausa di malessere organizzativo e di burnout negli operatori [3]. In un'ottica di programmazione efficace e di prevenzione della salute mentale per coloro che devono erogare 'salute', si vuole sostenere l'introduzione di una linea di attività specifica della psicologia del lavoro e delle organizzazioni all'interno delle aziende sanitarie [4]. Una linea che orienti la coscienza dell'organizzazione alla corretta gestione e collocazione delle risorse umane e fornisca in modo sistematico quel necessario supporto psicologico agli operatori in modo da erogare benessere e non malessere agli utenti.

2. Obiettivi

Una gestione disfunzionale delle risorse, una carenza di supporto ai lavoratori e una insufficiente comunicazione possono generare insofferenza nel vissuto lavorativo degli operatori sanitari, sottoponendoli ad un maggior rischio di burn-out e patologie lavoro-correlate che danneggiano loro stessi e i destinatari del loro operato [5]. Pertanto si procede in questo studio preliminare ad una revisione sistematica della letteratura focalizzata in particolare alla presenza/assenza della figura dello psicologo del lavoro e dell'organizzazione nelle strutture sanitarie e /o del fattivo contributo di tali professionalità nell'ambito dell'area sanitaria.

Gli obiettivi specifici di questo studio sono dunque:

- sottolineare l'importanza della presenza, all'interno di organizzazioni socio-sanitarie, di psicologhe/i del lavoro preposti specificamente allo sviluppo proattivo di condizioni di salute e benessere dei singoli operatori e dell'ambiente organizzativo generale; professionisti che supportino azioni di controllo e vigilanza e interventi per la risoluzione delle problematiche emergenti;
- proporre una riflessione sulle eventuali interferenze della committenza e leadership aziendale;
- individuare la presenza della figura professionale specifica dello psicologo del lavoro e dell'organizzazione nelle strutture sanitarie e/o con quali modalità viene espletato tale compito.

3. Metodi

È stata avviata la presente revisione attraverso una metodologia qui di seguito riassunta in punti di azione:

1. Definire l'obiettivo della ricerca ed individuare le parole chiave che maggiormente matchano con le finalità della ricerca
2. Definire una strategia di ricerca con una o più stringhe create con le parole chiave
3. Inserire la struttura della stringa di ricerca scelta su PubMed o altre banche date accessibili per avere l'estrazione dei paper
4. Salvare il file dei risultati e caricarlo sul tool RYYAN per avere accesso al titolo e abstract di tutti gli articoli in modo da poter iniziare una prima scrematura dei paper che sono in linea con l'obiettivo della ricerca
5. Includere o escludere gli articoli che rispondono o meno alle necessità della ricerca.

4. La psicologia del lavoro

In Italia come in altri paesi, la prima difficoltà che incontra lo psicologo del lavoro è proprio quella di “entrare” nelle aziende socio-sanitarie [6]. Esse difficilmente ammettono una figura professionale con il ruolo di ricerca e intervento, deputata per definizione e competenze allo psicologo del lavoro. Ne deriva che un operatore sanitario che presenta sintomi di malessere, è inserito in un contesto poco sensibile alle esigenze e ai problemi di chi opera al suo interno [7]. I termini psicologia del lavoro e psicologia delle organizzazioni hanno avuto per diverso tempo un significato leggermente diverso, soprattutto in Italia e Francia. La psicologia del lavoro si riferiva per lo più al benessere lavorativo, mentre la psicologia organizzativa studiava come l'individuo si inserisce nei gruppi di lavoro aziendali. In America, nella prima parte del 1900, psicologia industriale, psicologia delle organizzazioni e psicologia occupazionale erano espressioni usate come sinonimi e lo psicologo del lavoro era definito ‘psicologo industriale’. Tuttavia, ad un certo punto, si è cercato di differenziare questi ambiti. Negli anni '50, Marzi decise di sostituire il termine psicologia industriale con psicologia del lavoro, in quanto nella ricerca ci si occupava di ogni ambito lavorativo.

Negli Stati Uniti i ricercatori si sono comunque concentrati maggiormente su temi tipici della psicologia delle organizzazioni. Pertanto non esiste più una distinzione tra i vari termini: ci si riferisce direttamente all'ampia branca della psicologia nota come Industrial and Organizational Psychology.

5. Il Benessere Organizzativo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute come “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità”, determinando così una visione salutogenica, orientata non esclusivamente alla cura ma anche alla prevenzione e promozione della salute [8].

In linea con il modello bio-psico-sociale, la salute è conseguenza di una complessa interazione tra fattori biologici e fattori esperienziali sia a livello individuale sia a livello sociale. L'instaurarsi di condizioni patogeniche è così determinato dal comportamento e dallo stile di vita del soggetto, delle sue relazioni con l'ambiente e dalle risorse che esso possiede e che mette in campo nei vari contesti [9]. In accordo con le più recenti scoperte scientifiche che sanciscono il forte legame tra cervello e sistema immunitario, si evidenziano inoltre le strette interconnessioni tra stili di vita, benessere e psicosomatica [10, 11]. Per comprendere i processi che sono alla base di transizioni efficaci tra l'individuo e l'ambiente, seguendo un'ottica salutogenica, bisogna porre al centro dell'attenzione il soggetto non come agente passivo ma come gestore attivo ed efficace delle proprie decisioni, anche in situazioni di stress fisico e psichico [12].

In tale contesto, la gestione dello stress è argomento cruciale nell'ottica salutogenica poiché i fattori di stress psicologici sono strettamente legati a reazioni emozionali che hanno influenza diretta sui nostri comportamenti in tema di salute [13]. L'esperienza dello stress può avere un impatto negativo sui comportamenti legati alla salute, inducendo la persona a adottare risposte non adattive come reazione alla minaccia o per gestire le emozioni generate da situazioni potenzialmente dannose. Non sempre però i fattori di stress inducono a risposte negative (distress) poiché tali fattori possono incidere positivamente (eustress) sulle risorse dell'individuo. In particolare, uno stesso evento interpretato in maniera diversa produce risposte differenti: non è tanto lo stimolo a determinare risposte emotive negative, piuttosto sono le risorse che l'individuo mette in campo in risposta allo stimolo e l'interpretazione e valutazione personale dei fattori di stress.

La salute quindi è uno stato di benessere determinato dalla relazione che l'individuo intrattiene con l'ambiente, le risorse psico-fisiche possedute, le strategie di coping [14], e i fattori presenti nell'ambiente [15].

Nel contesto lavorativo, il concetto di benessere è stato misurato in termini di soddisfazione sul lavoro da alcuni autori, mentre altri hanno sostenuto che il benessere riguarda più ampiamente la sensazione di sentirsi bene sul luogo di lavoro, con un'attenzione particolare alla possibilità di perseguire i propri desideri e di essere at-

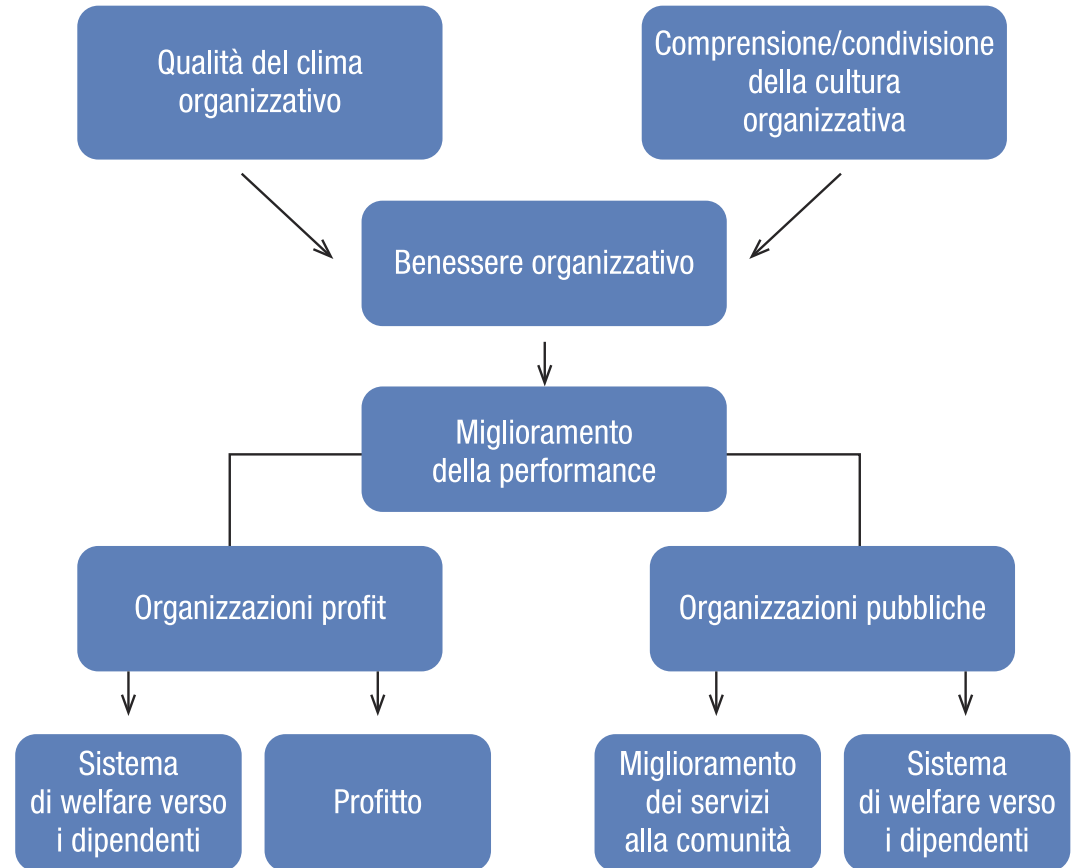
tivi e responsabili nella propria occupazione. Warr con il suo modello, il Vitamin Model [16], identifica due ordini di fattori che possono determinare il benessere dei lavoratori all'interno dell'organizzazione: il primo include la retribuzione, la sicurezza e lo status sociale e produce un effetto costante sul mantenimento dei livelli di benessere, il secondo riguarda, invece, il contenuto del lavoro, più in particolare la possibilità di crescita e apprendimento nello svolgimento della propria mansione. Quest'ultimo fattore ha un effetto che Warr definisce additivo, è cioè in grado di incidere in senso positivo sull'aumento dei livelli di benessere individuale e riguarda l'opportunità di controllo, di utilizzo delle capacità e di sviluppo di contatti sociali, il coinvolgimento in obiettivi esterni, la chiarezza ambientale [16].

Attualmente il concetto di benessere organizzativo gode di molteplici contributi interdisciplinari provenienti dalla psicologia, dalla sociologia e antropologia, l'economia, la giurisprudenza e naturalmente dalle scienze mediche e biologiche [17]. In un primo momento, il concetto di benessere all'interno dell'organizzazione è stato preso in riferimento a caratteristiche individuali, soprattutto in ambienti di lavoro ad alto rischio fisico [18].

Negli anni successivi, si è verificato un cambiamento di prospettiva che ha spostato l'attenzione dall'individuo al rapporto tra individuo e contesto, assumendo una visione multidimensionale. Questo cambiamento ha portato allo sviluppo di un approccio di intervento che mette maggiore enfasi sulla progettazione del lavoro e sull'ambiente organizzativo in generale, con l'obiettivo di migliorarli. Raymond, Wood e Patrick (1990) hanno introdotto il termine "Occupational Health Psychology" (OHP), delineando una nuova disciplina interdisciplinare nata dalla convergenza tra la Psicologia della salute e il tema della salute pubblica nei contesti lavorativi [18]. Questa disciplina si concentra sull'applicazione della psicologia all'interno delle organizzazioni con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita lavorativa, proteggere la sicurezza dei lavoratori e promuovere la salute nei luoghi di lavoro. L'OHP mira ad identificazione le caratteristiche di un'organizzazione sana, cioè di un'organizzazione capace di promuovere processi volti a mantenere e migliorare il benessere fisico, psicologico e sociale dell'intera comunità lavorativa [19]. Complice di questa nuova disciplina è la constatazione che negli ultimi anni si è osservato un aumento significativo delle sindromi da lavoro, che non riguardano più solo il singolo individuo ma coinvolgono l'intero gruppo di lavoro [20]. Le conseguenze di queste sindromi, sia a livello di salute personale che dell'intera organizzazione, hanno spinto le aziende a impegnarsi nella lotta al malessere e a progettare il benessere nei luoghi di lavoro [21]. Bisogna anche tenere presente che situazioni di disagio e di malessere comportano maggiori costi per le organizzazioni relativi al turnover, agli infortuni, alle assenze e permessi per malattia. Il tema del benessere organizzativo è un concetto multidimensionale che si basa sulle condizioni che riflettono la presenza e l'evoluzione della salute all'interno di un'organizzazione [22], composto da nuclei culturali, processi e pratiche organizzative che influenzano la convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative [23]. Attualmente in letteratura c'è ampio consenso nel

considerare il benessere organizzativo come determinato dal clima e dalla cultura organizzativa. Lo schema illustra il processo di influenza che esercitano il clima e la cultura organizzativa sul benessere. Si può notare come il benessere organizzativo sia predittivo del miglioramento della performance e quali sono le principali conseguenze nelle organizzazioni pubbliche e private [23].

Figura 1. L'influenza della cultura e del clima organizzativo sulle performance aziendali



Dalla letteratura è possibile notare come siano presenti diversi modelli di salute organizzativa [24,25]; ciò suggerisce che, così come la struttura organizzativa e la cultura organizzativa cambiano nel tempo, anche il modello di benessere e salute si evolve [26].

Inoltre, c'è da considerare come sostenuto da Avallone [23], che la definizione di salute organizzativa è ancora ambigua e poco specifica poiché non permette di identificare chiaramente le condizioni che consentono ad un'organizzazione di essere considerata in uno stato di salute ottimale e di mantenere questo stato nel tempo [27]. Nonostante la variabilità dei riferimenti identificativi della salute ottimale esistono specifici indicatori, che consentono una valutazione attualmente condivisa di benessere organizzativo, ai quali ci si può riferire per delineare un profilo di salute del-

l'organizzazione [27]. Qui di seguito, lo schema mostra quattordici indicatori di standard che permettono di identificare l'incidenza dei fattori stressogeni sulla salute del singolo lavoratore e dell'organizzazione come corpo unico (Fig.2):

Figura 2. In figura i principali indicatori di salute organizzativa [27]



A partire dagli anni '90 [16,28], nello specifico, vari studi sulla salute e sicurezza sul lavoro hanno evidenziato l'ampiezza, la frequenza e l'importanza crescente delle situazioni di disagio e malessere tra i lavoratori e le lavoratrici attribuibili allo stress lavorativo. Ciò ha suscitato un crescente interesse sia a livello comunitario che nazionale per il fenomeno dello stress lavoro-correlato come dimostrato dall'Accordo Europeo sullo stress- lavoro-correlato dell'8/10/2004 e con il d.lgs. 81/08 e le successive integrazioni (s.m.i.) [29] che ricalcano quanto già presente nella Costituzione della Repubblica Italiana che sancisce la salute come diritto individuale e collettivo e impone all'imprenditore la responsabilità di tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori nei luoghi di lavoro (in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, la Costituzione italiana con gli articoli 2, 32 e 41 prevede la tutela della persona umana nella sua integrità psico-fisica come principio assoluto ai fini della predisposizione di condizioni ambientali sicure e salubri). Tali normative pongono in obbligo il datore di lavoro nell'eseguire la valutazione dei rischi stress-lavoro-correlato. Sono previste diverse misure di prevenzione, riduzione ed eliminazione dello stress-lavoro-correlato [30]. In particolare, gli sforzi che vengono compiuti attualmente sono in relazione al tema della prevenzione del rischio stress-lavoro-correlato sia in un'ottica salutogenica sia un'ottica di abbassamento dei costi relativi al lavoro [31]. Seguendo La metodo-

logia per la valutazione e gestione del rischio stress-lavoro-correlato dell'INAIL [29] che si compone di una di una fase di Valutazione Preliminare e Valutazione Approfondita, tra le misure preventive troviamo misure individuali, collettive o una combinazione delle due che possono coinvolgere anche terze parti esterne all'azienda. Tali tipologie includono: misure di gestione e comunicazione che mirano a migliorare la chiarezza sugli obiettivi aziendali e sui ruoli dei lavoratori con l'obiettivo di prevenire il generarsi di stress dovuto a incertezza sugli obblighi e sui compiti aziendali [32], misure di formazione per dirigenti e lavoratori che puntano a migliorare la consapevolezza e la comprensione dello stress lavorativo, le sue possibili cause e le strategie per affrontarlo o adattarsi ai cambiamenti ed infine misure di informazione e consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti in merito a lamentele, richieste e suggerimenti. Per quanto riguarda le azioni correttive, sia di riduzione che di eliminazione, troviamo interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi e formativi che includono miglioramenti nell'organizzazione del lavoro, ridefinizione delle attività, pianificazione, gestione delle risorse umane e formazione per prevenire il rischio di stress legato al lavoro. Gli interventi di gestione dello stress possono essere classificati in base al livello di azione (organizzativi, legati al contenuto del lavoro o al compito, individuali) o al grado di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria).

- Prevenzione primaria mira a ridurre le fonti di stress, agendo sulle cause e i determinanti.
- Prevenzione secondaria mira a potenziare le strategie di gestione dello stress dei lavoratori.
- Prevenzione terziaria si concentra sulla gestione degli effetti negativi una volta che lo stress è già presente.

Secondo l'Accordo Sociale Europeo sullo stress lavoro-correlato, quando non ci sono competenze interne sufficienti nell'azienda, possono essere chiamati esperti esterni, come previsto dalla legislazione europea e nazionale e dagli accordi collettivi. La Direttiva 89/391 CEE stabilisce che, se le competenze interne non sono adeguate, il datore di lavoro è obbligato a ricorrere a competenze esterne. Lo psicologo infatti potrebbe essere incluso nel Dipartimento di Prevenzione, nel Servizio Prevenzione e Protezione o collaborare come esperto esterno all'azienda. In particolare, le attività per cui è consigliabile rivolgersi allo psicologo possono essere diverse come la valutazione del rischio stress-lavoro-correlato, la formazione dei valutatori che utilizzano le metodologie di valutazione, la progettazione e gestione degli interventi correttivi, la valutazione approfondita dei fattori di rischio ed infine la valutazione dei singoli lavoratori che richiedono un esame specifico al Medico Competente per il rischio stress-lavoro-correlato. È importante sottolineare che purtroppo la presenza e il coinvolgimento dello psicologo non sono obbligatori, salvo i casi sopracitati, ma il ricorso a tale figura contribuisce in modo significativo alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Per molto tempo si è guardato alle risorse umane con uno sguardo giuridico-economico, ma negli ultimi tempi si è iniziato a prendere in considerazione gli aspetti umani, relazionali, emozionali delle risorse umane [33]. Lo

psicologo del lavoro, delle organizzazioni e della comunità, è la figura professionale preposta a svolgere attività relative alle risorse umane, tra cui l'individuazione e l'assunzione dei lavoratori, ma anche lo sviluppo e la promozione delle capacità della forza lavoro e dell'organizzazione. Dopo la laurea in Scienze e tecniche di psicologia cognitiva o in Psicologia Generale, infatti per divenire psicologo del lavoro e delle organizzazioni è possibile continuare con una laurea magistrale in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni oppure prendere un indirizzo di specializzazione clinica per poi completare la formazione con un master in risorse umane. In particolare oggi la figura professionale dello psicologo del lavoro risulta essere imprescindibile per tutte quelle aziende che vogliono puntare sul benessere dei lavoratori ed organizzativo poiché, grazie alla sua formazione professionale, questa figura è formata per possedere una serie di competenze, tra cui:

- nozioni generiche sulle modalità di funzionamento organizzativo interno delle aziende;
- conoscenze relative ai principi di selezione e inserimento del personale;
- conoscenze tecniche e professionali più specifiche sui metodi e strumenti per la valutazione e lo sviluppo del personale;
- competenze relative ad ascolto, comunicazione, empatia e capacità relazionali [34]
- conoscenze informatiche e linguistiche (almeno una lingua straniera).

5.1 Conoscenze e competenze utilizzate al fine di:

- cercare e selezionare il personale
- verificare un adeguato benessere organizzativo
- effettuare tutte le operazioni relative alla formazione professionale e al coaching aziendale
- valutare le performance interne
- gestire la comunicazione, i conflitti interni e le crisi

5.2 Tra i vari compiti e doveri che uno psicologo del lavoro può assumersi si possono ricordare:

- l'elaborazione di specifici profili personali delle risorse umane nel processo di selezione e valutazione delle loro caratteristiche e capacità
- la valutazione del personale dopo il reclutamento
- attività di counseling, orientamento professionale e consulenza aziendale individuale per il lavoro e per la carriera
- l'analisi delle competenze dei dipendenti e il rapporto tra le capacità che dimostrano e quelle che effettivamente sono loro richieste da parte della società [35].

Il tema del benessere organizzativo nelle amministrazioni sanitarie è di vitale importanza per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per il miglioramento dei servizi offerti [36, 37, 38]; non basta quindi ottenere un elevato grado di efficienza e prestazioni di alto livello ma è essenziale che all'interno dell'organizzazione si crei un ambiente salutare. Questo significa in primis sfruttare appieno le abilità e il potenziale

del capitale umano a disposizione. Nel contesto specifico delle organizzazioni sanitarie, la cultura organizzativa può essere considerata un processo di apprendimento in evoluzione, come suggerito da Schein. Questo processo è in costante cambiamento e può essere influenzato attraverso diversi interventi, come indicato da Avallone [23]. Da uno studio [39] sullo stress-lavoro-correlato in ambito sanitario, sono stati dunque identificati 7 parametri oggettivi di rischio psico-sociale: lavoro sotto organico, il rapporto tra numero di pazienti e numero di operatori in servizio, il numero di operatori assenti per malattia ed operatori in servizio, numero di salti riposo dovuti ad una richiesta e/o carico lavorativo inaspettati, numero di giorni di assenza per malattia, numero di pazienti deceduti durante o immediatamente dopo il periodo di ospedalizzazione, numero di infortuni lavorativi, determinanti esposizione a rischi biologici [40]. Il tema del benessere e della salute nelle organizzazioni sanitarie ha assunto poi particolare importanza durante la pandemia da Covid-19 poiché ha messo in risalto da una parte le carenze nella gestione delle risorse umane nelle amministrazioni pubbliche e sanitarie [41], dall'altro ha comportato per gli operatori sanitari più rischi da lavoro correlato [42]. Oltre i rischi fisici, come la possibilità di contrarre il virus, causata anche dalle scarse risorse e attrezzature di protezione, si prendono in considerazione il rischio di stress emotivo e psicologico riguardante la gestione in emergenza dei pazienti unita alla paura di contrarre il virus e alle lunghe ore di lavoro, ai turni estesi e straordinari, a causa dell'aumento dei casi e della pressione degli ospedali. In particolare, gli operatori sanitari sono più a rischio di burnout [43], tale sindrome lavoro-correlata caratterizzata da insoddisfazione lavorativa, sfianamento, stati emotivi di estraneazione, infine spesso porta alla fuoriuscita dal mondo lavorativo [44]. La situazione di emergenza sanitaria ha richiesto cambiamenti significativi nelle procedure e nelle pratiche cliniche, costringendo gli operatori sanitari a adattarsi rapidamente alle nuove esigenze. Come si evince dal modello di Karasek et al. [45] richieste lavorative (job demands) alte e un margine di controllo (decision latitude) bassi, determinano lavori ad alta tensione psicologica (high strain jobs). La tensione psicologica si può manifestare come ansia, depressione e vari disturbi psicosomatici. Infatti gli operatori sanitari in pandemia sono stati esposti a rischi più alti di sperimentare sintomi di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico e ciò ha avuto un impatto sulla salute mentale degli operatori e sulla loro capacità di fornire cure di alta qualità. Esplorare il concetto di benessere organizzativo nelle istituzioni sanitarie costituisce una sfida complessa [46]. Attualmente, il valore del capitale umano nel settore sanitario ancora si limita ad una mera valutazione dei costi operativi degli operatori, ignorando il loro potenziale contributo all'efficacia ed efficienza delle aziende in cui operano. È importante riconoscere che un investimento adeguato nel capitale umano, attraverso la cura e l'aggiornamento costante, può preservare e migliorare le prestazioni nel tempo, a differenza del capitale fisico, che tende invece diventare obsoleto. Inoltre, il capitale umano condivide cultura e conoscenza, diventando un elemento cruciale per ottimizzare l'utilizzo del capitale fisico all'interno dell'organizzazione. Gli operatori sanitari, indipendentemente dalla loro posizione, svolgono un ruolo chiave nell'identità dell'azienda sanitaria. Le loro azioni sono

strettamente interconnesse, e, in modo simile a qualsiasi comunità sociale, richiedono una struttura organizzativa ben definita per esprimere appieno il loro potenziale. Questa struttura organizzativa non si limita alle regole e alle leggi stabilite gerarchicamente, ma comprende anche la struttura implicita che favorisce la collaborazione costruttiva tra i gruppi di operatori nel loro lavoro quotidiano. Questa collaborazione è fondamentale per creare significato e senso sia a livello individuale che collettivo all'interno del contesto lavorativo [47, 48]. All'interno delle organizzazioni sanitarie, dove si pone un' enfasi fondamentale sulla centralità della persona, diventa ancor più cruciale considerare la sofferenza che può legare i pazienti e gli operatori in un legame ad alto impatto emotivo. Sorge quindi la domanda: come è possibile mettere la persona al centro, sia essa un cittadino, un utente, un cliente o un paziente, se non si creano le condizioni affinché i lavoratori, essi stessi persone, siano in grado di prendersi cura degli altri? Un lavoratore che si trova in condizioni di malessere deve poter affrontare il proprio disagio per essere in grado di prendersi cura degli altri. Bisogna quindi considerare il benessere degli operatori non solo in termini di psicopatologia o di stress individuale ma in un'ottica sistemica, di gruppo, di comunità, di organizzazione [49]. Acquisisce rilievo l'esperienza condotta dal Team di Psicologia della Salute presso l'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Qualità e Umanizzazione dell'ASLNapoli1Centro. È stato condotto uno studio pilota per l'implementazione di un "sistema di rete" cooperante all'interno dell'ASL Napoli 1 Centro a favore del miglioramento della qualità dell'assistenza. L'elemento fondamentale e pregnante è stato lo sviluppo dei "Salotti Virtuali del Benessere", concepito per promuovere una cultura salutogenica e sensibilizzare la comunità rispetto al tema della salute e del benessere durante la pandemia da Covid-19, utilizzando nuove piattaforme e strumenti di social network [50]. Questi salotti virtuali hanno consentito ai partecipanti di esplorare cinque "Chiavi" per aumentare la consapevolezza di sé stessi e del proprio benessere psicofisico, con l'obiettivo di potenziare la resilienza e migliorare l'equilibrio psicofisico. L'obiettivo è stato comprendere le condizioni e i meccanismi che favoriscono il miglioramento dello stato di salute individuale [51], promuovendo comportamenti sani e corretti. Il progetto è stato strutturato seguendo quanto esposto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che conferisce un ruolo di primaria importanza alle nuove tecnologie integrate, riaffermando l'importanza della medicina territoriale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Una serie di strategie, basate sulla collaborazione in rete, sono delineate sotto il termine "Sanità Pubblica di Prossimità" (SPP). In questo contesto, il concetto di "prossimità" [52] è stato reinterpretato come l'approccio volto a prendersi cura delle persone attraverso nuovi modelli organizzativi della sanità, mirando a sgravare l'utenza dai congestionati centri ospedalieri. Questo approccio innovativo si basa sulla combinazione della relazione reciproca e di tecniche anti-stress, come la mindfulness, la bioenergetica e l'arteterapia, con l'obiettivo di aumentare la resilienza e rafforzare l'equilibrio psicofisico. Questo rappresenta un'opportunità per promuovere una comunicazione più ampia tra operatori sanitari e pazienti che desiderano affrontare disagi e difficoltà, al fine di comprendere le condizioni e i meccanismi che favoriscono

il miglioramento del proprio stato di salute e promuovere comportamenti corretti [53]. Inoltre, questo metodo invita a considerare le problematiche dei destinatari in termini di risorse interne o sociali, con l'obiettivo di identificarle, stimolarle e potenziarle. Ciò che ha reso questo progetto innovativo è la sua trasversalità su tre livelli: informativo, interattivo e interventivo. Dimensione gruppale e non individuale. Nel dettaglio, il programma standard dei Salotti del Benessere© [50] è stato strutturato intorno a diverse tematiche affrontate mensilmente. L'iniziativa dei "Salotti Virtuali del Benessere" ha riscosso un notevole successo in soli 3 mesi, con 1589 visualizzazioni e circa 300 partecipanti in diretta, indicando un alto grado di gradimento. Circa il 70% dei partecipanti ha riferito un miglioramento delle proprie abilità nel gestire lo stress, prendersi cura della propria salute e adottare comportamenti più sani. Inoltre, il 50% ha dichiarato che queste percezioni hanno portato a cambiamenti effettivi nei loro comportamenti, accompagnati da una maggiore capacità di autoriflessione [54]. I focus group, che hanno permesso ai partecipanti di descrivere la loro esperienza, hanno registrato parole chiave con significati profondi in termini di comunicazione e relazioni, come espressione, armonia, confronto, cambiamento, tranquillità, tempo per sé stessi, piacere, compagnia, rilassamento, evasione e benessere [54]. Questa metodologia innovativa, in un momento critico sia per l'utenza che per il personale, con la creazione di un gruppo di supporto in cui poter dar voce alle proprie emozioni e nel contempo informarsi e formarsi sui rischi per la salute, ha motivato in maniera positiva ed ha mitigato i fattori di rischio psico-sociale. Nell'ottica della salvaguardia o costruzione del benessere organizzativo che ci illustra l'istituzione di un gruppo di lavoro così come evidenziato da Baratti, l'istituzione di un gruppo di lavoro è la tutela del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie [55, 56, 57, 58].

6. Benessere organizzativo e politiche economiche espansive

Le valutazioni circa il benessere organizzativo tengono maggiormente conto ciò che di più caratteristico dell'essere umano ossia la sua complessità sia come individuo sia a livello sociale; complessità tale da indurre a ricercare connessioni tra fattori che incidono sul benessere organizzativo appartenenti ciascuno a vari e disparati piani di indagine. In particolare la "qualità" ed il livello di benessere all'interno delle organizzazioni di riferimento dei sistemi sanitari, che si sono sviluppati grazie "all'interventismo statale", sono strettamente collegate alle caratteristiche organizzative dello Stato ed al rispettivo ruolo nell'economia legati, a loro volta, al paradigma socio-culturale ed economico in essere, nel periodo storico di riferimento. Difatti, non si possono non tenere conto delle implicazioni favorevoli di una politica economica "espansiva" intrapresa dall'Italia tra gli anni '50 e '60 che hanno permesso lo sviluppo ed il mantenimento dello Stato Sociale, Welfare State [59]. Tale politica economica, basata sul progresso tecnologico-scientifico (e non semplice impiego di forza lavoro in opere pubbliche) sul dirigismo nazionale (e non semplice interventismo di stampo Keynesiano) e credito nazionale (e non semplice monetarismo basato

sul concetto di banca centrale indipendente) ha contribuito allo sviluppo e al consolidamento delle industrie nazionali che, unitamente alla contribuzione fiscale, hanno rappresentato delle importanti e sostanziose voci di entrata sulle quali si è retto il nostro Stato Sociale o Stato del Benessere e quindi il connesso apparato organizzativo delle PP.AA. coinvolte. Almeno fino a quando non sono mutate le condizioni socio-culturali ed economiche, in seguito al cambio del paradigma culturale introdotto dalla controrivoluzione del “sesso, droga e rock’n’roll” da cui è derivata, a sua volta, una diversa concezione antropologica dell’uomo inteso non più come uomo produttore dedito al futuro ed alla posterità, ma un essere sensuale, dedito al “vivere per vivere, l’importante è godere” e che trasformò il sistema economico da produttivo a consumistico. Un ruolo fondamentale in questa svolta l’hanno giocato l’ideologia ambientalista e quella liberista. La prima, partendo da una concezione pessimistica della natura umana, di tipo parassitario, ha contribuito a burocratizzare i sistemi legislativi, tanto da rendere impossibile l’intervento efficace degli amministratori sui territori, bloccando così il continuo ammodernamento infrastrutturale e produttivo della società, la seconda sostituendo all’idea del bene comune, come vera stella polare dell’azione politica, la legge della domanda e dell’offerta. Queste ideologie hanno di fatto bloccato la crescita economica favorendo la progressiva “disintegrazione controllata dell’economia”. La Disintegrazione controllata dell’economia è stata avviata con la rottura degli accordi di Bretton Woods del 15 agosto 1971, per decisione unilaterale del presidente americano Richard Nixon seguita, nel marzo del 1973, dai paesi europei, con il quale si è avviato un processo di finanziarizzazione dell’economia che subordina la realtà fisico-economica alle dinamiche speculative grazie anche all’adozione di un sistema di cambi fluttuanti [60]. Il processo si sviluppa seguendo lo schema solito: liberalizzazioni-privatizzazioni grazie a cui consentire l’entrata di nuovi player nel settore di riferimento; finanziarizzazione del settore attraverso la creazione di una piramide di strumenti finanziari che trovano la loro ragion d’essere nel sottostante economico-fisico. All’interno di questo processo, per quanto riguarda l’Italia, a metà degli anni ‘70 il paese entra sotto la supervisione del Fondo Monetario Internazionale ed incomincia ad aderire a politiche liberiste o meglio neo-liberiste che facilitano il suddetto processo di finanziarizzazione dell’economia [59]. Le politiche neoliberiste sono l’applicazione concreta del neoliberismo, un’ideologia che ha come premessa la “visione” di un mondo ideale in cui domanda, inflazione, disoccupazione funzionano alla stregua di forze naturali. Il mercato - ecosistema in grado di autoregolarsi - darebbe vita all’esatto numero di prodotti al prezzo esattamente adeguato, realizzati da lavoratori che percepiscono salari perfettamente sufficienti a comprare quei prodotti: un mondo perfetto di piena occupazione, creatività (ma di che tipo non è dato sapere) e, soprattutto, crescita perpetua. Questa “visione” rende la dottrina economica più una ideologia che un modello scientifico con qualche evidenza storica. Il fine, invece, è quello di promuovere a tutti i livelli una presunta scientificità nell’assioma per cui se gli individui agiscono secondo i propri egoistici interessi, creano benefici massimi per tutti. Se qualcosa va storto - inflazione sale, la crescita diminuisce - l’unica spiegazione è che il mercato non è abbastanza libero.

La soluzione, ovvero i mezzi per creare la società perfetta, è un'applicazione più rigida e più completa delle norme fondamentali (le cosiddette "Riforme"). Sulla base di questa ideologia, la politica del FMI e quindi la ricetta propugnata per l'Italia, si traduce in tagli alla spesa pubblica, in politiche di riduzione dell'import e di aumento dell'export, di aperture delle frontiere alla circolazione dei capitali che portano, ad una generica deindustrializzazione e deinfrastrutturazione del Paese. Tutto ciò però porta alla distruzione della capacità produttiva, la distruzione dello Stato sociale, la riduzione della capacità di acquisto reale delle fasce medie e basse di reddito. A ciò si aggiunge la "denazionalizzazione" nel 1981 della Banca d'Italia che viene nettamente separata dal Ministero del Tesoro, in ossequio al dogma liberista della necessaria indipendenza della banca centrale. Di conseguenza, lo Stato non è più messo in grado di decidere i tassi di sconto sul debito pubblico perché decisi dal mercato. L'azione combinata delle su esposte politiche imposte dal FMI con la determinazione dei tassi di sconto da parte del mercato, portano ad un aumento del debito pubblico italiano, con una manifesta accelerazione ed impennata proprio dall'inizio degli anni '80 in poi. E questo rappresenterà il pretesto per la progressiva distruzione dello Stato sociale in Italia e quindi dello Stato del Benessere.

7. Criticità e spunti di riflessione

La prospettiva che si apre arricchisce il panorama del benessere all'interno dei luoghi che si occupano della salute pubblica per offrire prestazioni di psicologia del lavoro agli operatori sanitari [60,61,62]. Inoltre attraverso la comprensione del ruolo svolto dagli psicologi del lavoro a favore del benessere organizzativo [63] si vuole implementare un ampliamento delle piante organiche delle aziende sanitarie che prevedano questa specifica figura professionale [64,65]. L'azione politica sarà sinergica alle università, alle associazioni, enti ed istituzioni che si occupano di psicologia e medicina del lavoro. Le principali criticità riscontrate riguardano la figura dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni e il suo ruolo all'interno delle amministrazioni sanitarie [66, 67]. In particolare, si riscontra che lo stress-lavoro-correlato è trattato esclusivamente come problematica individuale, rimandando la persona, che sia cliente esterno o un dipendente della struttura sanitaria, al Dipartimento di Salute Mentale [68, 69]. Come mai è presente un ambulatorio di medicina del lavoro nel Dipartimento di Prevenzione (focalizzato sui problemi muscolo-scheletrici e sui problemi relativi all'intossicazione da amianto) che pur prevedendo un centro di ascolto per lo stress lavoro correlato non prevede la figura dello Psicologo del lavoro? Nel momento in cui si verifica una problematica relativa allo stress-lavoro-correlato l'utente esterno o il dipendente viene infatti inviato al Dipartimento di Salute Mentale ed il caso viene affidato ad uno psichiatra. Si sottolinea dunque che il problema da stress-lavoro-correlato voglia essere, soprattutto all'interno dell'amministrazione sanitaria, un problema gestito a livello individuale e giammai con un'ottica sistemica a livello organizzativo e strutturale. Si evidenzia un'ulteriore perplessità che riguarda l'allocazione delle risorse. Ci si domanda perché la relazione con le risorse umane e nello

specifico la loro allocazione sia di esclusiva competenza e gestione di personale amministrativo se come abbiamo visto la figura professionale dello psicologo del lavoro è formata e possiede competenze relative anche a questo ambito. La gestione dell'allocazione e delle relazioni con le risorse umane è di vitale importanza poiché punto essenziale del senso di efficacia, motivazione e soddisfazione lavorativa, soprattutto nelle aziende sanitarie che sono sottoposte a più rischi psico-sociali. La figura dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni può essere utilizzata in maniera efficace anche nella formazione, nell'inserimento ed accoglienza del nuovo assunto, nella formazione di un gruppo di lavoro e, in generale, nello gestire le dinamiche di gruppo, come l'in-group e l'out-group, la gestione dei conflitti e dei confini. In ultima analisi abbiamo visto che il benessere e la salute individuale e organizzativa è strettamente legata al concetto di clima e di cultura organizzativa; ma a tal proposito nelle aziende sanitarie non sono presenti psicologi del lavoro e dell'organizzazione che si occupino di questi aspetti seppure così importanti soprattutto nell'ambito della salvaguardia di tali dimensioni e nella formazione di tutto il personale.

BIBLIOGRAFIA

1. Agrusta, M., Indelicato, L., Lastretti, M., & Caggiano, G. (2020). Stress e burnout ai tempi del Covid-19.
2. Reborá, G., Minelli, E., & Turri, M. (2003). Profili di management e leadership nelle aziende italiane.
3. Damico, V., Murano, L., Demoro, G., Russello, G., Cataldi, G., & D'Alessandro, A. (2020). Sindrome di Burnout tra il personale infermieristico italiano durante l'emergenza COVID-19. Indagine conoscitiva multicentrica. *Professioni Infermieristiche*, 73(4), 250-257.
4. Levati, W., & Sarao, M. V. (2007). Il modello delle competenze: Un modello originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane. Milano: Franco Angeli.
5. Guerra, G. (1992). La Psicologia del lavoro nelle strutture ospedaliere. *Acta Psychologica*, 3, 23/10/2018.
6. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Galluccio, F. M., Matarazzo, G., Minutella, M. P., Verde, S., & Corvino, M. (2022). Valutazione della qualità della relazione tra operatore sanitario e paziente/caregiver durante la pandemia da Covid-19: una review. *Journal of Advanced Health Care*.
7. Diamare, S., & Polito, G. (2010). La prevenzione del Burn-out e la gestione del rapporto operatore paziente. In Libro degli abstract del VIII Congresso Nazionale.
8. *VIII Congresso Nazionale, La Salute Come Responsabilità Sociale Condivisa*, 1-2-3-4- Ottobre 2008, Atti del convegno, Vaggelli, I., Lavorare sulle competenze nei gruppi di pari. Rovigo: SIPS.
9. Schein, E. H. (2001). La Consulenza di Processo: Come costruire le relazioni di aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo. Milano: Raffaello Cortina Editore.
10. Diamare, S. (2010). Empowerment psicocorporeo. Per il BenEssere dell'operatore d'aiuto. *ORIONE - Rivista di approfondimento culturale della Fondazione SINAPSI*, 6(18), "Lavoro".
11. Verdoliva, C., Corvino, M., Ciarfera, M., Diamare, S., Papa, M., Auriemma, G., Costagliola, E., Chiaro, M., D'Anna, E., Glorioso, A., & Goretti, M. (2021). Health Advocacy and Psycho-body empowerment: An effective Salutogenic Model to fight Burnout syndrome addressed to Health Managers, Health and Social Workers. *Journal of Advanced Health Care*, 07/09/2021.
12. Cesari Lusso, V. (2007). Dinamiche e ostacoli della comunicazione interpersonale. Gardolo (TN): Erickson.
13. Cappuccitti, E. M., & De Carolis, U. (2006). Il valore delle persone in azienda. Milano: Franco Angeli.
14. Nardone, G., Mariotti, R., Milanese, R., & Fiorenza, A. (2007). La terapia dell'azienda malata: Problem solving strategico per organizzazioni. Milano: Ponte alle Grazie Editore.
15. Magnani, M., & Majer, V. (2011). Rischio stress lavoro-correlato: valutare, intervenire, prevenire. Milano: Raffaello Cortina.
16. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Torino: Pearson Editore.
17. Avallone, F. (2016). Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni. Roma: Carocci Editore.
18. Candidato, I., Relatrice, L., Fichera, S. M. I., & Colombo, L. (2022). Psicologia del lavoro: la consulenza per le organizzazioni.
19. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura.
20. Quaglino, G. P. (2011). La vita organizzativa. Milano: Raffaello Cortina Editore.
21. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura.
22. Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747-756.

23. Marini, F., & Mondo, M. (2008). *Il benessere nei contesti lavorativi e formativi*. Roma: Carocci.
24. Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005). *Salute Organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
25. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). *Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura*.
26. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Torino: Pearson Editore.
27. Piccardo, C., & Colombo, L. (2007). *Governare il Cambiamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
28. Amietta, P. L. (2007). *Comunicare per apprendere: Dall'impresa-organizzazione all'impresa-comunicazione*. Milano: Franco Angeli.
29. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Torino: Pearson Editore.
30. Berra, A., & Prestipino, T. (2011). *Sicurezza del lavoro e promozione del benessere organizzativo: Dalla metodologia alle esperienze*. Milano: Franco Angeli.
31. Bisio, C. (2009). *Psicologia per la sicurezza sul lavoro: Rischio, benessere e ricerca del significato*. Firenze: Giunti I.S. Organizzazioni Speciali.
32. Confindustria, C., Confartigianato, C., Claii, C., Confcooperative, C., & Legacooperative, A. G. C. I. (2008). *Accordo Interconfederale Per Il Recepimento Dell'Accordo Quadro Europeo Sullo Stress Lavoro-Correlato Concluso L'8 Ottobre 2004 Tra Unice/Ueapme, Ceep E Ces. Uapme, Ceep E Ces*.
33. Novara, F., & Sarchielli, G. (1996). *Fondamenti di psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino.
34. Santoro, G. M. (2004). *Comunicare in Azienda: Fondamenti, tecniche, strumenti e tecnologie*. Milano: Ipsoa.
35. Barone, M., & Fontana, A. (2005). *Prospettive per la Comunicazione Interna e il Benessere Organizzativo*. Milano: Edizioni Franco Angeli.
36. Goleman, D. (2013). *Lavorare con intelligenza emotiva: Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*. Milano: Rizzoli.
37. De Carlo, N. A. (Ed.). (2010). *Teorie & strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
38. Converso, D. (2012). *Benessere e qualità della vita organizzativa in Sanità* (pp. 1-208).
39. Caramia, G., Rappagliosi, C. M., Favretto, G., Ravizzi, G. (2006). *Aziende sanitarie e clima organizzativo*. DiPAV - QUADERNI, 17.
40. Rozbowski, P., Gabassi, P.G., & Gregori, D. (2001). *La sindrome del burnout: metodologie di analisi in prospettiva "prognostica"*. Milano: Franco Angeli.
41. Di Blasi, F., Catania, L., Celsa, R., Iacono, A., Miccichè, G., & Sapuppo, M. F. (2010). *Il benessere organizzativo in sanità ripensare le organizzazioni*. In URP ASP Palermo, UO Chirurgia Oncologica AOUP Palermo, CEFPAS Caltanissetta, UO Qualità AORNAS Civico Palermo, & UO 2°Rianimazione AORNAS Civico Palermo.
42. Albertini, S., De Plato, G., Sarchielli, G., (2015). *Profili di leadership medica*. Bologna: Bononia University Press.
43. Pisanu, E., Biecher, E., Di Benedetto, A., Infurna, M. R., Rumiati, R. I., & superiore di studi avanzati Sapienza, S. (2020). *Sostegno psicologico agli operatori sanitari durante le emergenze: l'esperienza italiana con il Covid-19*.
44. Vicentini, M. A. (2023). *Burnout e Covid-19 Effetti psicologici della pandemia sulle professioni sanitarie*.
45. Bordin, M. (2022). *La percezione del lavoro nei contesti sanitari: Uno sguardo al fenomeno del Burnout in una prospettiva post-pandemica*.
46. Giorgi, G., & Majer, V. (2009). *Mobbing: virus organizzativo: prevenire e contrastare il mobbing e i comportamenti negativi sul lavoro*. Firenze: Giunti O.S.
47. Janssen, O. (2002). *Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovative work behaviour*. University of Groningen, The Netherlands.

48. Capodilupo, A., De Bonis, A., De Gironimo, A., Di Pinto, N., & Nobili, M. (2022). *Coordinatore infermieristico e burnout: assessment, azioni preventive e correttive*.
49. Caporello, L., & Magni, M. (2011). *Come gestire e migliorare il lavoro di squadra*. Milano: Egea.
50. Quaglino, G. P., & Cortese, C. G. (2003). *Gioco di Squadra: Come un gruppo di lavoro può diventare una squadra eccellente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
51. Verdoliva, C., Corvino, M., Ciarfera, M., Amato, F., Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Paone, F., & Papa, M. (2021). *Studio Pilota Enterprise 2.0. Per il miglioramento della qualità*. In *La Salute umana* (n. 284, pp. 2021 ottobre- dicembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
52. Agosti, A. (2006). *Gruppo di Lavoro e Lavoro di Gruppo: Aspetti pedagogici e didattici*. Milano: Franco Angeli.
53. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., La Pignola, L., Liuzzi, A., Valente, R., Verde, S., Longanella, W., & Corvino, M. (2021). *Umanizzazione del rapporto operatore sanitario-utente e miglioramento della qualità dei servizi*. In *La Salute umana* (n. 283, pp. 2021 luglio - settembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
54. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Goretti, M., & Scia, S. (2021). *I Salotti Virtuali del Benessere*. In *La Salute umana* (n. 283, pp. 2021 luglio- settembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
55. Chiusolo, I., & Bronzini, M. (2022). *R-ESISTENZA: i racconti degli operatori sanitari tra contrasti organizzativi, emotivi e professionali*. *Scenario*, 39, 92-94.
56. Diamare, S. (2010). *Empowerment psicocorporeo come strategia di BenEssere e prevenzione del burn out nei servizi di cura*. *Rivista Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 4/2010, 390-404.
57. Diamare, S. (2022). *Lavoro e innovazione. Il lavoro influisce sulla salute delle persone*. *ORIONE - Rivista di approfondimento culturale della Fondazione SINAPSI*, Anno 6 n. 18 "Lavoro".
58. Fischetti, A. (Ed.). (2009). *La Gestione delle Risorse Umane: Processi e Strumenti*. Milano: Alpha Test Edizioni.
59. Fransella, F., & Dalton, P. (2007). *Il Counseling dei costrutti personali: Teoria e pratica*. Gardolo (TN): Erickson.
60. Magni, M. (2014). *L'arte di essere un leader*. Roma: Newton Compton editori.
61. (2008). *Compendio di Organizzazione Aziendale (3rd ed.)*. Napoli: Edizioni Giuridiche Simone.
62. Mastromarino, R. (2013). *La gestione dei gruppi: Le competenze per gestire e facilitare i processi di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
63. Tropea, G. (2016). *Il giudice amministrativo, giudice dell'economia: L'intervento pubblico nell'economia*, 567.
64. Malacche, C., & Le Iter, M. P. (2006). *Burnout e Organizzazione: Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Gardolo (TN): Erickson.
65. Borgognoni, L. (Ed.). (2005). *Valutazione e Motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
66. Biggio, G. (2007). *Il Counselling Organizzativo: Origini, specificità, sviluppi applicativi della relazione d'aiuto nelle organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
67. Edelman, R. J. (2008). *Conflitti interpersonali nel lavoro: analizzarli e risolverli senza aggressività né passività*. Gardolo (TN): Edizioni Erickson.
68. Amar, P. (2010). *Psicologia per manager*. Milano: Franco Angeli.
69. Majer, V., Marcato, A., & D'Amato, A. (2002). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano: FrancoAngeli.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il tempo è ovunque e da nessuna parte: I limiti in cui si dà il tempo interiore nella sofferenza mentale

Giuseppe Errico¹¹ IPeRS Istituto di Psicologia e Ricerche Sociosanitarie

ABSTRACT

The following analyses on inner time, in the psychological-psychiatric field, includes the addresses, research and studies of the main authors, mainly psychiatrists, philosophers, psychotherapists, who have analyzed lived time, hypertime and chronodesis. The author's clinical reflections on the relationship 'lived time/dark suffering' are collected. Thus, the difficult theme running through the present research is the analysis of the temporal constitution in patients in states of psychic suffering, the failure at the psychic level of a healthy understanding of temporal phenomena (temporal distortions). The focus is thus on the epistemological fulcrums, factors and filters related to the constructions, distortions and alterations of temporal experiences during a state of psychic suffering. The author's work in the field of the treatment of temporality focuses on fundamental themes: dark suffering/consciousness in the experience of time, hypertime (the 'tyranny of the present' in our historical horizon), and chronodesis in patients (the link to temporal horizons). This research, the subject of a series of analyses by the writer, is often underestimated by clinicians for therapeutic purposes. In the psychological-psychiatric field, the analysis of many psychic disorders focuses mainly on unconscious or relational processes and, almost never, on a deep understanding of the patient's lived time. To clinicians, the understanding of lived time mistakenly appears to be of little use and of little methodological rigour. However, the reference to the temporal paradigm opens up new perspectives for therapeutic research that may enable us to gain ground on the cure.

KEYWORDS

Chronodesis, lived time, dark sufferin.

ABSTRACT IN ITALIANO

Le seguenti analisi sul tempo interiore, nel campo psicologico-psichiatrico, comprende gli indirizzi, la ricerca e gli studi dei principali autori, soprattutto psichiatri, filosofi, psicoterapeuti, che hanno analizzato il tempo vissuto, l'ipertempo e la cronodesi. Vengono raccolte le riflessioni cliniche dell'autore sulla relazione 'tempo vissuto/sofferenza oscura'. Pertanto il difficile tema, che attraversa la presente ricerca, è l'analisi della costituzione temporale nei pazienti negli stati di sofferenza psichica, il mancato funzionamento a livello psichico di una sana comprensione dei fenomeni temporali (distorsioni temporali). L'attenzione verte quindi sui fulcri, fattori e filtri epistemologici legati alle costruzioni, distorsioni e alterazioni dei vissuti temporali durante uno stato di sofferenza psichico. Il lavoro dell'autore, nel campo della cura della temporalità, mira a temi fondamentali: la sofferenza oscura/conscienza nei vissuti del tempo, l'ipertempo (la tirannia del presente nel nostro orizzonte storico), la cronodesi nei pazienti (il legame agli orizzonti temporali). Tale ricerca, oggetto di una serie di analisi da parte dello scrivente, è spesso sottovalutata dai clinici ai fini terapeutici. Nel campo psicologico-psichiatrico l'analisi di molti disturbi psichici verte soprattutto sui processi inconsci, o relazionali e, quasi mai, sulla comprensione profonda del tempo vissuto del paziente. Ai clinici la comprensione del tempo vissuto appare erroneamente di scarsa utilità e di scarso rigore metodologico. Tuttavia il riferimento al paradigma temporale apre nuove prospettive di ricerche terapeutiche che potranno consentirci di guadagnare terreno rispetto alla cura.

PAROLE CHIAVE

Cronodesi, tempo vissuto, ipertempo.



Citation

Errico G. (2023).
Il tempo è ovunque e da nessuna parte:
I limiti in cui si dà il tempo interiore nella
sofferenza mentale
Phenomena Journal, 6, 30-43.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.193>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Giuseppe Errico
agenziarcipelago@gmail.com

Ricevuto: 18 ottobre 2023

Accettato: 11 gennaio 2024

Pubblicato: 1 marzo 2024



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

1. I limiti in cui si dà il tempo interiore

*Per ogni cosa c'è il suo momento,
il suo tempo per ogni faccenda sotto il cielo.
Qoèlet*

*La vita si presenta come già fatta e viene vissuta come tale [...].
Ci troviamo di fronte ad una passività che non si può rivivere, che è quello che è e
che non è stato fatto da noi
Paci*

In questo articolo scientifico si illustrerà la questione del tempo vissuto nei pazienti presentando una panoramica delle varie teorie e dei dibattiti che, da vari punti di vista, ne sono connessi. Il percorso mira a descrivere un quadro preciso su come la dimensione del tempo interferisce con i processi di cura, nel tentativo di spiegare di cosa sia (o come venga vissuto) il tempo interiore dal paziente. «*Il problema del tempo ci condurrebbe pertanto allo studio 'della struttura della personalità umana'*».[1]

Oggi le recenti analisi sul tempo interiore dei pazienti segnano un processo di riflessione e maturazione metodologica scientifica, che però ha bisogno di un'attenta e rigorosa riflessione epistemologica. Quando un paziente ci narra di un disagio, naturalmente, lega il vissuto a una sfera del tempo interiore, si relaziona a ciò che considera come flusso temporale (il prima e il dopo l'accadere). Il tempo vissuto (Minkowski, 1971) che diviene quindi pathos (dimensione affettività), si lega agli orizzonti (concezioni) o "cronodesi" (Piro, 2005) e all'ipertempo-tempo presente (Chaboit, 2023) costituendo - pertanto - per chi scrive, tre importanti filoni operativi a livello clinico e ai fini della cura: il tempo interiore, la coscienza e la sofferenza psichica sono "variabili interattive" costantemente presenti nell'osservazione clinica. «*Il tempo è la cosa più essenziale che ognuno abbia e di cui possa, in teoria, fare ciò che vuole. Vivere non è altro che avere tempo. Ma questo bene prezioso ha due destini comuni. In primo luogo, è incastrato nella società, preso dal lavoro e da strutture che vanno al di là di noi. In secondo luogo, e questo è il secondo destino che dipende più da ognuno di noi, passiamo questo tempo in gran parte senza contarlo*».[2] Ma da che cosa sono riempiti i vissuti temporali quando viviamo una sofferenza psichica? Ai fini di un inquadramento storico è bene ricordare come, la comprensione del tempo interiore e del continuo trasformarsi del mondo umano e naturale, compare nella frase tutto scorre di Eraclito. Gli studi sul tempo accompagnano le fasi primordiali della ricerca psicologica e filosofica (Aristotele, Bergson, Brentano, Husserl, Heidegger), fino alla seconda rivoluzione della fisica. Per molti autori ogni volta si tenta di afferrare il tempo umano esso sembra sfuggirci. Come vedremo soprattutto i vissuti temporali di coscienza (presente, passato, futuro) sono fondamentali per cogliere la durata di una cura, il senso e la portata di una sofferenza psichica. Questi si manifestano in varie forme negli stati di sofferenza psichica: l'uno vicino all'altro

(il tempo vissuto accanto a un altro tempo vissuto), l'uno sopra l'altro (un tempo vissuto che sopravviene su un altro), l'altro dentro l'altro (un tempo vissuto incastrato dentro un altro, incorporato). Ogni psicoterapia o tentativo di cura, aldilà dei differenti approcci di ciascun terapeuta, agisce sul flusso temporale (lo scorrere degli accadimenti) e sulla percezione interiore del tempo vissuto, sulla consapevolezza del tempo (coscienza del tempo), sulla comprensione dei meccanismi psichici. La cura contribuisce a fronteggiare lo stravolgimento della trama temporale del paziente durante la sofferenza oscura o crisi (in ogni psicopatologia vi è pur sempre traccia di un "guasto temporale"), nel tentativo di migliorare lo stato di salute.

2. Il tempo oltre il tempo

Ogni qual volta si cerca di afferrare il tempo interiore dei pazienti, esso è sfuggente, inafferrabile, misterioso, ma per così dire anche già qui per noi, dinanzi, presente alla coscienza riflettente. Non solo perché non vi è alcuna esperienza umana nella quale il tempo che si vive ci sia dato come decifrabile, ma poiché non esiste una vita interiore priva di un tempo patico, sentito, avvertito, (o fuori dal tempo), un punto zero (origine) fuori dal tempo (il tempo prima del tempo, il vissuto interiore percepito senza la dimensione del tempo presente) che la coscienza può ritagliarsi come punto di partenza (per cominciare a osservare il decorrere di una durata o riflettere sulle tracce del tempo passato nella psiche). *«Solo gli esseri umani hanno aggiunto a questa vita generatrice di tempo una rappresentazione del tempo, che è quantitativa. Attraverso la loro capacità di astrazione e poi di scienza, hanno immaginato un ordine oggettivo del tempo, un flusso universale che diventa un ambiente generale in cui tutti i ritmi hanno luogo. Il tempo oggettivo è lo sfondo, la trama fondamentale le cui leggi sono specificate dalla fisica teorica. Il tempo non è vissuto lì. Esiste come una rappresentazione in cui si stabiliscono il passato, il presente e il futuro. Ma nessun organismo si temporizza con queste astrazioni, così come nessuno vive al ritmo delle quantità di sabbia che passano attraverso l'orifizio di una clessidra. Questo è il motivo per cui l'umano è un essere perplesso».* [3]

Il concetto di tempo interiore, oggetto della nostra indagine clinica, è quindi un enigma difficile da risolvere: l'interiorità del paziente non smette mai di legarsi al vissuto emotivo e questo a sua volta alla temporalità (percezione cosciente o irriflessa del senso del tempo), di riflettere sull'accadere dell'accadere e d'incarnarsi negli innumerevoli accadimenti temporali che si intrecciano con la storia personale. Ogni individuo, infatti, dispone di un tempo lineare e storico (cronologia degli accadimenti) e di un tempo interiore (soggettivo, personale, enigmatico) ossia di due tempi diversi: *«il tempo spontaneo del suo ritmo di vita e il tempo che passa, di cui è consapevole. La presenza stessa di questi due ordini è la causa fondamentale della tensione che può caratterizzare l'esistenza e che si sente nel sospiro di non avere tempo. Vivere sarebbe davvero molto diverso se lo facessimo solo al ritmo del tempo spontaneo, fuori dai vincoli, senza preoccuparci di che ora è od quanto tempo c'è. È un lusso che a volte ci concediamo, per abbandonarci alla libertà, per ascoltare solo i nostri*

desideri, per seguire solo i meandri della nostra mente, le azioni e le reazioni del nostro corpo. Questa è la prima qualità del tempo: questo tempo spontaneo, questo tempo restituito a sé stesso e quasi innocente». [4]

Come scrive lo psichiatra Minkowski, durante alcune condizioni psichiche, sentiamo spesso fuggire il tempo. [5]

Quante volte al paziente sembra sfuggire il senso del presente, avvertendo una distanza dalla realtà percepita e dalla propria identità? Tale condizione patica non è espressione di una sfuggente e enigmatica percezione temporale? Per comprendere tali fenomeni occorre tener presente gli studi sul tempo psicologico inaugurati nel Novecento da Bergson e da Husserl e Heidegger.

Per Husserl [6] in ogni persona c'è il reciproco implicarsi della ritenzione del passato e della protensione del futuro (mescolamento e sovrapposizione), mentre, sotto il profilo ontologico-esistenziale, per Heidegger [7] il tempo costituisce la base dell'esistenza.

In queste due definizioni importanti si nota tutto lo sforzo degli autori di connettere i concetti di vita vissuta, tempo interiore, progetto di vita. Nulla di meglio, per iniziare, delle parole di Edmund Husserl per sintetizzare questo tentativo di approfondire il tema e per valorizzare l'accadere psichico, l'evento vissuto, dotato di una sua struttura/forma temporale (spesso non decifrabile e capace, a sua volta, d'innescare, in alcuni casi e precisi momenti attuativi, processi trasformativi nell'esistenza del paziente). Detto, in altri termini, la temporalità si presenta come cifra del mutamento personale e come ostacolo al mutamento. Ricordiamo che tali ricerche prendono in considerazione la relazione 'paziente e tempo vissuto', esclusivamente, in relazione alla sofferenza oscura [8] e non ad altri fenomeni psichici (la nostra analisi-ricerca si concentra esclusivamente sul binomio tempo vissuto/sofferenza oscura): l'uso di quest'ultimo termine "sofferenza oscura" (introdotto dallo psichiatra Sergio Piro), viene usato in sostituzione del concetto di disagio psichico, ed ha il vantaggio di non inserire la cura in nessuna disputa di carattere epistemologico (Io o non-Io, Vero o Falso Sé?). «Solo da questo punto in avanti è possibile entrare in aspetti propri e specifici della cura della sofferenza psicologico- psichiatrica che chi scrive, per ostinazione, continua a chiamare sofferenza oscura». [9]

La cura è una ricerca patica sul tempo vissuto del paziente rispetto al suo destino, al flusso interiore, al mutamento; ha un esito positivo quando produce un mutamento personale (un mutamento delle visioni del tempo interiore), analizza, ripristina e rinsalda, positivamente, il tempo vissuto del paziente alla cronodesi (orizzonti del tempo); quando trasforma colui che soffre in un viandante (viaggiatore del tempo) che sa usare il suo tempo interiore, soprattutto il tempo presente, per comprendere cosa accade in sé e nel mondo, per slargare orizzonti, per sostituire all'odio la protensione verso la vita.

«La cura della sofferenza oscura (nevrosi, depressioni psicogene e ontiche, tensioni emozionali, etc.) è, almeno inizialmente, una pratica intuitiva, non diversa qualitativamente dalle relazioni della quotidianità e dagli interventi attivi di qualcuno verso altri, successiva e coeva a tutte le forme trasformazionali primitive, tradizionali, po-

polari, magiche, rituali, incubative, etc. dalle quali, in modo positivo, direttamente deriva e verso le quali tende oscurantisticamente a ritornare... Dunque, la “scientificità” della cura non è data né dall’attuazione di rituali e procedure né dalla pioggia anomala e acida di ermeneutiche stravaganti e infantili e di epistemologie gravemente contraddittorie, ma dall’attenzione di massa che in questo secolo si è data alla necessità di una forte corroborazione metodologica e di una sistematizzazione di tale pratica umana». [10]

3. Il tempo appare nel suo darsi per Husserl e Heidegger

La struttura del vissuto temporale, secondo Husserl, è composta dai momenti intenzionali del farsi del tempo (l’accadere dell’accadere) che non corrispondono al presente-passato-futuro ma ad alcune condizioni con cui la persona può vivere e darsi passato-presente-futuro. Per essere più precisi nella terminologia la praesentatio è l’essere ora di ogni accadimento, una sorta di limite che congiunge ritenzioni e protensioni e che racchiude e lega in sé l’individuo da un passato e verso un avvenire (diadronicamente). Queste tre dimensioni (che possono trasformarsi durante la sofferenza psichica, per chi scrive, in guasto temporale nel paziente) non esprimono il tempo come durata ma il vivere, il pathos, attraverso cui ogni paziente può esprimersi, parlare di sé durante ogni accadimento. Ogni dimensione temporale non è uno stato ma un continuo fuori di sé. Secondo Husserl, per definire l’unità di un accadimento vissuto, interviene l’intenzionalità, poiché è il significato complessivo della percezione temporale che definisce la comprensione e l’autentico senso di un accadimento presente che è sempre analizzabile attraverso il presente-presente (l’impressione), l’appena-passato (la ritenzione), e ciò che-sta-per-accadere (la protensione). Infatti ritenzione e protensione vivono grazie all’impressione-protensione (essa è l’unica in grado di far essere ciò che non-è-più e ciò che non-è-ancora). Nel tempo presente del paziente si formano nuove protensioni di ogni accadimento, che si conservano poi nelle ritenzioni. Un continuo oscillare che avviene durante l’accadere dell’accadere e che fanno sì che la coscienza trasformi ogni cosa esistente in vissuto temporale. Durante uno stato di sofferenza oscura il tempo assume varie caratteristiche: l’unicità, la continuità, la linearità, l’irreversibilità e l’infinità.

Scheda 2 Caratteristiche del tempo interiore

Unicità	Continuità	Linearità	Irreversibilità	Infinità
Aspetto soggettivo del tempo vissuto	Flusso soggettivo	Sequenza o interruzione del tempo vissuto	Il non tornare indietro del tempo vissuto- freccia verso il futuro	L’inarrestabilità del tempo, la protensione verso il futuro

Con questa concezione si rende evidente il fatto che la sofferenza oscura comporti una successione infinita di campi temporali oscillanti, verso il passato o verso il futuro, a secondo il tipo di disagio psicologico in atto. Da qui segue l'immagine del tempo interiore negli stati di sofferenza oscura come movimento diadronico (andare di qua e di là). Si ha, così una concezione fenomenologica della cura del tempo derivante dalla concezione d'intenzionalità della coscienza che si scontra con la psicologia del tempo. Solitamente nella vita quotidiana nonostante la fuggevolezza del tempo immaginiamo di poter riuscire a misurarlo in ogni momento. Per tali motivi parliamo di un tempo breve o lungo, passato e futuro. In base a cosa abbiamo tale percezione e facciamo questa misura? Sant'Agostino [11] ci suggerisce dove si trovi il luogo in cui tutto ciò accade: nell'anima.

Nei pazienti accade che il passato (che non c'è più) diviene memoria delle cose passate mentre il presente, privo di durata, diviene istante che tra-passa.

Per molti psicoterapeuti il tempo interiore non viene considerato come un accessorio dell'esperienza ma come l'esperienza stessa che non sarebbe tale se non fosse costituita di tempo percepito, se non fosse vissuta. Tale riflessione si lega a Heidegger, ideatore di un'analitica esistenziale: *«Il tempo è qualcosa in cui un 'punto-ora' può essere fissato a piacimento in modo tale che, di due diversi punti temporali, l'uno è sempre prima e l'altro poi, senza che alcun 'punto-ora' del tempo si distingua dall'altro»*. [12] Heidegger ci fa notare come l'esser-ci (l'essere nel mondo), è il tempo stesso, e non è nel tempo del mondo. Tale difficile problema ci aiuta a comprendere che solo l'ora presente è veramente qualcosa. Infatti il passato e il futuro non sono, in quanto non-più-ora e non-ancora-ora.

Ciò ha dato vita a una determinata concezione temporale della vita della persona come presenza stabile, sostanziale o eterna. Da questa concezione si è poi sviluppato il concetto di tempo come legato al mondo, un elenco di atti, una serie di ora, che è rimasto alla base della riflessione sul vivere quotidiano. *«L'elemento esistenziale-ontologicamente decisivo del calcolo del tempo non può perciò neppure esser ravvisato nella quantificazione del tempo, bensì va compreso più originariamente a partire dalla temporalità dell'esserci che calcola il tempo»*. [13]

Heidegger pone al centro tale questione: *«La temporalità rende possibile l'unità di esistenza, fatticità e scadimento, e costituisce così originariamente la totalità della struttura della cura... La temporalità temporizza, e precisamente temporizza maniere possibili di se stessa»*. [14]

Accade così che il paziente sperimenti l'adesso, o più specificamente, l'esperienza sensoriale attuale, insieme con i ricordi traumatici (in alcuni casi) di esperienze sensoriali precedenti. Si possono anche ripetere, sostituendosi alcune esperienze con altre, senza che il carattere di ripetizione sia celato. Così formiamo, noi tutti, il concetto di tempo, come una cornice illusoriamente unidimensionale, che può essere riempita da diverse esperienze e modi di vivere interiormente il tempo. Uguali serie di vissuti corrispondono agli stessi intervalli di tempo soggettivi.

Ma, come vedremo, la temporalità è anche il fondamento del legame agli orizzonti del proprio tempo di vita, delle epoche che si succedono e che creano diverse imma-

gini del tempo presente (ipertempo). «*Il trovarsi si temporizza primariamente nell'essere-stato (ripetizione e oblio). La radice temporale dello scadimento è primariamente nella presenza (presentare o attimo). Eppure il comprendere è viva via un "essere-stato" presenza*». [15]

Il paziente viene invitato a collegare il tempo presente al flusso della coscienza senza scivolare nelle trappole del ricordo e dell'ansia del futuro.

«*La parola "tempo" è usata con diversi significati legati fra loro, ma distinti: 1. "Tempo" è il fenomeno generale del susseguirsi degli eventi ("il tempo è inesorabile"); 2. "Tempo" indica un intervallo lungo questo susseguirsi ("nel tempo fiorito della primavera"), oppure 3. La sua durata ("Quando tempo hai aspettato?"); 4. "Tempo" può anche indicare un particolare momento ("È tempo di migrare"); 5. "Tempo" indica la variabile che misura la durata*». [16]

Da Heidegger in poi non possiamo formulare l'ipotesi di un percorso di cura valutando il prima e il dopo quando ascoltiamo una narrazione del paziente (il legame oscillante tra passato e futuro attraverso il presente), o affrontiamo una sofferenza oscura. Se ogni paziente è definito dalla sua possibilità di progettare» si comprende che nella temporalità viene riposta la struttura dell'esistenza. Nel tempo presente l'esistenza vive il suo esser presso-le-cose da un passato che riprende la sua corsa, in vista di un futuro che anticipa ogni accadere. La temporalità non è dunque una successione di stati, ma un originario e autentico esser-fuor-di-sé di ogni e-stasi temporale. Nel campo della cura, quando le condizioni sono ottimali per un cambiamento personale positivo, ogni attimo (arco) presente anticipa (allargandosi) un futuro e si riprende, attualizzandolo, il proprio passato. Quando avviene tutto ciò la temporalità si divide, spezza nel suo darsi, e non avvertiamo più il tempo vissuto ma la caduta dell'esistenza: il tempo insito nella sofferenza si presenta, non caso, come tirannica dominazione del passato, o del presente, o del futuro.

4. I fili intensionali dell'oggettività temporale diBinswanger

Grazie a Jaspers [17] abbiamo imparato che l'individuo è compreso (gettato) tra la nascita e la morte (finitudine), che la temporalità gli compete per una necessità interiore e biologica, in un duplice significato di tempo vitale e di coscienza del tempo. L'esistenza del paziente è intrisa di un inizio e di una fine quindi di una temporalità ma anche di un tempo vissuto (coscienza del tempo): il paziente, che non può fare a meno del tempo, di mescolare i vissuti con la sofferenza oscura, ed ha una storia che costituisce il suo passato e che, in qualche modo, guida il suo tempo presente verso quel non ancora certo che chiamiamo futuro. In sostanza secondo lo psichiatra Binswanger [18] la sequenza temporale costituisce un elemento che fonda l'esistenza. Binswanger ha interpretato la tristezza come una forma di destrutturazione dell'intenzionalità (il senso e il significato del soffrire), come una forma di disfunzione della dimensione temporale dell'intenzionalità (il senso della rottura/scarto temporale), delle figure temporali. Sono questi due aspetti (destrutturazione/disfunzione) che si intrecciano e si presentano durante l'osservazione clinica. «*Nella profonda tri-*

stezza il mondo appare loro come grigio nel grigio, indifferente e sconsolante. Di ogni cosa cercano solo il lato sfavorevole e infelice. Nel passato hanno avuto molte colpe (auto-rimproveri, idee di consapevolezza), il presente offre loro solo disgrazie (idee di inettitudine), l'avvenire appare loro terrificante (idee di impoverimento)». [19]

Grazie a Binswanger [20] la sofferenza psichica può essere indagata, a partire dalla destrutturazione (mutazione del vissuto) della temporalità. Nella depressione, ad esempio, di fronte al tempo presente vuoto, l'aggancio al mondo non è interrotto del tutto (vi è uno scarto/distanza tra la persona e i vissuti autentici, ma non una rottura temporale definitiva che condurrebbe al vuoto assoluto), ma è pervaso dall'angoscia della perdita.

«Il tempo è disarticolato ma è il presente, intenzionalmente vuoto e angoscioso, che si tematizza nel passato, forse per “difendersi” dall'horror vacui, dal nulla, dalla mancanza di essere. È possibile che quando venga meno la tematizzazione del presente, l'esperienza non dicibile, non più esprimibile, del nulla non possa manifestarsi che con l'idea della morte, fino alla sua realizzazione, il suicidio; allora il tempo si realizza solo nell'istante e diventa immutabile, eterno». [21]

L'esperienza vissuta negli stati di depressione, che mostra un dileguarsi della trama dei fili intensionali costituenti l'oggettività temporale, si situa esistenzialmente in uno spazio/tempo ridotto, coartato, raggrinzito, bloccato. Lo spazio psichico si pone esclusivamente nella dimensione della chiusura, del ritirarsi, del vuoto. Durante lo stato di tristezza i momenti retentivi si intrecciano con i momenti protentivi (autoaccusa) o di momenti protentivi con ritentivi. Durante un disturbo melanconico si manifesta l'allentamento dei 'fili' che formano la trama della temporalità soggettiva. Il paziente rimane nell'impossibilità di comprendere il tempo interiore, di collocare un'esperienza così sofferta nell'ambito delle prassi di vita: l'incontro con se stesso e con il terapeuta diventa difficile. Il paziente, imprigionato dalla sofferenza oscura, può inconsapevolmente ignorare questa frattura tra «vita-tempo» e «vita-legame al tempo (cronodesi)», che ha travolto la sua esistenza; può ignorare il suo naturale andare verso il futuro: ed è essenziale, nel lungo processo della cura, cercare di aiutare il paziente a recuperare e ripristinare la coscienza del tempo, il suo legame al tempo, quei pilastri fondamentali per il riconoscersi come Persone, elementi costitutivi e ormai danneggiati; il paziente deve avere l'opportunità di creare, all'interno di una relazione significativa con il pathos, un nuovo orizzonte/mutamento patico, che deve essere restituito e ri-costruito.

Occorre riportare il paziente in una realtà temporale dicibile (narrazioni temporali), in un mondo di significati condivisibili con le persone. *«Mentre parlo, dunque nella presentatio, ho già delle protensioni, altrimenti non potrei terminare la frase; allo stesso modo ho, “durante” la presentatio anche la retentio, altrimenti non saprei ciò di cui parlo».* [22]

A partire da queste tre modalità costitutive della temporalità vissuta possiamo affermare, che, a livello psicopatologico, il malinconico appaia imprigionato nella impossibilità di darsi un futuro.

A livello clinico la crisi del paziente di una delle tre modalità (retentio, presentatio, protentio), genera una sofferenza di tutto il processo interiore e del carattere di continuità della temporalizzazione.

Anche Tellenbach [23], sull'onda di Binswanger, mette in risalto come il tempo malinconico assuma gli abiti del restare indietro, del non riuscire ad andare avanti, dello "stallo". Tale riflessione coglie l'istanza di base della solitudine, della carenza totale della temporalizzazione, la fase dell'involuzione, il suo arresto: il tempo vissuto non fluisce più. Ora il tempo interiore, col suo fluire, non si sintonizza rispetto alle relazioni con gli altri, non ci fa essere-con gli altri, ci isola, ci allontana dall'accadere dell'accadere. Il tempo fermo dell'ansia panica, ad esempio, che caratterizza la sofferenza oscura, non ci fa riscoprire un senso patico (non si prova nulla di reale ma si vive solo il panico), prende forma nella coscienza intenzionata, fonda una realtà alter-egoica: il melancolico manifesta così, in modo pregnante, il blocco.

Nel tempo del melancolico si presenta l'assenza, il vuoto, lo smarrimento, la pesantezza e la lentezza: una lentezza del corpo che non è frutto di un cauto e timoroso muoversi nel mondo, ma l'ineliminabile conseguenza del proprio esser-pesanti, del non-farcela-più. Ora la fatica del vivere traspare da ogni silenzio e gesto, dalla grande solitudine e dall'arresto del divenire.[24] Così la persona triste che, buttata sul letto, col cellulare a portata di mano, non riesce a telefonare neppure a una persona cara; ma non perché ne sia impedito fisicamente, ma perché c'è un ostacolo (conflitto/distorsione temporale) insormontabile tra l'inerzia fisica (che pervade la mano che dovrebbe appena allungarsi verso il telefono) e l'inerzia psichica che dovrebbe pro-tendersi verso una azione futura, un'azione semplice, verso il futuro. È come se il telefono avesse perduto uno scopo, il carattere di invito temporale al dialogo. Il paziente non è più in presenza della tristezza, non è più solo per la tristezza, congelato dal tempo presente, e in essa, si identifica. Pertanto nel tempo vissuto della sofferenza oscura, come suggerisce Danilo Cagnello[25] appare un triste riappropriarsi del proprio corpo, che diviene pesantezza e staticità senza scampo, perdita fondamentale della presenza di vita nel mondo, della corporeità progettantesi nel mondo. Ogni incontro mancato (nel tempo sospeso con ogni oggetto del mondo) testimonia, in modo inequivocabile, la coartazione esistenziale, l'imprigionamento umano, l'incarceramento del sentire affettivo. Tale smarrimento testimonia, in modo più o meno eloquente il coartarsi del tempo vissuto, bloccato dalla solitudine esistenziale che diventa isolamento, esclusione, sofferenza oscura. [26]

5. La tirannia del tempo presente

Di recente un altro importante filone di studi sul tempo interiore e storico ci viene offerto dal testo di Pascal Chabot (2022) [27] che suggerisce come essere persona significhi avere tempo. Oggi si vive, secondo l'autore, continuamente e costantemente con la sensazione ansiogena di non avere tempo. La nostra attuale civiltà vive sotto quattro regimi temporali che si scontrano nel quotidiano: Fato (imperativo biologico della vita fino alla morte), Progresso (imperativo del futuro), Ipertempo (ti-

rannia del presente e tecno-capitalismo: il tempo è ovunque e da nessuna parte) e Scadenza (conto alla rovescia verso la catastrofe ecologica). Per Chabot prima d'ora mai si era sperimentato l'antagonismo di tante concezioni incompatibili del tempo, che il più delle volte si uniscono contro di noi e che dobbiamo tuttavia conciliare per affrontare la quotidianità. Perché l'atteggiamento che assumiamo nei confronti del tempo ha un impatto profondo sulle nostre vite e la cura: navighiamo tra nostalgia del passato, dipendenza dal presente e speranza per il domani. La sfida è costruire una prassi del tempo commisurata alla vita vissuta, all'attualità e agli orizzonti del proprio tempo. *«L'ipertempo obbedisce a un nuovo tipo di schema, interamente incentrato sul presente. Il momento e il presente sono dominanti, in contrasto con il Fato, che radicava l'esperienza nel passato delle origini, e con il Progresso, che si nutriva di una spinta verso futuri desiderati. Il mondo dell'ipertempo è un mondo di esperienza, sostenuto e arricchito da tecniche avanzate che hanno la capacità di presentificare, cioè di rendere presente, ciò che in altre epoche avrebbe potuto solo essere evocato. Nell'Ipertempo, anche se in forma virtuale e attraverso uno schermo, ciò che è reale è ciò che è i, disponibile, convocabile, consumabile o almeno visibile. È un mondo prosaico, materialista, che non si lascia ingannare da chimere invisibili e che è tornato disilluso, e talvolta insanguinato, dalle sue fughe futuristiche in utopie invivibili. Viviamo al ritmo delle notizie e delle reti, degli orari, degli schermi e del telelavoro, dimenticando con rapidità immaginando per procura, ma godendo di un'esperienza del mondo fantasticamente ampliata. L'uomo dell'Ipertempo è già il beneficiario della realtà aumentata, Ciò che vede, tocca o sperimenta rischia, grazie alle protesi digitali, di generare un numero considerevole di commenti e confronti che rendono la sua presenza più comune, più condivisibile».* [28] Nella figura della Scadenza, la frase non avere tempo si espande dalla condizione individuale alla prospettiva della sopravvivenza del genere umano sulla terra, generando nuovi sentimenti, come ad esempio l'afuturalgia, il dolore di sentirsi privati di un futuro. Si invita a ragionare sulla necessità di pensare in quattro dimensioni, affrontare insieme i quattro schemi, fondere il diacronico e il sincronico in una meta-spirale, aperta e complessa. Riguardo il concetto dell'Occasione, il momento opportuno, il kairos del pensiero greco essa è come un'uscita dal tempo, è il momento della risoluzione veloce, dell'agire, del cogliere un'opportunità.

6. Verso una nuova interpretazione e modello del tempo vissuto

I tre termini tempo interiore, ipertempo e cronodesi, tutti legati alla clinica, costituiscono, un campo di osservazione e di prassi riguardo la cura della sofferenza psichica. Un campo operativo dove è possibile intervenire, tramite l'empatia, la consapevolezza semantica e il dialogo costruttivo, al fine di ripristinare il "guasto temporale" nel paziente. Per comprendere la terapia del tempo vissuto, ai fini della nostra ricerca abbiamo usato, i termini tempo interiore, ipertempo e cronodesi. *«Non si deve confondere la temporalità fungente con la cronodesi, che esprime il legame epocale al fluire del mondo umano, alle sue fratture e ai suoi vortici, in una prospettiva che an-*

cora ricorda quella diltheyana dell'epoca. La parola cronodesi già esplicita un'immediatezza sentimentale, presente in tutte le donne e gli uomini, e un'adesione, in una parte di essi, a ciò che si presenta... L'immediatezza è il tempo nella sua affettività originaria, ciò che si presenta è il tempo incarnato in un significato. L'Erlebnis d'imminenza della trasformazione e la spinta di inseguirla nel futuro prossimo è la cifra dell'umano». [29]

Quindi un inquadramento minimo sul tempo vissuto non può che partire dal campo psicologico-psichiatrico, dalla cura della sofferenza oscura, che deve avere in sé, insieme, il carattere generale di liberazione dalla sofferenza oscura e l'apertura di un discorso nuovo di mutamento personale del paziente, il carattere di consapevolezza metodologica e una sperimentazione propria a livello personale.

Occorre porre, in situazione dialogante, la temporalità Vissuta con alcune riflessioni sulla sofferenza oscura.

Il punto di partenza è che non bisogna confondere il tempo interiore della coscienza (tempo fenomenologico) con il tempo come durata (quest'ultimo appartenente alle scienze della natura) o con la temporalità della storia (cronodesi, ipertempo): il primo è tempo vissuto, in altre parole visto dalla soggettività come un farsi, mutamento, divenire. Quando in un contesto clinico si parla di "oggettività" del tempo, s'intende certamente non il tempo fisico, il tempo "esterno" alla coscienza, ma il tempo "interno", ovvero dell'interna coscienza di tempo. Si tratta insomma di un tempo soggettivo, ma nient'affatto soggettivistico, legato come già detto, alla cronodesi e all'ipertempo. In altri termini, per poter comprendere la vita del paziente, per intenderne cioè il "significato" (e il percorso di cura) che, in quanto tale, non può essere se non "oggettivo", la si deve collocare entro una temporalità interiore e universale che per una prassi "critica" come la psicoterapia deve essere svincolata da qualsiasi ontologia della durata del tempo. Il tempo vissuto valorizza ciò che accade a livello personale. La questione del tempo interiore, nel campo della psicologia e della psicoterapia, costituisce un punto fondamentale per la cura, per la messa in opera di prassi sperimentali terapeutiche. Gli avvenimenti narrati, che vivono i pazienti, solitamente non sono tutti ordinati in ordine cronologico (passato, presente e futuro) così come la coscienza del tempo non sempre appare vigile, presente: solo 'parzialmente' la dimensione del tempo interiore appare ordinata e il dialogo terapeutico può contribuire a "mettere ordine" al vissuto temporale. Come già detto in altri lavori sono soprattutto i vissuti temporali a offrirci l'opportunità di comprendere durante una crisi o sofferenza psichica ciò che accade nel paziente e a poterci, nel migliore dei casi, prenderci cura di una sofferenza psichica. Questi vissuti temporali si manifestano nella coscienza intenzionale in varie forme. Sono vissuti che prendono la forma di un legame tra tempi diversi: l'uno vicino all'altro (il tempo interiore vive accanto a un altro tempo percepito), l'uno sopra l'altro (un tempo interiore sopravviene su un altro tempo percepito), l'altro dentro l'altro (un tempo vissuto quasi si incastra dentro un altro tempo, incorporandolo). Ogni psicoterapia agisce sul guasto temporale mediante il dialogo terapeutico, l'empatia, il legame clinico-paziente, l'interpretazione e la comprensione di ogni accadimento psichico. Molti fattori possono costituire un'im-

portante campo di osservazione clinica: il flusso temporale (lo scorrere degli accadimenti e il modo che il paziente adotta per cogliere ogni accadere); la percezione interiore del tempo vissuto (il modo in cui il paziente osserva e interpreta il tempo interiore), il grado di consapevolezza del tempo (la coscienza del tempo), il legame al tempo e all'ipertempo (il modo in cui il paziente vive il legame alla storia, al susseguirsi degli accadimenti personali e storici). La cura può contribuire a fronteggiare lo stravolgimento e rottura della trama temporale del paziente durante la sofferenza oscura o crisi. L'analisi sulla temporalità introduce l'importante dimensione terapeutica del «*presente vivente*» (il qui e ora), in relazione ai percorsi di mutamento personale. La dimensione del tempo interferisce con i processi di cura.

L'idea alla base è di poter con prudenza e umiltà, man mano, elaborare un paradigma operativo capace di aiutare i giovani clinici a adottare un efficace approccio per la cura dei guasti temporali, la coscienza del tempo.

Rispetto agli addetti ai lavori si incoraggia una discussione scientifica e costruttiva sul valore e il ruolo che il tempo vissuto assume in ambito clinico e, in generale, nel campo psicologico-psichiatrico.

Basterebbe considerare il tempo vissuto durante un evento drammatico per comprendere in che modo la coscienza di se stesso sia esposta a una forte mutevolezza, imprevedibilità e variabilità del vissuto in relazione alla percezione del tempo interiore. [30]

La relazione tra il tempo e i contenuti dello stato di coscienza è estremamente complessa e non è stata ancora indagata a fondo. Se in generale le modulazioni fisiologiche e patologiche dello stato di coscienza possono essere descritte in termini di riduzione/aumento del livello di vigilanza (associato alla presenza o assenza di contenuti esperienziali soggettivi) il contenuto dell'esperienza soggettiva o pathos varia da momento in momento, da percezione a percezione, da sensazione a sensazione. Tali contenuti, come abbiamo avuto modo di dire, sono determinati dall'interazione tra fattori esterni (gli stimoli provenienti dall'ambiente) e fattori interni (l'attenzione selettiva), e comprendono il vissuto e l'empatia (pathos), la percezione degli oggetti che ci circondano, i ricordi di eventi passati, i progetti per le azioni future e, più in generale, i pensieri, le sensazioni e le emozioni. È ormai dato condiviso che ogni individuo integra i dati ambientali con determinate modificazioni della coscienza. Il nostro stato di coscienza del tempo può subire significative limitazioni a opera della sofferenza, del pathos, della volontà, indipendentemente dalla situazione in cui ci troviamo, come quando ci raccogliamo e ci concentriamo nel presente, nel passato e immaginiamo il futuro. Non solo. È possibile ammettere una spontanea capacità trasformativa della coscienza del tempo, un passaggio da uno stadio all'altro, non condizionato dall'ambiente ma semplicemente dai livelli di giudizi personali (positivi e negativi) che la persona attua su se stesso.

A livello clinico e terapeutico è necessario che il paziente abbia chiara l'idea (livello di consapevolezza) che è egli stesso a "collocarsi" nello spazio del tempo vissuto, a pensare, a sapere, a fare.

«... *il tempo spontaneo del suo ritmo di vita e il tempo che passa, di cui è consapevole.*

La presenza stessa di questi due ordini è la causa fondamentale della tensione che può caratterizzare l'esistenza e che si sente nel sospiro di non avere tempo. Vivere sarebbe davvero molto diverso se lo facessimo solo al ritmo del tempo spontaneo, fuori dai vincoli, senza preoccuparci di che ora è od quanto tempo c'è. È un lusso che a volte ci concediamo, per abbandonarci alla libertà, per ascoltare solo i nostri desideri, per seguire solo i meandri della nostra mente, le azioni e le reazioni del nostro corpo. Questa è la prima qualità del tempo: questo tempo spontaneo, questo tempo restituito a sé stesso e quasi innocente». [31]

Per concludere la temporalità è, da un lato, la modalità di costituzione della persona (“noi siamo tempo”), e dall'altro il luogo del suo esercizio vitale per relazionarsi con gli altri, il mondo, la vita e le singole persone: la soggettività (identità) si forma nel tempo (immanente-trascendente) e in esso rinasce e evolve (mutamento patico), è proprio in questo esercizio psichico infinito di messa in discussione di se stessi e di rinascita (che è il telos dell'azione del soggetto) che prende corpo la cura, la percezione (coscienza) del tempo, la vita interiore, il mutamento personale, la lotta contro la sofferenza oscura. Oggi, a livello scientifico sappiamo come il turbamento (guasto) dei momenti strutturanti temporali (intenzionali, consapevoli, inconsapevoli, trascendentali) determinano (amplificano) la fragilità psichica, accompagna il continuo e inarrestabile flusso dei vissuti della coscienza del tempo.

Il termine italiano vissuto indica sinteticamente l'espressione più ampia: ciò che è da me vissuto, quindi l'atto che sto vivendo; vissuto in questo caso comprende la temporalità interiore, ed ha il significato di atto relativo al passato-presente-futuro. L'esperienza vissuta grammaticalmente si riferisce ad un'attività del soggetto colta nel momento in cui si presenta. La coscienza temporale non è una scatola che contiene i vissuti, piuttosto è la modalità che caratterizza tutta la vita interiore, su cui s'iscrivono, in maniera oscillante, gli atti temporali. Nulla, nel dolore, dal punto di vista del comune sentire, che è poi la più immediata modalità di conoscenza del mondo, sembra slegarsi dal tempo vissuto. Oggi sembra quasi che, a proposito di tale argomento trattato, la psicologia abbia deciso di gettare la spugna, delegando alla medicina, alle neuro-immagini o alla farmacologia il compito di comprenderlo e affrontarlo. Tuttavia, sulle orme di Paci occorre ricordarsi che: «*La coscienza è l'esprimersi del tempo in una relazione che riprende sempre se stessa secondo un'intenzione e un telos*». [32]

Riconoscere il divenire del tempo, (il flusso del prima e del dopo), la cronodesi e il tempo vissuto come il nostro tessuto essenziale ci permette di ritrovare la nostra natura di persona e di ritrovarci parte del processo di cura e mutamento personale, ossia spettatori e attori a un tempo del grande dramma dell'esistenza; per scoprire un legame tanto complesso quanto quello che viviamo dentro di noi. La convergenza fra il mondo attorno a noi e il mondo dentro di noi è uno degli avvenimenti più significativi del nostro destino.

BIBLIOGRAFIA

1. Binswanger, L. (2015). *Melanconia e mania. Studi fenomenologici*. Torino: Bollati, 41.
2. Chabrot, P. (2023). *Avere tempo*. Roma: Treccani, 17.
3. Chabrot, P. (2023). *Op.cit.*, 28.
4. Chabrot, P. (2023). *Op.cit.*, 28.
5. Minkowski, E. (1971). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi, X.
6. Husserl, E. (1965). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi, 65-67.
7. Heidegger, M. (2011). *Essere e tempo*. Milano: Mondadori.
8. Piro, S. (2005). *Trattato della ricerca diadromico-trasformatzionale*. Napoli: La città del sole.
9. Piro, S. (2005). *Op.cit.*, 338.
10. Piro, S. (2005). *Op.cit.*, 343.
11. Sant'Agostino (1996). *Le Confessioni*. Milano: Mondadori.
12. Heidegger, M. (1998). *Il concetto di tempo*. Milano: Adelphi, 28.
13. Heidegger, M. (2015). *Essere e tempo*. Milano: Mondadori, 575.
14. Heidegger, M. (1981). *Il concetto di tempo*. Milano: Adelphi, 29.
15. Heidegger, M. (2015). *Op.cit.*, 461.
16. Rovelli, C. (2017). *L'ordine del tempo*. Milano: Adelphi, 25.
17. Jaspers, K. (2009). *Psicopatologia generale*. Roma: Il pensiero scientifico.
18. Binswanger, L. (1971). *Melanconia e Mania*. Bollati, Torino.
19. Colonello, Pio (2004). *Melanconia*. Napoli: Guida, 12.
20. Binswanger, L. (1989). *Sogno ed esistenza. Per un'antropologia filosofica*. Milano: Feltrinelli.
21. Agresti, E. (2001). *Quale tempo?* Pisa: Edizioni del Cerro.
22. Binswanger, L. (1971). *Melanconia e Mania*. Bollati: Torino, 31
23. Tellenbach, H. (1975), *Melanconia: storia del problema, endogeneità, tipologia, patogenesi, clinica*. Milano: Il Pensiero Scientifico.
24. Von Gebattel, V. E. (2020) in Molaro, A., Stanghellini, G. *Storia della fenomenologia clinica*. Torino: Utet, 85-102.
25. Cagnello, D. (1981). *Analitica dell'alienazione*. Atti del convegno della Società Filosofica Italiana. Roma: Editrice La Società.
26. Castellani, A. (1971). *Fenomenologia psicopatologica del "mondo Vissuto"*, Riv. Sperim. Freniatria, 95, I.
27. Chabrot, P. (2023). *Op.cit.*.
28. Chabrot, P. (2023). *Avere tempo*. Roma: Treccani, 88.
29. Piro, S. (2005). *Trattato della ricerca diadromico-trasformatzionale*, Napoli: La città del sole, 44
30. Callieri, B., Felici, F. (1968). *La depersonalizzazione. Psicologia e clinica*, Rivista sperimentale di Freniatria, Suppl. 93.
31. Chabrot, P. (2023). *Op.cit.*, 28.
32. Paci, E. (1961). *Tempo e verità nella fenomenologia di Husserl*. Bari: Laterza, Bari.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il metodo dell'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole®: in un'ottica bio-psico-sociale

Arianna Glorioso¹, Emilia D'Anna², Maria Montalto³, Raffaele Sperandeo⁴, Sara Diamare⁵



Citation

Glorioso A., D'Anna E., Montalto M., Sperandeo R., Diamare S. (2024). Il metodo dell'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole®: in un'ottica bio-psico-sociale Phenomena Journal, 6, 44-53. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.213>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Arianna Glorioso
ariannaglorioso@gmail.com

Ricevuto: 7 dicembre 2023

Accettato: 15 febbraio 2024

Publicato: 1 marzo 2024

- ¹ Psicologa Rete Oncologica Campana in Asl Napoli 1 Centro, Mindfulness Educators, psicoterapeuta in formazione Gestalt presso l'istituto SIPGI.
- ² Psicologa Clinica e di Comunità
- ³ Psicologa Psicoterapeuta, specialista in Medicina Psicosomatica (RIZA-MI) in Psicoterapia Ipnocica ad indirizzo Ericsoniano (AMISI-MI) e in Psicobiologia. Direttore dell'Istituto RIZA di Medicina Psicosomatica a Reggio Calabria. Docente/ formatore all'Istituto RIZA-Mi. Svolge attività clinica con studio a Roma e Reggio Calabria
- ⁴ Psichiatra e in Psicoterapeuta della Gestalt, dottore di Ricerca in Scienze del Comportamento, Didatta ordinario della Federazione Italiana delle Scuole e Istituti di Gestalt (FISIG). È, inoltre, direttore di un servizio privato di Salute Mentale denominato ISM, Psichiatra Forense, consulente della Procura della Repubblica di Santa Maria Capua Vetere, Professore a contratto di Neuropsichiatria infantile presso l'Università della Basilicata, responsabile e didatta della sede campana della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata (SIPGI), direttore della rivista scientifica Phenomena Journal e di un gruppo di ricerca ad essa collegato
- ⁵ Dirigente psicologa psicoterapeuta U.O.C. Psicologia Clinica DS33 ASL Napoli 1 Centro; Membro del Comitato Etico Campania Centro. Didatta/Docente Ist. Riza Psicosomatica, psicoterapia analitico-caratteriale S.I.R.T.O., DanzaMovimentoTerapia APID®. Già Ref. f.f. U.O.C. Qualità e Umanizzazione; Auditor ISO 9000; Membro del Comitato Unico di Garanzia (CUG); Coordinatore Aziendale/Regionale Rete dell'OMS per la Promozione della Salute HPH & HS; già in staff rete Pro.M.I.S UOD 14 "Health's Innovation" Regione Campania; Referente scientifico e Docente formazione ECM (Health Advocacy, Empowerment psicocorporeo®, Benessere Organizzativo e Qualità relazionale, Enterprise 2.0.; Salotti del Benessere®); Docente Univ. Vanvitelli, Univ. Federico II, Uni. SOB, Univ. degli Studi di Perugia. Autrice di libri e numerose pubblicazioni scientifiche.

ABSTRACT

Important contributions to the definition of aesthetics and creativity seize the contemporary paradigm shift, which highlights the inescapable embodied dimension of human intelligence and creativity, drawing inspiration and also important prompts to redefine notions, concepts and theories from it. To develop an ethical and aesthetic sensibility, in which body consciousness plays a fundamental role, it seemed essential to start from the epistemological aspects, and then to dwell on "how" it happens and "what" emerges from the relation between art and science. This relation, thanks to the interaction with the artistic product, allowed the collision of two worlds: the artist and the user's perspectives. From the observation of this connection, it emerges a poetic and poietic connotation of new links and, therefore, new sensations that are added to the mental construction of the world; this opens to new possibilities to express the creativity of the human mind and to overcome any form of stereotype, judgment and prejudice, to which we are increasingly exposed. Starting from the Archetypes and the latest research in the field of neuroaesthetics, we aim to use in the psychosomatic field and as a pedagogical approach to art a bio-psycho-social method called "Conscious Creative Embodied Aesthetic Experience"®. From a Gestalt perspective, this methodological hypothesis helps understand the mechanisms and processes that underlie the transitions between the individual and the environment, allowing a healthy development of the creative self. This methodological proposal blends bodily techniques with imaginative ones through guided visualization and gestural interpretation of a work of art, to enable the initiation of psycho-body empowerment and the creative management of one's emotional world. The aforementioned method, with its now decade-long testing, has already been used as a Medical Humanities intervention in the Local Health Authority, Rehabilitation Centers, and University Courses. In this pilot study, the effectiveness of the method was monitored by participatory observations led by psychologists, who collected participants' personal post-laboratory experiences; in addition, a self-assessment questionnaire about the quality of nonverbal communication was used: the Diade Rev.3. In order to support the co-creation of the relational experience during the wor-



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

kshops, the personal perceptions of each participant were collected and then archived in an e-book. The goal was to develop a pathway of bodily reappropriation and imitative decoding of the artwork in order to activate the empathic experience through the exploration of the motor aspect, life skills, creativity, coping skills and the improvement of relational skills. Thanks to this experience, it was possible to be aware of deep aspects of one's psychological and existential reality and to initiate a process of solving conflicts and sharing their meaning in order to make culture out of them.

KEYWORDS

Neuroaesthetic, Consciousness, Art-therapy, Visualization, Imaginerie, DanceMovementTherapy, Diaphragmatic breathing, narrative-based medicine, Embodied Simulation, Aesthetic Experience.

ABSTRACT IN ITALIANO

Importanti contributi alla definizione della nozione di *estetica e creatività* colgono il contemporaneo mutamento di paradigma, il quale in modo trasversale alle scienze umane e a quelle biologiche mette in evidenza l'ineludibile dimensione *incarnata* dell'intelligenza e della creatività umana, traendone ispirazione e anche importanti sollecitazioni per ridefinire nozioni, concetti e teorie. Al fine di attivare una sensibilità etica ed estetica, in cui gioca un ruolo fondamentale la coscienza corporea, ci è sembrato necessario partire dagli aspetti epistemologici, per poi soffermarci sul "come" avviene e "cosa" emerge dall'integrazione dell'arte con la scienza. Tale incontro, reso possibile dall'interazione con un prodotto artistico, ad un livello fenomenologico ha messo in comunicazione due mondi: quello dell'artista e quello del fruitore artistico. Dall'osservazione della qualità di questo incontro, al "confine di contatto" tra i due mondi, emerge una connotazione poetica e poetica di nuovi legami associativi e, dunque, nuove sensazioni che si aggiungono alla costruzione mentale del mondo. Ciò permette di aprirci a nuove possibilità di espressione della creatività della mente umana e al superamento di qualunque forma di stereotipo, giudizio e pregiudizio, a cui siamo sempre più esposti. Partendo dagli Archetipi e dalle ultime ricerche nel campo della neuroestetica, si vuole utilizzare nella disciplina della psicosomatica e come approccio pedagogico all'arte un metodo di "Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole"® di stampo bio-psico-sociale. In un'ottica Gestaltica, questa ipotesi metodologica mira a comprendere i meccanismi e i processi che sono alla base delle transizioni efficaci tra l'individuo e l'ambiente, agevolando un sano sviluppo del Sé creativo. Tale proposta metodologica fonde tecniche corporee con quelle immaginative attraverso la visualizzazione e l'interpretazione gestuale di un'opera d'arte, per consentire di avviare un percorso di empowerment psicocorporeo e permettere una gestione creativa del proprio mondo emozionale. Il metodo, con la sua sperimentazione ormai decennale, è stato già utilizzato come intervento di *Medical Humanities* nell'Azienda Sanitaria Locale di Napoli, nei Centri di riabilitazione e nei Corsi Universitari. Nello specifico di questo studio pilota, l'efficacia del metodo è stata monitorata da osservazioni partecipate di psicologi tutor circa i vissuti personali post-laboratoriali dei partecipanti, inoltre è stato utilizzato un questionario auto valutativo degli indicatori rappresentativi della qualità della comunicazione non verbale: la Diade Rev.3. Al fine di sostenere il processo di co-creazione dell'esperienza relazionale vissuta durante i laboratori sono state raccolte testimonianze narrative riferite alle percezioni personali di ciascun partecipante, poi archiviate in un e-book quale report dell'intero percorso esperienziale. L'obiettivo è stato sviluppare un percorso di riappropriazione corporea e di decodificazione imitativa dell'opera d'arte, al fine di attivare l'esperienza empatica attraverso l'esplorazione dell'aspetto motorio, delle *life skills*, della creatività, delle capacità di coping ed il miglioramento delle capacità relazionali. Attraverso la rappresentazione artistica, l'utilizzo di tecniche psicocorporee e la catarsi è stato possibile prendere consapevolezza di aspetti profondi della propria realtà psicologica ed esistenziale e avviare un processo di risoluzione di conflitti interni e con l'ambiente esterno, condividendone il senso per farne cultura.

PAROLE CHIAVE

Neuroestetica, Consapevolezza, Arteterapia, Visualizzazione, Immaginerie, DanzaMovimentoTerapia, Respirazione profonda, Medicina narrativa, Simulazione incarnata, Esperienza estetica.

Introduzione

L'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole® (EEICC®) [1] ha origine come metodica innovativa di apprendimento dell'arte, sviluppo della creatività e del benessere. Essa vuole facilitare l'accesso alla consapevolezza del proprio psicosoma nella relazione con l'altro e avviare un processo di rielaborazione dei contenuti intrapsichici messi in moto dal contatto con l'opera d'arte; costituisce, altresì, l'interesse delle ricerche contemporanee circa lo statuto dell'opera d'arte, il gesto dell'artista e gli effetti "educativi" dell'arte sul pubblico [2]. Al fine di legittimare la natura relazionale di quest'azione, che si manifesta e si specifica nel rapporto con gli altri quali referenti e fruitori dell'azione estetica, è opportuno il riferimento a un sistema fenomenologico percettivo, che nel modo più generico possibile rende conoscibile l'*individualità*; universalmente, questo sistema è rappresentato dal linguaggio del corpo [3]. L'*individualità* è un processo di armonizzazione del proprio carattere sentimentale con la realtà del mondo esterno, sempre a-simmetricamente in bilico tra autonomia e dipendenza al fine di raggiungere l'integrità e la coerenza del Sé. Elaborando la nozione di "*libertà necessaria*" di Jonas [4], si delinea una proposta attiva per comprendere il Sé come co-generato da interazioni e nelle relazioni con gli altri. Essa ha a che fare con due importanti progressi nello sviluppo delle scienze cognitive e nel modo in cui si relazionano con il Sé umano: la consapevolezza che la cognizione non è legata al cervello ma incarnata ed è quindi è individualistica e sociale [5]. Attualmente, esiste un'ampia letteratura sul Sé incarnato che esplora il ruolo di strutture corporee in posizione statica e in movimento come prodotto del Sé corporeo soggettivo ed esperienziale [6]. In questa prospettiva, il corpo diventa il medium tra il sistema cognitivo individuale e l'ambiente, come un dato oggettivo e indipendente con specifiche strutture sensomotorie [7]. Quanto detto si riferisce in particolare alla comprensione degli altri, ad esempio nella ricerca sui famosi neuroni specchio [8] e negli approcci della teoria della simulazione [9].

La psicologia dell'età evolutiva ha dimostrato che la mente nasce come una mente condivisa. All'inizio della vita, le relazioni interpersonali sono prontamente istituite all'interno di uno «spazio noi-centrico» primitivo condiviso [10]. Questo spazio diventa più ricco e sfaccettato nel corso dello sviluppo, in relazione al più ampio significato dei rapporti interpersonali precoci instaurati con i caregiver, il quale permane anche in età adulta, consentendo una forma diretta di comunicazione. Le ricerche condotte nell'ultimo decennio hanno inoltre dimostrato che il meccanismo di rispecchiamento non è confinato al dominio delle azioni, ma attiene anche al dominio delle emozioni e delle sensazioni. E dunque, che cosa accade in chi guarda un'immagine prima ancora che essa diventi un'immagine artistica? Regioni cerebrali come l'insula, l'amigdala e la corteccia cingolata anteriore sono similmente attivate durante l'esperienza di emozioni come la paura o il disgusto, o sensazioni come il dolore e la loro osservazione negli altri. Secondo la stessa logica, le aree corticali attivate dall'esperienza in prima persona del tatto si attivano anche quando assistiamo alle esperienze tattili altrui [11]. Queste evidenze suggeriscono la nostra capacità di

entrare nel mondo delle esperienze altrui, attribuendovi un senso condiviso, che sono il risultato dell'attivazione di meccanismi nervosi di simulazione incarnata. Secondo tale prospettiva, l'intersoggettività, alla sua base, è prima di tutto intercorporeità [12]. Tale dimensione, come sostenuto da Morelli, diviene cruciale anche per interpretare l'arte, la creatività e la dimensione estetica dell'esistenza umana. L'oggetto materiale perde l'esclusiva connotazione di strumento per divenire simbolo, pubblica rappresentazione, *eidōs* capace di evocare la presentificazione di qualcosa che, apparentemente, non è presente se non nella mente dell'artista e in quella di chi guarda la sua opera. Questa «sintonizzazione mentale» tra creatore e fruitore ha radici profonde nell'esperienza condivisa che tutti facciamo. L'arte distilla e condensa quest'esperienza universalizzando e al tempo stesso affermando un nuovo modo possibile di guardare alla realtà mettendola in scena; essa emoziona in quanto evoca risonanze di natura sensori-motoria e affettiva in chi vi si mette in relazione. Ciò costituisce un naturale ponte di dialogo con le neuroscienze cognitive che indagano il ruolo del sistema corpo-cervello nella cognizione sociale in quanto accesso diretto al mondo dell'altro. Questo accesso diretto è garantito dal corpo vivo e dai meccanismi nervosi condivisi, di cui i neuroni specchio sono un esempio, che ne sottendono il funzionamento. Gestì, emozioni, sensazioni e parole derivano il proprio senso dalla comune radice nel corpo in azione, il principale protagonista e artefice dell'espressione artistica, naturalizzando la presenza dell'artista e coinvolgendo attivamente l'osservatore. Il termine utilizzato per definire questo approccio è «neuroestetica». Tale termine, originariamente coniato dal neuroscienziato Semir Zeki [13], racchiude una serie di leggi universali che governerebbero la percezione del bello nell'esperienza estetica applicata alle arti visive. Tali leggi di natura percettivo-gestaltica sarebbero legate al modo in cui il nostro cervello elabora le informazioni visive e a come tale elaborazione si abbinò al piacere fisico. Secondo Ramachandran, l'abilità dell'artista consisterebbe nel sapere evocare nel cervello del fruitore questi processi biologico-percettivi, inducendo un meccanismo di ricostruzione dell'oggetto artistico che si assocerebbe a una sensazione di piacere. Vedere qualcosa significa mettere in gioco non solo la visione, ma anche il sistema motorio, quello somatosensoriale e i circuiti che presiedono alla nostra capacità di provare emozioni. L'ipotesi è che l'immagine in un quadro, in un affresco o in una scultura derivi una parte consistente della sua connotazione estetica proprio in ragione del tipo di risonanza emozionale incarnata, della simulazione di azioni, sensazioni ed emozioni che evoca in noi. La fruizione mimetica dell'opera d'arte è, dunque, una componente dell'esperienza estetica, rappresentandone il livello di base. Secondo la teoria estetica dell'*Einfühlung* elaborata dal filosofo d'arte Vischer Robert nel 1873, la fruizione estetica delle immagini, in generale, e dell'opera d'arte, in particolare, implica un coinvolgimento empatico che si configurerebbe in tutta una serie di reazioni fisiche nel corpo dell'osservatore. Particolari forme osservate susciterebbero emozioni reattive, a seconda della loro conformità al disegno e alla funzione dei muscoli corporei. Secondo la stessa logica «costruttivista», il valore di un'opera d'arte consisterebbe nella capacità di stabilire un rapporto tra la progettualità intenzionale dell'artista e la ricostruzione

di tale progettualità da parte di chi dell'opera fruisce. I gesti dell'artista nella produzione dell'opera d'arte inducono il coinvolgimento empatico dell'osservatore, attivando in modalità di simulazione il programma motorio che corrisponde al gesto evocato nel tratto o segno artistico. Ed è in virtù di questo motivo che essi sono in grado di attivare le relative rappresentazioni motorie nel cervello dell'osservatore [14]. In estrema sintesi, per Adolf Von Hildebrand [15] il corpo è l'insieme delle strutture che rendono possibile l'esperienza sensibile e la significatività dell'immagine nell'espressione creativa e nella sua ricezione; sospendere la sua presa sul mondo, liberando energie fino a quel momento indisponibili, mettendole al servizio di una nuova ontologia che finalmente, forse, può rivelargli chi è. Forse anche perché nella «finzione» artistica la nostra inerenza all'azione narrata è totalmente libera da coinvolgimenti personali diretti. Siamo liberi di amare, odiare, provare terrore, facendolo da una distanza di sicurezza. Questa distanza di sicurezza che rende la mimesi «catartica» può mettere in gioco in modo più totalizzante la nostra naturale apertura al mondo. Oggi le neuroscienze hanno la potenzialità di illuminare, seppure da un diverso angolo prospettico, la natura estetica della condizione umana e la sua naturale propensione creatrice, prima ancora di affrontare il tema specifico dell'arte e divenire neuroestetica. Warburg concepisce la storia dell'arte come uno strumento per chiarire la psicologia storica dell'espressione umana. Secondo Warburg, così come citato da Gallese e Guerra [16], bisogna estendere le frontiere metodologiche dello studio dell'arte così da mettere la storia dell'arte stessa al servizio «di una psicologia dell'espressione umana che è ancora da scrivere».

Il metodo EEICC®

Il metodo, attraverso immagini artistiche, dà spazio all'immaginario per avviare un processo di rielaborazione dei contenuti intrapsichici messi in moto dal contatto con l'opera d'arte [17]. È proposta poi la rielaborazione gestuale della percezione visiva per la coscientizzazione dell'identificazione e lo sviluppo dell'empatia. Con questo metodo si vuole sviluppare un percorso di riappropriazione corporea e di decodificazione imitativa dell'opera d'arte ed esplorare l'importanza dell'aspetto motorio per attivare l'esperienza empatica. L'azione motoria favorisce infatti lo sviluppo della creatività, delle capacità di coping ed il miglioramento delle capacità relazionali. La relazione consapevole con sé stessi, con gli altri e con l'ambiente mediata da un'opera d'arte scelta ad hoc, consente di avviare processi culturali partecipati e innovativi. Partendo dagli Archetipi e dalle ultime ricerche nel campo della neuroestetica, si propone tale metodo che fonde tecniche corporee con quelle immaginative, al fine di consentire lo sviluppo delle *life skills* e delle capacità di coping. Ciò nell'intento di circoscrivere in spazi rituali vissuti ancestrali, di attivare percorsi di consapevolezza di sé nella relazione con l'ambiente e con l'altro al fine di riscoprire la collaborazione e la cooperazione.

L'EEICC® è dunque utile come metodo di *team building* o ascrivibile tra le tecniche di psicoterapia breve per un naturale riequilibrio psicosomatico o, ancora, situarsi al

centro di un trattamento di psicoterapia per disturbi nevrotici.

L' EEICC® coniuga varie tecniche che rendono efficace il metodo:

- **Respirazione profonda e mindfulness.** che consentono di entrare in contatto con il corpo e con le sue sensazioni e stabilisce un Focus di attenzione per avviare l'esperienza.
- **Visualizzazione:** consente la percezione consapevole e l'apertura verso l'altro attraverso l'attenzione non focalizzata e quindi più "vissuta".
- **Immaginerie:** Si dà spazio all'*immaginario* per avviare quel *processo di rielaborazione dei contenuti intrapsichici* messi in moto dal contatto con l'opera.
- **Arteterapia, danzamentoterapia APID®:** la *rielaborazione gestuale* consente la coscientizzazione dell'identificazione e lo sviluppo dell'empatia. L'azione motoria favorisce lo sviluppo della creatività, delle capacità di coping ed il miglioramento delle capacità relazionali.
- **Medicina narrativa:** il racconto scritto dei vissuti come in un diario di bordo, consente la rielaborazione cognitiva dei vissuti.

Studio osservazionale EEICC®

La visione dell'opera d'arte risveglia la capacità intrinseca dell'essere umano di creare mondi paralleli attraverso la percezione, l'organizzazione di immagini e successivamente la narrazione. È grazie ad essa che riusciamo a generare immagini, simboli e parole che svolgono un ruolo cardine nell'organizzazione dell'esperienza del Sé [18-19]. Tutto ciò che viviamo, osserviamo e percepiamo si sedimenta nella nostra memoria - o nel nostro preconsenso - e riemerge alla luce solo dopo un profondo lavoro di riorganizzazione: Bion ne ha parlato in termini di "fatto prescelto", ovvero di elemento unificante e addensante dell'esperienza frammentata. È grazie ai neuroni specchio che il contatto con il mondo esterno si trasforma in elemento rappresentazionale. Tale approccio può risultare estremamente utile in soggetti dove il contatto con la realtà è inibito e vi è difficoltà nel risuonarvi [20]. Infatti, come espresso da Gallese [7], sono proprio "gli aspetti motori del sé corporeo a fornire i mezzi per integrare le informazioni sensoriali multimodali relative al corpo e al mondo con cui interagisce". Attraverso la risonanza del Sé corporeo, si ha la possibilità di vivere un'esperienza più vivida di intersoggettività, di contatto con il mondo interno dell'altro. Appare dunque chiaro quanto tale visione possa avere effetti in tutte quelle affezioni patologiche dove il contatto con il sé o con l'altro è inibito; un esempio sono la schizofrenia o i disturbi alimentari, dove il rapporto con il Sé è inevitabilmente compromesso. In particolare, chi soffre di bulimia o anoressia non riesce ad interpretare correttamente le proprie sensazioni corporee, riferendo spesso di non avere una percezione completa del proprio corpo nella loro mente [21-22]. In questo caso, il contatto con l'intersoggettività e il coinvolgimento empatico derivato dalla visione dell'opera d'arte consentirebbe il risveglio della componente emozionale a lungo sopita, insieme alla parte motoria ad essa collegata. Il metodo EEICC® [17] con la sua sperimentazione ormai decennale, ha l'intento di verificare se, attraverso una proposta di terapia mediata

dall'arte, si riesca a sostenere un percorso di empowerment psicocorporeo e di miglioramento della relazione col sé e con l'altro.

Tale metodo è stato già utilizzato anche come intervento di *Medical Humanities* in Corsi di formazione ECM sull'*Health advocacy* ed *empowerment* psicocorporeo al fine di migliorare la qualità relazionale ed etica tra gli operatori sanitari. Ciò è stato possibile attivando una rete di multistakeholder della salute (medici specialisti, psicoterapeuti e psicologi) al fine di facilitare e sostenere l'esplorazione dei vissuti psicocorporei e monitorarne l'andamento nel tempo. Sessioni di focus group, opportunamente guidate da psicologi tutor, hanno consentito di far registrare su un *iperbook* la percezione dei vissuti e le riflessioni degli operatori; in tal modo, si è potuto osservare che l'esposizione al metodo è risultata essere efficace sia per l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé, sia per rafforzare quegli aspetti relazionali che, fra l'altro, favoriscono la gestione della salute mentale del paziente/*caregiver*, giustificando la trasferibilità del percorso ad un target più ampio [23]. Attivare l'*empowerment*, la creatività e la resilienza dell'operatore sanitario, e nello specifico, di operatori della salute mentale la cui *mission* è, fra l'altro, sostenere un processo di consapevolezza e tolleranza all'interno di un sistema di protezione fondato su legami comunitari, è la base per disseminare a cascata processi di *recovery* [24]. Attraverso un approccio di medicina narrativa si agevola la comunicazione e si favorisce lo sviluppo di risorse e strategie comportamentali e cognitive adeguate per fronteggiare situazioni stressanti e condizioni psicopatologiche che richiedono buone capacità di *coping*; di fatto i risultati ottenuti da un precedente studio sono confortanti per poter rappresentare una *best practice* che permette di poter acquisire un aumento globale dell'autopercezione riferita a sé stessi nel mondo e in relazione all'altro [25]; un miglioramento globale della percezione della qualità della vita, la cui incidenza prevalente è dovuta al miglioramento dell'indice di percezione fisica riferito alle dinamiche relazionali che durante l'EEICC® si sperimentano a più livelli sensoriali, come si evince dalle seguenti interessanti condivisioni riportate negli *iperbook* utilizzati come narrazione poetica e restituzione del vissuto al gruppo:

“Il recupero dell'esperienza sensoriale alla propria consapevolezza restituisce la dimensione del corpo come parte essenziale del sé: “non abbiamo ma siamo il nostro corpo”. in tal modo l'esperienza del mondo diventa completa e larga. sconfinamento che fa defluire una parte di me verso l'esterno per poi ritornare arricchito di qualcosa che è me più te e il mondo”.

“Le figure si muovono dentro come animate e in un tempo rallentato che mi coinvolge nell'intimità e profondità del mio essere. Sento forte i colori e le luci...arrivo a percepire antichi suoni e voci”.

*“Interessante esperienza estetico-sensoriale con sottofondo musicale, l'immedesimazione, per me inizialmente difficile, è stata facilitata dal ricordo del film *Mary Poppins*, in tecnica mista, live-action e animazione del 1964, diretto da Robert Ste-*

venson, basato sulla serie di romanzi scritti da Pamela Lyndon, in cui i protagonisti entrano nel quadro. Tutto può accadere se ci credi ... Musica d'epoca con andante allegro ma non troppo, con note evocanti emozioni malinconiche, probabilmente anche a causa delle distanze obbligatorie e dei divieti ...”.

“In pochi secondi mi sono ritrovata dentro, la prima cosa che ho sentito è stata la musica, quella classica del luna park poi risate, abbracci, balli, occhi felici. Io quella bimba, che a pancia piena, godeva della festa, dei colori e della luce tutta intorno. La sensazione è stata la stessa di quando leggo: sono dentro quel libro, dentro quella storia e quindi dentro un'altra vita”.

“Nel quadro è chiara la postura della condivisione e del mettersi in gioco perdendo l'equilibrio, quell'atteggiamento che permette di non chiudersi dietro le proprie conoscenze e convinzioni ma che permette e dimostra la voglia di avvicinarsi all'altro, alla conoscenza dell'altro. Il personaggio che meno si mette in gioco è quello seduto dietro il tavolo, con la schiena appoggiata allo schienale, è solo un osservatore della scena mentre gli altri sono propensi gli uni verso gli altri, fisicamente propensi, partecipano a pieno alla scena. La parola chiave è: partecipazione”.

“Effettivamente guardare le cose, le immagini, gli oggetti, il paesaggio ed un panorama da un'altra angolazione cambia anche completamente la prospettiva delle stesse, come dice la canzone degli Jarabe De Palo: 'Depende/Dipende'. Il brano dice: 'da che punto guardi il mondo tutto dipende'. quindi già dalla cameretta, ad esempio, si possono scorgere oggetti non notati prima, o visti sotto un'altra angolazione, ingranditi o rimpiccioliti, oppure ho notato altre cose a cui solitamente non facevo caso a prima vista, altre sfumature... un'unica parola per l'esperienza visiva e sonora delle 12.45: felicità e serenità”.

“Le esperienze di stamattina mi hanno richiamato alla memoria le sensazioni e le emozioni fisiche, incarnate che ho provato nell'usare certi oggetti nella vita quotidiana e nello stare in certe architetture (case, edifici, musei, piazze, ma anche architetture naturali come sotto un albero). Emozioni che nascono dalla consapevolezza di stare riproducendo, rivivendo una logica del movimento esperita da altri e materializzata nell'oggetto, più o meno grande. E a proposito mi viene sempre in mente una citazione, che per la prima volta lessi sul libro di biochimica in relazione al DNA: 'la forma è l'immagine plastica della funzione' (Ruffini). È l'impressione di sentire nella struttura dell'oggetto, di per sé statico, la memoria del movimento, dell'intenzione poetica, dell'azione trasformativa della materia di un altro e così l'oggetto diventa occasione d'incontro anche a distanza di spazio e di tempo”.

“Non sapevo che quel dipinto fosse ambientato in quella piazza ma lo sapevo! E l'atmosfera è esattamente la stessa che ho vissuto una sera d'inverno di qualche anno fa. Mentre sorseggiavo una cioccolata bollente in direzione dello sguardo della si-

gnora al centro del quadro di Renoir osservavo la proposta di matrimonio di un amico alla sua compagna mentre un pittore ritraeva la scena”.

“È stata un’esperienza fantastica, quella di ‘vedere’ un’immagine prendere vita e ascoltarne i suoni per poi ritrovarsi parte di essa. Ho avvertito il fastidio della folla”.

Dal campione esaminato possiamo osservare l’acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé e il rafforzamento di aspetti relazionali quali: l’autonomia, il senso di efficacia personale, la gestione delle emozioni e l’autostima; ciò consente ragionevolmente di proporre, su più ampi target, il metodo per supportare il miglioramento della percezione del Sé corporeo nella relazione con gli altri e lo sviluppo della creatività per consentire di aprire la coscienza individuale e del gruppo a nuove e più armoniche soluzioni di vita.

Conclusioni

In conclusione, come si evince dalle riflessioni su riportate si riscontra un’efficacia sulla qualità della vita e sulla percezione del corpo con tutte le sue istanze.

Dall’esperienza di lavoro clinico ed educativo di oltre 10 anni con questo metodo esperienziale sono venuti alla luce, nelle narrazioni conclusive dei partecipanti al corso menzionato, valori etici che scaturiscono dalla condivisione di spazi, sentimenti, emozioni che, nutrendosi di semplice prossemica, finiscono per legare gli uni agli altri in un modo etico che ha donato a tutti i fruitori dell’*Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole®* un fondamento sul quale stabilire il “Bello (Kalòs) e Giusto (Agathós)” di greca memoria. Ciò nell’intento di circoscrivere in spazi rituali vissuti ancestrali, di attivare percorsi di consapevolezza di sé nella relazione con l’ambiente e con l’altro al fine di riscoprire la collaborazione e la cooperazione.

Questi primi risultati qualitativi altamente significativi, auspicano ad uno studio quantitativo più ampio ed approfondito al fine di giungere ad una validazione dello strumento utilizzato e arrivare alla scientificità del metodo.

BIBLIOGRAFIA

1. Diamare, S. & Montalto, M. (2011), *Curarsi con le immagini. Un percorso originale per accrescere la fiducia in se stessi*. Milano: Ed. Riza Scienze.
2. Gallese, V. (2022). Embodying the Face: The Intersubjectivity of Portraits and Self-portraits. *Topoi* 41, 731-740. (<https://doi.org/10.1007/s11245-022-09810-4>)
3. Gallese, V. (2020). A bodily take on aesthetics: performativity and embodied simulation. *The Extended Theory of Cognitive Creativity: Interdisciplinary Approaches to Performativity*, 135-149. (https://doi.org/10.1007/978-3-030-22090-7_9)
4. Jonas H. (1999), *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*. Torino: Einaudi.
5. De Jaegher, H., Di Paolo, E., & Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition?. *Trends in cognitive sciences*, 441-447. (<https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.009>)
6. Zahavi, D. (2008). *Subjectivity and selfhood: Investigating the first-person perspective*. MIT press. (<https://doi.org/10.7551/mitpress/6541.001.0001>)
7. Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical transactions of the royal society B: biological sciences*. (<https://doi.org/10.1098%2Frstb.2013.0177>)
8. Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive sciences*, 493-501. ([https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(98\)01262-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(98)01262-5))
9. Gallotti, M., & Frith, C. D. (2013). Social cognition in the we-mode. *Trends in cognitive sciences*, 17(4), 160-165. (<https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.002>)
10. Gallese, V. (2001). The shared manifold hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of consciousness studies*, 8(5-6), 33-50. (<https://doi.org/10.1159/000072786>)
11. Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 4, 23-48. (<https://doi.org/10.1007/s11097-005-4737-z>)
12. Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. *Psychoanalytic dialogues*, 19(5), 519-536. (<https://doi.org/10.1080/10481880903231910>)
13. Zeki, S. (1999). *Art and the brain*. *Journal of Consciousness Studies*, 6(6-7), 76-96. (<https://www.jstor.org/stable/20027491>)
14. Winkelman, P., Niedenthal, P., Wielgosz, J., Eelen, J., and Kavanagh, L. C. (2015). Embodiment of cognition and emotion. *APA Handbook of Personality and Social Psychology*. (<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14341-004>)
15. Hildebrand A.V. (2002). *Il problema della forma nell'arte figurativa*. Milano: Editore Aesthetica.
16. Gallese, V., & Guerra, M. (2015). *Lo schermo empatico. Cinema e neuroscienze*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
17. Diamare S., Montalto M. (2011), La creazione consapevole nuovo metodo didattico di EEICC®. *Atti al XXIII Congresso Nazionale SIMP*, Parma. pag. 65.
18. Diamare S., Montalto M. (2011), Dal sacro al profano al Sacro EEICC®. *Atti al XXIII Congresso Nazionale SIMP*, Parma. pag. 136.
19. Diamare S., Glorioso A. (2022), L'Esperienza Estetica Incarnata: EEICC®, *ORIONE Rivista di approfondimento culturale della Fondazione SINAPSI*, Anno 9 n. 25 "Bellezze".
20. Bergstein, A. (2018). *Bion and Meltzer's Expeditions Into Unmapped Mental Life: Beyond the Spectrum in Psychoanalysis*. Routledge.
21. Kolnes, L. J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa—a physiotherapeutic approach. *J. Bodyw. Mov. Ther.* (doi: 10.1016/j.jbmt.2011.12.005)
22. Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* (doi: 10.1097/00006842-196203000-00009).
23. Diamare, S. (2019). Un metodo di Embodied Education in Riabilitazione: approcci di valutazione partecipata e di empowerment psicocorporeo. *Journal of Advanced Health Care*. (<https://doi.org/10.36017/jahc1909-002>)
24. Diamare S. (2010). Empowerment psicocorporeo come strategia di BenEssere e prevenzione del burn out nei servizi di cura. *Rivista Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, pag. 390 a 404.
25. Diamare, S. (2015). *I salotti del Benessere*. Napoli: Poligrafia-F.Ili Ariello Editori s.a.s..

REVIEW

Psicoterapia del Trauma e Intervento Blended: Un'ipotesi di modello integrato

Veronica Rosa¹, Luana Zaira Ruggiero¹, Olimpia Armenante¹, Caterina Santonicola²,
Antonio Iannazzo¹

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

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



Citation

Rosa V., Ruggiero L. Z., Armenante O.,
Santonicola C., Iannazzo A. (2024).
Psicoterapia del Trauma e Intervento
Blended: Un'ipotesi di modello integrato
Phenomena Journal, 6, 54-80.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.214>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Veronica Rosa
veronica.rosa@uniroma1.it

Ricevuto: 19 gennaio 2024

Accettato: 7 marzo 2024

Publicato: 4 aprile 2024

ABSTRACT

The article presented below represents the second work of an in-depth project on the topic of psycho-traumatology and the integration of blended intervention in clinical practice. In recent years, the field of mental health, like and more than others, has found itself facing the advent of a collective trauma (the SARS-CoV-2 o COVID-19 pandemic), which has generated the need to delve deeper into how and to what extent traumatic events can impact on personal and collective health and how to intervene in the way that best responds to people's needs. The present work delves into these aspects in a peculiar way, starting from the examination of the origins of the clinical psychotherapeutic interest in trauma, the history of its definition, the most currently significant and recognized effective intervention methodologies, to end with a proposal for integrated intervention of the various clinical models and the blended methodology.

KEYWORDS

Trauma, Trauma treatments, Blended trauma treatments, Integrated intervention.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo di seguito esposto rappresenta il secondo lavoro di un progetto di approfondimento sul tema della psicotraumatologia e l'integrazione dell'intervento *blended* nella pratica clinica. Negli ultimi anni l'ambito della salute mentale come e più di altri, si è trovato a fronteggiare l'avvento di un trauma collettivo (la pandemia di SARS-CoV-2 o COVID-19), che ha generato la necessità di approfondire come e quanto gli eventi traumatici possono impattare sulla salute personale e collettiva e come intervenire nel modo più rispondente alle esigenze delle persone. Il presente lavoro approfondisce in modo peculiare questi aspetti, partendo dalla disamina delle origini dell'interesse clinico psicoterapeutico per il trauma, la storia della sua definizione e le metodologie di intervento più attualmente significative e riconosciute efficaci, per terminare con una proposta di intervento integrato dei vari modelli clinici e della metodologia *blended*.

PAROLE CHIAVE

Trauma, trattamenti trauma, trattamenti blended del trauma, intervento integrato.



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

1. Introduzione

La consapevolezza dell'importanza dello sviluppo traumatico e degli effetti dei traumi sulla salute psichica ed emotiva è oggi riconosciuta da molti clinici [1, 2], contribuendo a un rinascimento di questa area nell'ambito della psicopatologia e della psicoterapia. Questa attenzione è supportata anche dalla convergenza con gli studi neurofisiologici e delle neuroscienze cognitive [3, 4, 5, 6], evidenziando la necessità per gli operatori del settore di sviluppare una specializzazione in tale ambito. Il crescente interesse nell'approfondire lo studio e l'intervento psicoterapeutico nel trauma, ha portato anche ad un'attenzione rinnovata per le tecniche online e alla necessità della loro integrazione con l'approccio in presenza, imponendo ai clinici il dovere di continuare a formarsi e aggiornarsi costantemente sull'integrazione della tecnologia nella loro pratica professionale [7, 8, 9]. L'utilizzo dell'online si rivela cruciale nel trattamento del trauma, poiché offre maggiore accessibilità e flessibilità alla psicoterapia e, di conseguenza, potenziamento degli interventi terapeutici [10, 11]. La pandemia di COVID 19 ha reso indispensabile l'utilizzo di strumenti tecnologici, rendendo imperativo comprendere come integrare efficacemente queste risorse in un percorso terapeutico [12, 13].

Oltre a fornire una mini-review dell'approccio al trauma nella letteratura e nella pratica clinica, questo lavoro si propone di presentare un modello integrato utile ad armonizzare gli approcci tradizionali al trauma con l'utilizzo strategico di modalità online [12, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. L'obiettivo è sia quello di descrivere l'efficacia dell'approccio misto nella gestione del trauma, sia quello di contribuire a delineare linee guida pratiche per gli operatori del settore che desiderano implementare con successo questa modalità innovativa di intervento terapeutico. Nel perseguire questi obiettivi vengono integrati elementi di diversi modelli psicoterapeutici, della psicoeducazione, della teoria polivagale e delle terapie espressive, plasmando un approccio *blended* adattabile alle esigenze individuali dei pazienti, per esplorare le sfide e i successi di un percorso integrato, offrendo una prospettiva pratica su come affrontare il trauma in modo efficace e rispettoso delle singole esperienze.

L'attenzione rispetto al modello di intervento *blended* si focalizza su un approccio che utilizza strumenti online come messaggistica, videochiamate e piattaforme per videoconferenze, consentendo al terapeuta di offrire ai pazienti alternative terapeutiche per affrontare le loro problematiche [12]. L'implementazione richiede una valutazione delle competenze tecnologiche del paziente per poter scegliere gli strumenti adeguati alle esigenze e alle conoscenze/competenze individuali. Nel contesto specifico del trauma, il lavoro si propone di descrivere come la tecnologia possa essere impiegata per favorire la sua elaborazione e superamento, considerando approcci provenienti da diverse tradizioni terapeutiche e immaginando un approccio integrato multilivello che tenga conto della complessità dell'individuo e dell'integrazione *blended* [20, 21, 22, 23, 24] e che sia al contempo flessibile, calibrato sull'empatia e supportivo del il paziente nel colmare il *deficit* di integrazione causato dal trauma.

Nel corpo del lavoro viene offerto un *excursus* storico sulla definizione di trauma e,

attraverso una prospettiva integrata, si cerca di evidenziare come il concetto di trauma si sia evoluto nel tempo, contribuendo alla nostra attuale comprensione dei disturbi ad esso correlati. Successivamente, il trauma viene trattato più specificamente da una prospettiva relazionale, esplorando la sua natura come esperienza che sfugge alla simbolizzazione e che genera frammentazione e dissociazione nella personalità e del come eventi traumatici legati a esperienze relazionali difficili durante l'infanzia, possano lasciare un'impronta duratura sul benessere psicologico ed emotivo dell'individuo, contribuendo allo sviluppo di vari disturbi della personalità e di malattie psicosomatiche. Nel corso del lavoro sono delineate le connessioni tra attaccamento insicuro, trauma cronico e disturbi post-traumatici e descritti i meccanismi di difesa e le modalità di memoria associate al trauma, evidenziando come tali esperienze siano codificate nel corpo e influenzino comportamenti, emozioni e risposte viscerali [25]. L'analisi offre una panoramica di come le dinamiche relazionali sperimentate durante lo sviluppo infantile, possano impattare la salute mentale e emotiva degli individui a lungo termine [26]. Il trattamento del trauma rappresenta una sfida complessa e articolata che coinvolge diverse prospettive teoriche e metodologiche. Nel contesto terapeutico, il Modello delle Parti e la Gestalt Terapia emergono come approcci significativi e complementari per affrontare le profonde conseguenze del trauma sulla mente e sul corpo. Nella mini *review* viene esposto il modello delle parti, con un *focus* sulla Gestalt Terapia, nel contesto del trattamento del trauma, esaminando le fasi del processo terapeutico e l'interazione sinergica tra le diverse modalità di intervento [27]. Il Modello delle Parti, influenzato dalle teorie di Pierre Janet [28], Otto Van Der Hart [29] e ripreso da Janina Fisher [30] nel suo originale approccio, si è evoluto come approccio graduale in tre fasi, diventando uno standard di cura per il disturbo da *stress* post-traumatico complesso e i disturbi dissociativi. Questo modello trifasico affronta la disabilitazione delle funzioni cerebrali superiori causate dal trauma, mirando alla ricostruzione della capacità integrativa del paziente attraverso la stabilizzazione, l'elaborazione delle memorie traumatiche e l'integrazione della personalità. Nell'ambito della terapia del trauma, la Gestalt Terapia, basata sulla visione olistica di Fritz Perls (1893-1970), si configura come un approccio "trauma-oriented", poiché pone particolare attenzione alla ri-costruzione dell'interezza dell'esperienza individuale e alla facilitazione di processi integrativi che, attraverso processi di differenziazione ed elaborazione, promuovono la consapevolezza dell'essere "qui e ora" [27].

Attraverso l'analisi e l'integrazione di questi approcci, si mira a comprendere come la combinazione di metodologie basate sulle parti (modello TIST-Trauma-Informed Stabilization Treatment) [30], la Gestalt Terapia, l'EMDR [31], la Terapia Sensomotoria [32], possa fornire un quadro efficace per il trattamento del trauma, favorendo la stabilizzazione, l'elaborazione delle memorie traumatiche e l'integrazione della personalità. Il trattamento del trauma rappresenta una sfida complessa e articolata per i professionisti della salute mentale. Nella ricerca della comprensione approfondita dei processi legati agli eventi traumatici e nello sviluppo di interventi terapeutici efficaci, emerge la necessità di adottare, come già detto, la necessità di un approccio

integrato. Nel perseguire una visione olistica e integrativa, il lavoro si propone di condividere l'esperienza e la metodologia sviluppate nell'attività clinica, mirando a integrare approcci "trauma-oriented" con metodologia *blended*. Quest'ultima unisce le potenzialità della terapia tradizionale con l'efficacia e la flessibilità offerte dalle risorse online. L'approccio terapeutico integrato, inoltre, è fondato su una prospettiva neurobiologica, epigenetica e psicologica del trauma, e richiede una profonda comprensione della disregolazione emotiva e fisica dei pazienti. La pratica si concentra sullo sviluppo di competenze finalizzate a espandere la finestra di tolleranza, riconoscere *trigger*, e promuovere la consapevolezza che l'elaborazione del passato può portare a una vita più appagante nel presente e nel futuro. Nel contesto dell'approccio integrato, unire la prospettiva "trauma-oriented" con elementi della Psicoterapia della Gestalt offre un terreno fertile per la rivalorizzazione del "qui e ora". Questo obiettivo si inserisce in quello più ampio di aiutare il paziente a riorganizzare il suo campo relazionale ed esperienziale, consentendo una maggiore spontaneità e autenticità nel contatto con il mondo e con sé stesso. La stabilizzazione rappresenta un passo cruciale nel percorso terapeutico, poiché consente ai pazienti di accedere alle proprie risorse positive e li prepara per il processo successivo di elaborazione delle memorie traumatiche. La fase di elaborazione richiede una guida attenta, che aiuti il paziente a mantenere un'attenzione duale tra presente e passato e ad affrontare le resistenze con curiosità e compassione [20, 30].

2. Introduzione al trauma in ambito psicologico e psicoterapeutico

Non tutti gli eventi negativi sono traumatici, e non sempre gli eventi traumatici generano sintomi post-traumatici e una intensa sofferenza psicologica. Tuttavia, quando certi eventi espongono una persona a una grave minaccia, possono scatenare risposte fisiologiche di difesa che perdurano più del dovuto, costringendo l'individuo a rimanere intrappolato nel tempo del trauma, alienato dal presente e costantemente tormentato dalle sensazioni, dalle emozioni e dai pensieri legati al trauma [33]. Negli ultimi anni, le ricerche hanno dimostrato che circa il 70% degli adulti ha vissuto un evento traumatico durante la propria vita [34, vedi 27]. Esperienze traumatiche diverse sono frequenti nella vita di molte persone, ma il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico può variare in base alla natura e all'intensità del trauma, nonché alle caratteristiche personali di vulnerabilità del soggetto coinvolto [35]. L'origine del termine "trauma" è complessa a causa della sua difficile definizione concettuale strettamente collegata alla sua origine nel campo medico; in questo contesto, si riferisce a danni subiti da un organo a causa di lesioni causate da agenti esterni che influenzano il suo normale funzionamento [36]. In campo psichiatrico e psicologico, per trauma si intende un'esperienza minacciosa estrema, improvvisa, insostenibile e inevitabile, di fronte alla quale la persona è impotente [37, 38]. Un evento traumatico può sovrastare la capacità di risposta dell'individuo, poiché scatena un'onda di emozioni incontenibili che superano le sue difese normali, lasciandolo senza protezione, incapace di reagire in modo sano e con la necessità di mettere in

atto meccanismi di difesa patologici [39]. Nell'occorrenza di un evento traumatico il sistema psichico del soggetto viene allertato e minacciato nella sua coesione mentale [40]; questo provoca una serie di stimoli fisici e/o psichici, che agiscono sulla sua personalità superando la soglia di tolleranza della sua condizione specifica [41]. Di conseguenza, l'individuo si trova incapace di prevenire, fermare o adeguatamente elaborare questi stimoli dannosi attraverso i suoi mezzi consueti e non riesce facilmente a ripristinare lo stato di equilibrio precedente [42]. Etimologicamente, la parola "trauma" deriva dal greco "τραῦμα", che significa "perforare", "ledere", "danneggiare" o "rovinare". Questo termine racchiude un duplice significato, facendo riferimento sia a una ferita con lacerazione che alle conseguenze di un impatto o di uno *shock* violento sull'organismo nel suo complesso [43], che provoca una profonda frattura emotiva nell'individuo e/o nella comunità coinvolta.

2.1. Excursus storico della definizione di trauma

Nel corso della storia della psicopatologia, sono state formulate molteplici definizioni di trauma psicologico e lo studio del trauma e delle sue conseguenze mentali è stato oggetto di continua ricerca, nel tentativo di ridefinire le categorie diagnostiche e i sintomi legati agli eventi avversi. Di trauma, seppur con connotazioni diverse, si è parlato per millenni in tutte le culture del mondo, dagli antichi poemi epici alle concettualizzazioni filosofiche, fino ad arrivare alle definizioni su cui si basano i più recenti interventi terapeutici [44].

Nell'antichità, il concetto di trauma psicologico non era compreso né riconosciuto come nella moderna psicologia, tuttavia, si trovano osservazioni e descrizioni di reazioni mentali e comportamentali agli eventi traumatici che ne hanno anticipato in qualche modo la nostra attuale comprensione. Epopee epiche e scritti antichi spesso narravano degli effetti devastanti della guerra sulla psiche umana, richiamando sintomi simili a quelli del disturbo da *stress* post-traumatico. Anche eventi catastrofici come terremoti e inondazioni provocavano intense reazioni psicologiche. Mitologia e religione antiche contengono racconti di divinità ed eroi che affrontano eventi traumatici, offrendo una forma simbolica di rappresentazione delle esperienze umane, compresi i traumi. Le società dell'epoca avevano pratiche di cura che coinvolgevano aspetti religiosi, musicali, di espressioni artistiche come la danza e formule terapeutiche diverse, orientate ad alleviare il disagio emotivo legato ai traumi. Il Rinascimento, che spaziò dal XIV al XVII secolo, segna un notevole cambiamento nell'approccio scientifico e medico-filosofico. Cartesio (1596-1650), nella sua visione dualistica dell'esistenza umana separa la mente dal corpo, concettualizzazione fondamentale per comprendere le reazioni al trauma. Locke (1632-1704), introduce l'idea dell'empirismo, sottolineando che le esperienze influenzano la mente umana e il comportamento, e apre la strada a una prospettiva più empirica della psicologia. In questo periodo, il concetto di trauma psichico occupa un ruolo centrale nello studio della teoria e della clinica della patogenesi dei disturbi di personalità. Le concettualizzazioni sono diverse e a volte contrastanti, ma sempre ricche di elaborazioni dia-

gnostiche e procedurali. Alcuni esperti attribuiscono maggior importanza agli eventi esterni, mentre altri enfatizzano l'importanza di fattori interni nello sviluppo patologico. Le prime menzioni delle cause del trauma possono essere rintracciate nei testi medici di fine '700 e di inizio '800, in cui si sono confrontati autori di spicco come Jean Martin Charcot (1825-1893), Pierre Janet (1859-1947) e Sigmund Freud (1856-1939). Il neurologo francese Charcot, si è dedicato a studiare l'isteria, una condizione al suo tempo misteriosa caratterizzata da sintomi fisici e psicologici senza cause organiche evidenti. La sua teoria suggeriva che l'isteria fosse radicata nell'esperienza traumatica o in idee repressate, che emergerebbero a seguito di eventi stressanti e che creerebbero un' "idea fissa" che domina la mente del paziente. Lo studioso evidenzia il ruolo cruciale delle emozioni nell'isteria, spostando l'attenzione dalla causa organica a quella psichica, nel convincimento che le paralisi isteriche post-traumatiche sono dovute ad uno *shock* psichico [45]. Uno dei più famosi allievi di Charcot, nonché uno dei più importanti teorici del trauma, è stato il francese Pierre Janet, che ha continuato a studiare la connessione tra la psicopatologia dissociativa e le esperienze traumatiche in maniera più approfondita rispetto al maestro [46]. Janet ha introdotto il concetto di trauma come un evento "non integrabile nella psiche dell'individuo", pensando all'evento traumatico come a qualcosa di tanto potente e sconvolgente da non poter essere assimilato e che, pertanto, "costringe" alla dissociazione, cioè alla separazione inconscia dell'esperienza traumatica dal resto della vita mentale. La dissociazione impedisce al trauma di essere elaborato insieme alle altre mutevoli storie di memoria autobiografica, creando quello che viene definito dallo psichiatra olandese Van der Kolk "a dual memory system" (ovvero "un sistema di memoria duale") [25, pag. 182].

Nel 1925, Freud è il primo a definire i traumi come "situazioni di impotenza", "... eventi in grado di provocare un'eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla" [cit.47]. Si parla quindi di trauma quando l'Io non è in grado di mobilitare un controinvestimento all'iper-eccitazione esterna o di legarla all'investimento pulsionale [48]. Freud è uno dei precursori nell'idea che i traumi infantili svolgano un ruolo fondamentale nello sviluppo di alcuni disturbi mentali. Le teorie di Freud sul concetto di trauma però non hanno seguito un percorso di sviluppo lineare e costante, ma piuttosto hanno mostrato una tendenza a tornare su idee precedenti. Per Freud il trauma è una modificazione dell'Io: un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione non avviene e non riesce nel modo usuale, per cui è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche [47]. Sono dunque gli effetti traumatici la causa dei sintomi isterici. La revisione della teoria di Freud enfatizza l'importanza dei processi mentali interni e dell'angoscia traumatica nella comprensione dei sintomi isterici. Il suo approccio ha avuto un impatto duraturo sulla psicoanalisi e sulla psicologia moderna, sottolineando il potere dei traumi nell'influenzare la mente umana.

Nel vasto panorama della psicoanalisi, contributi chiave di alcuni teorici hanno illuminato le intricatissime dinamiche delle relazioni umane, mettendo in evidenza come

le esperienze infantili influenzano profondamente il nostro benessere emotivo e lo sviluppo della personalità. Sándor Ferenczi (1873-1933), allievo di Freud, ha introdotto il concetto di “trauma esterno” [49], sottolineando che il trauma non è semplicemente un evento isolato, ma può essere intrinsecamente legato alle dinamiche relazionali. Secondo la sua visione, le interazioni tra gli individui possono essere al centro dei disturbi mentali sia nell’infanzia che nell’età adulta. Il “trauma esterno” si riferisce alle esperienze cumulative di mancanza di cura e supporto affettivo nell’ambiente familiare. Queste esperienze possono derivare da interazioni disfunzionali, trascuratezza o persino abusi e possono lasciare un’impronta profonda nella psiche del bambino, influenzando il suo sviluppo emotivo e comportamentale. Anche Donald Winnicott (1896-1971) ha enfatizzato l’importanza delle relazioni con le figure primarie di accudimento (figura materna “sufficientemente buona”) nel sano sviluppo dei bambini. Le capacità materne di “holding” (contenimento) e “handling” (manipolazione) sono cruciali per il benessere del bambino. Senza una madre o una figura di sostegno adeguata, il bambino potrebbe non sviluppare un senso di sé stabile. La mancanza di cure materne adeguate può causare traumi e problemi nello sviluppo, influenzando la percezione di sé e il benessere emotivo [50], così come la mancanza di adeguate cure genitoriali è stata identificata come un consistente predittore di disturbi mentali nell’adulto [51].

2.1.2 Il trauma in chiave relazionale e la teoria dell’attaccamento

La teoria dell’attaccamento proposta da Bowlby (1907-1990) rappresenta un fondamento importante nelle teorie e nella pratica clinica. In particolar modo nel contesto della psicotraumatologia, l’attaccamento, quale sistema di conoscenze basato su ricerche empiriche che si concentrano sullo sviluppo emotivo, assume un ruolo centrale nella letteratura e quindi nella pratica clinica, poiché approfondisce l’impatto delle prime relazioni madre-bambino sulla formazione dell’identità. Negli ultimi vent’anni, gli studi su questo tema sono cresciuti notevolmente, diventando una delle aree più rilevanti e visibili della psicologia [52]. L’attaccamento è definito come un sistema dinamico di atteggiamenti e comportamenti che contribuiscono alla formazione di legami specifici tra individui [53]. Bowlby sosteneva che gli esseri umani sono biologicamente predisposti a formare legami affettivi, che forniscono un senso di sicurezza ed emotiva stabilità lungo tutto l’arco della vita [54]. Il legame di attaccamento tra il bambino e il caretaker è considerato innato e può influenzare significativamente lo sviluppo futuro emotivo e sociale del bambino [55, 56]. La qualità delle prime relazioni di attaccamento può determinare la formazione di stili di attaccamento diversi, denominati sicuro, insicuro (che si distingue in evitante e ansioso-ambivalente) e disorganizzato [57]. Un attaccamento sicuro è associato a fiducia negli altri, ad autonomia e a uno stato mentale equilibrato [58], mentre un attaccamento insicuro può contribuire allo sviluppo di problemi emotivi e relazionali [53]. Lo studio del comportamento infantile e delle dinamiche familiari rivela che un attaccamento insicuro è correlato a problemi come rigidità emotiva, difficoltà nelle relazioni sociali, *deficit*

di attenzione ed empatia [59]. L'attaccamento disorganizzato, infine, è quello più grave e che può portare alla manifestazione di sintomi di dissociazione [26], divenendo presupposto di uno sviluppo severamente problematico come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Le prospettive relazionali concepiscono il trauma come un'esperienza che sfugge alla simbolizzazione, generando una frammentazione e una dissociazione all'interno della personalità dell'individuo e interpretano la frammentazione come il riflesso di una carenza nella capacità meta-cognitiva di affrontare emotivamente eventi stressanti. Secondo questo indirizzo teorico/clinico poiché il trauma può riattivare ricordi traumatici radicati nelle relazioni primarie insicure dell'individuo [60], l'osservazione deve essere concentrata su quanto accade durante lo sviluppo in età evolutiva e sulla qualità delle interazioni che il bambino vive in queste fasi, in particolare sulla relazione primaria con la madre. Specificamente queste teorie si focalizzano su eventi ripetuti traumatici derivanti da esperienze relazionali difficili durante l'infanzia e mettono in evidenza il legame che quasi sempre il trauma ha con le relazioni interpersonali, dato che crescere in famiglie violente, abusanti o trascuranti, viene percepito come una costante della relazione con le figure primarie di riferimento, piuttosto che episodi sporadici fini a se stessi. Questi eventi traumatici possono lasciare un'impronta duratura sul benessere psicologico ed emotivo dell'individuo, poiché si perpetuano nel tempo divenendo molto resistenti alla cura e influenzando lo sviluppo di disturbi della personalità e di malattie psicosomatiche. In tali condizioni, si generano disfunzioni nella sintonia emotiva tra *caretaker* e bambino, che portano quest'ultimo a sentire messa in pericolo la sua stessa sopravvivenza [61, 30]. Quando i bambini sono feriti da coloro che se ne prendono cura e dovrebbero proteggerli, la loro fonte di sicurezza si trasforma in fonte di pericolo, paura, rabbia e vergogna. Se ciò accade il genitore diventa fonte di spavento e terrore e invece di regolare le emozioni del bambino, le disregola [62, 63, 64, 65], generando un'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico o parasimpatico, che accresce o abbassa l'*arousal* (descrivibile come uno stato di attivazione e reattività del Sistema Nervoso in risposta a stimoli esterni e/o interni) al di fuori di una finestra di tolleranza [30]. I neonati e i bambini nei primi anni di vita, avendo un Sistema Nervoso immaturo, necessitano di una figura di attaccamento che svolga una regolazione interattiva e che contribuisca a regolare gli stati fisici ed emotivi. Sia il *caretaker* spaventato che quello spaventoso hanno un effetto traumatizzante sul bambino, poiché durante l'infanzia la minaccia è percepita fortemente associata alla disponibilità relazionale del *caretaker* e ai suoi segnali emotivi, e non tanto alla gravità reale dell'evento stesso. Il bambino non è in grado di valutare l'effettiva portata della minaccia, perché non in possesso di abilità di *coping* adeguate [66]. Van der Kolk [25] formula il concetto di "atmosfera traumatica", che è fondamentale nell'ambito della comprensione degli effetti del trauma cronico e della trascuratezza familiare sullo sviluppo e sul benessere dei bambini e che si crea quando i bambini sono esposti in modo continuo e prolungato a situazioni di abuso o trascuratezza all'interno dell'ambiente familiare. Da un punto di vista biologico, l'esposizione cronica allo *stress* può influenzare negativamente il Sistema

Nervoso endocrino del bambino, portando a cambiamenti nella regolazione dell'ansia, dell'umore e dello stress. Dal punto di vista psicologico, l'assenza di un sostegno familiare adeguato può ostacolare lo sviluppo delle capacità di autoriflessione, autorregolazione emotiva e relazionale del bambino, fatto che può comportare problemi nelle relazioni interpersonali e nella gestione delle emozioni, rendendo difficile per il bambino affrontare gli *stress* esterni in modo sano e adattivo.

Le esperienze di attaccamento, scisse dagli eventi che le hanno plasmate, vengono ricordate attraverso il corpo, rimanendo codificate al suo interno sotto forma di risposte viscerali, emozioni associate alla paura e al piacere, comportamenti, abitudini, credenze e persino memorie autonome e muscolari [67]. Questa modalità di ricordo ha una finalità adattiva, poiché ricordare attraverso il corpo e le emozioni, aiuta ad evitare automaticamente qualsiasi cosa faccia male o rappresenti una minaccia; inoltre dato che l'organismo sa istintivamente ciò che gli piace e ciò che lo fa sentire al sicuro, questo meccanismo consente al Sistema Nervoso Autonomo di reagire immediatamente e in modo automatico [68, 69]. Questi stati non verbali, fisici ed emotivi della memoria (detti anche "memorie muscolari") non danno la sensazione che si stia ricordando, tanto che si agisce, si sente e si immagina senza riconoscere ed essere consapevoli dell'influenza delle esperienze passate sulla nostra realtà presente [64]. Secondo Van der Kolk [70], gli eventi traumatici non vengono elaborati in forma simbolica o linguistica come i ricordi comuni, ma restano ancorati a livelli sensomotori come immagini orribili, sensazioni viscerali o reazioni di lotta/fuga. Poiché un evento traumatico non termina quando è finito, i suoi effetti possono perdurare per settimane, mesi, anni o decenni, costituendo, come la definisce Janina Fischer, un'"eredità vivente del trauma" [30], che si può manifestare in intense reazioni emotive, fisiche e percettive ai fatti quotidiani. Il trauma attiva arcaici meccanismi di difesa dalle minacce ambientali (in un primo momento immobilità tonica o *freezing* e successivamente immobilità cataplettica dopo le reazioni di attacco-fuga) provocando il distacco dall'usuale esperienza di sé e del mondo esterno e conseguenti sintomi dissociativi [71, 72, 73]. Tale distacco sembra implicare una sospensione immediata delle normali funzioni riflessive e metacognitive e una disintegrazione della memoria dell'evento traumatico rispetto al flusso continuo dell'autocoscienza e della costruzione di significati. Da questa esperienza deriva la molteplicità non integrata degli stati dell'io che caratterizza la dissociazione patologica.

Poiché tutti gli aspetti di memoria, pensiero, sensazioni fisiche ed emotive sperimentate durante l'evento traumatico non riescono ad essere integrati con altre esperienze, non si crea una memoria coerente dell'esperienza. La reiterazione della risposta dissociativa, per evitare di ricordare o rivivere il trauma, attiva una serie di meccanismi di mantenimento del disturbo, che impediscono di elaborare quel dolore mai processato e mai integrato nell'esperienza dell'individuo [74, 72]. La patologia in questi casi emerge a causa dell'immagazzinamento disfunzionale delle informazioni correlate all'evento traumatico, con il conseguente disturbo dell'equilibrio eccitatorio/inibitorio necessario per l'elaborazione dell'informazione. Questo meccanismo neurofisiologico determina il 'congelamento' dell'informazione nella sua

forma ansiogena originale, cioè nello stesso modo in cui è stato vissuto l'evento. L'informazione così congelata e immagazzinata nelle reti neurali non può essere elaborata, continuando a provocare patologie come, appunto, il PTSD [75] e altri disturbi psicologici [76]. Le informazioni che non sono state integrate correttamente persistono in una rete separata e in ogni momento possono venire impropriamente attivate da elementi dell'ambiente esterno o interno all'individuo (*triggers*), provocando reazioni ed emozioni di intensità sproporzionata rispetto alla natura dell'evento attuale. La ricerca ha ampiamente dimostrato che i sopravvissuti a gravi esperienze traumatiche mettono in campo sistemi di sopravvivenza che operano una disconnessione da quanto hanno vissuto e che tanto più il trauma è grave e precoce, tanto più si crea un sistema di difesa primitivo come dissociazione strutturale della personalità [77]. Molti pazienti traumatizzati alternano momenti di *arousal* estremo e incontrollabile sia in un'attivazione *iper* che *ipo*. Tuttavia, quando le persone non hanno *deficit* sottostanti riconducibili a traumi relazioni precoci e trovano un sostegno adeguato, non sviluppano un PTSD. Le risposte al trauma si evidenziano così lungo un *continuum* di complessità che va letta in funzione della gravità del trauma, dell'età evolutiva della vittima e della possibilità di ricevere sostegno sociale [27]. Questo processo diagnostico porta all'eventuale diagnosi di trauma complesso, non attualmente riconosciuta dal DSM5, ma al centro di un dibattito scientifico e culturale che rende la sua definizione ancora oggi controversa.

Come già indicato, la letteratura scientifica da anni si sta occupando di approfondire gli effetti a lungo termine di esperienze sfavorevoli infantili (ESI) sulla salute mentale, sull'organizzazione di personalità dell'adulto e sulle malattie più propriamente appannaggio della medicina interna (particolarmente le malattie autoimmuni) [78, 79, 80, 81, 82, 25]. Anda e Felitti [83] hanno identificato 10 esperienze avverse che possono accadere nell'età evolutiva che comprendono abusi, maltrattamenti, grave trascuratezza, perdita di contatto con un genitore biologico, violenza domestica, guai giudiziari familiari, genitore alcolista o tossicodipendente, suicidario e psichiatrico [Adverse Childhood Experiences-ACE Studies, 84, 81]. Di fatto la comprensione e il riconoscimento del trauma complesso rappresenta una sfida continua nel campo della salute mentale, poiché il dibattito scientifico e culturale continua a evolversi. Nel passato gli eventi traumatici erano considerati eventi rari. Ora tra gli esperti si parla di vera e propria epidemia [85], poiché è sempre più evidente che, nelle varie forme, le esperienze traumatiche accadono a milioni di individui, sotto forma di traumi che possono riguardare un'esposizione a lungo termine a un ambiente traumatico (es., abusi sui minori, trascuratezza, guerre, violenze domestiche, bullismo, ecc.) o di singoli eventi catastrofici.

Molto interessanti sono tre contributi della letteratura scientifica contemporanea allo studio della fenomenologia dissociativa. Primo fra questi è il contributo di Holmes e collaboratori [86] che distinguono due differenti tipi di sintomi dissociativi: i fenomeni di "detachment" e quelli di "compartmentalization". I primi corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà (alienazione) e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria ("emotional

numbing”), s, esperienze di autoscopia (“out of body experiences”), tipicamente attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme. I secondi emergono invece dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l’identità, lo schema e l’immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come le amnesie dissociative, l’emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme, l’alterazione del controllo delle emozioni e dell’unità dell’identità (personalità multiple alternanti). I sintomi da compartimentazione, diversamente da quelli di distacco, che possono essere esperiti da chiunque in situazioni estreme, sono tipicamente conseguenze dello sviluppo traumatico e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell’individuo. Il secondo contributo teorico-clinico dimostra come la dis-integrazione delle funzioni psichiche correlata al trauma, provochi con frequenza disturbi somatoformi quali dismorfismi, somatizzazioni, sintomi pseudo-neurologici, sindromi dolorose in assenza di lesioni organiche e disfunzioni sessuali. A tal proposito colpisce il profondo concetto espresso nella frase “the body keeps the score” (“il corpo accusa il colpo”) di Van der Kolk [25] come a dire che il nostro corpo è testimone e contenitore delle esperienze traumatiche. Il terzo contributo mette in rilievo gli elementi comuni tra dissociazione e deficit di mentalizzazione e metacognizione, considerati sinonimi e indicatori dell’insieme delle funzioni cervello/mente che permettono agli individui di operare riflessioni coscienti sui propri e altrui contenuti mentali [87, 88, 89]. Le capacità metacognitive sarebbero estremamente sensibili sia all’effetto dirompente delle emozioni che ne alterano la normale operatività, che alle esperienze traumatiche infantili che ne compromettono lo sviluppo.

Secondo Janina Fisher [74, 30] sintomi e processi dissociativi dominano alcuni quadri clinici e sono presenti in modo variabile in quasi tutte le categorie diagnostiche, rappresentano un indice di prognosi negativa e di resistenza alle terapie convenzionali. Le neuroscienze aprono uno spiraglio alla comprensione di alcuni ostacoli che incontrano la psicoterapia e possono essere considerate un ponte tra fisiologia e fenomenologia, poiché forniscono importanti informazioni sulla compromissione del Sistema Nervoso e su alcuni processi che avvengono nei nostri pazienti al di fuori del controllo volontario, impedendone il buon funzionamento. Essere a conoscenza di come e in che misura, la libertà di scelta risulti essere limitata proprio a causa delle alterazioni nelle connessioni cerebrali, diventa fondamentale per costruire piani terapeutici ed interventi efficaci per il cambiamento e la crescita degli individui. In linea con il modello della dissociazione strutturale di Van der Hart [90, 76], la Fisher, affermando che a qualsiasi età il trauma subito è preceduto da una personalità pre-traumatica che inizia in modo indiviso, distingue tra dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria. Nella *dissociazione primaria*, che riguarda un singolo trauma incidente, la personalità post-traumatica, è il risultato di una scissione tra la parte sinistra del cervello (parte apparentemente normale della personalità), del Sé che porta avanti la vita normale e l’adattamento durante e dopo il trauma, e la parte del Sé che contiene i ricordi corporei ed emotivi di quanto accaduto e le risposte di sopravvivenza necessarie per sopravvivere (parte emotiva della personalità). Nella

dissociazione secondaria, la parte che va avanti con la vita normale (o parte normale della personalità) continua la vita normale e l'adattamento formatosi durante e dopo il trauma (emisfero sinistro), scissa dalla parte traumatizzata della personalità che contiene sia i ricordi traumatici che le risposte di sopravvivenza (cervello destro). La parte emotiva della personalità diventa più compartimentata e si sviluppano sottoparti separate che riflettono le diverse strategie di sopravvivenza necessarie in un mondo pericoloso (parti della personalità legate al trauma). I disturbi della personalità o dell'umore che ne possono derivare, sono il disturbo borderline di personalità (BPD), il disturbo bipolare (DB) e il disturbo d'identità non altrimenti specificato (DDNOS) (non ancora riconosciuto nel DSM). Nella dissociazione secondaria e nei disturbi correlati accade che, il corpo innescato e disregolato, continua ad anticipare il pericolo anche quando il pericolo reale è terminato o non c'è, e non distingue il pericolo reale da quello fantasmatico legato alla memoria implicita del trauma. Nella *dissociazione terziaria*, accade che, per sopravvivere a condizioni ancora più pericolose, diventano necessarie più parti che contengono risposte di sopravvivenza e parti che contengono risorse. Questa forte compartimentazione in parti che hanno tutte una propria "personalità", conduce allo sviluppo del disturbo dissociativo dell'identità (DID) e del disturbo d'identità grave non altrimenti specificato (DDNOS).

2.1.3 Modello delle Parti e Gestalt Terapia per il trauma

Come già detto, il funzionamento integrato del cervello può essere disturbato dal trauma, che ha l'effetto di disabilitare le funzioni cerebrali superiori della corteccia, rendendo il paziente incapace di auto-regolarsi. Pierre Janet (1889-1911) ha introdotto un approccio graduale in tre fasi per ricostruire la capacità integrativa del paziente, diventato lo *standard* di cura per il disturbo da *stress* post-traumatico complesso e per i disturbi dissociativi [28]. Questo modello trifasico è stato sviluppato ulteriormente nella psicotraumatologia, includendo la dissociazione strutturale di Onno Van der Hart [29] e l'approccio delle "parti" di Janina Fisher [74, 30]. La *prima fase* della terapia si concentra sulla stabilizzazione, riducendo i sintomi e migliorando il funzionamento quotidiano. Si stabilisce un'alleanza terapeutica, si riconoscono le parti dissociative e si gestiscono le emozioni legate ai ricordi traumatici. La cura di sé, delle relazioni e delle attività quotidiane è fondamentale per aumentare il senso di controllo. Questa fase è cruciale, poiché prepara il paziente per affrontare i ricordi traumatici, richiedendo una "finestra di tolleranza" fisiologica ed emotiva adeguata. La terapia deve aiutare il paziente a comprendere l'importanza delle difese durante il trauma, identificando quelle obsolete e utilizzando in modo flessibile le risposte difensive. Accompagnando il paziente nelle situazioni quotidiane non minacciose, si favorisce l'espressione libera di ogni sistema motivazionale. La *seconda fase* della terapia si concentra sull'elaborazione delle memorie traumatiche, affrontando episodi specifici, immagini e aspetti sensoriali e cognitivi delle esperienze passate, si mira all'integrazione graduale dei ricordi tollerabili, risolvendo legami disfunzionali con gli aggressori e fobie tra le parti dissociative. L'obiettivo è orientare il paziente al

presente, riconoscendo i legami passati ma distanziandoli dalla vita quotidiana. Nel lavoro con i disturbi dissociativi e il PTSD complesso, è cruciale la comprensione del sistema interno del paziente e delle sue risorse. Affrontare le fobie interne, i ricordi traumatici e le paure legate all'attaccamento richiede un approccio graduale e rispettoso delle resistenze del paziente. Come sottolinea Kathy Steele [91], il lavoro con la resistenza è IL lavoro con il trauma, non qualcosa che intralcia il lavoro, essendo la resistenza una protezione contro un'integrazione che il sistema del paziente, o una parte di esso, vive come pericolosa. Questi pazienti hanno sperimentato l'impotenza, temono la perdita di controllo e la violazione dei loro confini: per questo, quanto più la resistenza è severa ed egosintonica, tanto più occorre dar loro controllo e potere nel processo terapeutico, procedendo sempre per piccoli passi e con estremo rispetto. Per far fronte alla resistenza del paziente occorre avanzare gradualmente mantenendo il focus dell'attenzione sulla dimensione passato/presente. La co-consapevolezza tra le parti del paziente è fondamentale e può essere sviluppata promuovendo il dialogo attraverso la mediazione dell'adulto sano. La *terza fase* riguarda il lavoro per l'integrazione della personalità e la riabilitazione. Gli obiettivi terapeutici di questa fase sono: rafforzare le risorse, accettare il cambiamento e il lutto per le perdite del passato, costruire relazioni più funzionali e nutritive, sviluppare un senso di sé unificato e costruire le capacità di vivere pienamente la vita quotidiana. I trattamenti riconosciuti come più efficaci nel trattamento del trauma complesso necessitano di una conoscenza approfondita e di flessibilità di applicazione nell'integrazione di diversi approcci psico-corporei come l'EMDR e la Psicoterapia Sensomotiva.

L'EMDR è un approccio terapeutico sviluppato da Francine Shapiro [92, 31] negli anni '80, che utilizza gli stimoli sensoriali come i movimenti oculari o i tocchi alternati per ridurre l'ansia legata ai ricordi traumatici. Riconosciuta come terapia elettiva per il disturbo da *stress* post-traumatico (PTSD), promuove la desensibilizzazione e l'elaborazione dei ricordi traumatici, riducendo l'intensità emotiva. L'esposizione graduale al materiale traumatico e i movimenti oculari, potrebbe indurre cambiamenti sinaptici legati all'elaborazione di ricordi e alla memoria e un coinvolgimento della formazione reticolare che stimolerebbe rilassamento emozionale. Questa attivazione favorirebbe la desensibilizzazione della risposta ansiosa, a seguito della desensibilizzazione del Sistema Nervoso Simpatico. Studi recenti stanno dimostrando che l'EMDR comporta una risincronizzazione dell'attività elettrica dei due emisferi e una normalizzazione dei livelli del cortisolo nel sangue [93, 94, 95, 96, 92, 97, 98]. L'intervento con EMDR è strutturato in diverse fasi: la prima riguarda la raccolta della storia clinica del paziente; seguita dalla pianificazione e dalla preparazione del paziente, messe in atto con l'obiettivo di spiegare il processo e creare fiducia. Fasi successive riguardano: l'identificazione del bersaglio, che si focalizza su un ricordo traumatico specifico e la valutazione delle emozioni in cui il paziente riconosce le sensazioni legate al ricordo. In seguito si passa alla stimolazione bilaterale, fase in cui il paziente si concentra sul ricordo mentre partecipa a stimoli come movimenti oculari o tocchi alternati. La libera associazione incoraggia l'espressione di emozioni e pensieri. Durante il processo il terapeuta aiuta il paziente ad attuare una sospensione

cognitiva, per superare credenze negative e lo aiuta ad individuare le risorse positive e a saperle utilizzare, per rafforzare la sua resilienza. Ultime fasi sono la rielaborazione, che riduce progressivamente l'intensità emotiva del ricordo traumatico, e la valutazione finale, in cui il terapeuta valuta il cambiamento nella reazione del paziente al ricordo originale e la riprogrammazione del futuro in funzione dei nuovi apprendimenti su se e sul mondo. Nel tempo l'EMDR è divenuto un approccio sempre più complesso e globale, che consente di affrontare con efficacia risolutoria gran parte dei disturbi legati alle molteplici tipologie di esperienze traumatiche sperimentabili dagli individui, comprese quelle vissute all'interno della famiglia.

La Terapia Sensomotoria è un approccio terapeutico innovativo ed integrato in cui i principi della terapia orientata al corpo, delle neuroscienze e la teoria dell'attaccamento si uniscono in un composito ed efficace metodo di trattamento del trauma [99]. Concentrandosi sulle sensazioni fisiche e sulle risposte corporee legate al trauma, mira a ridurre sintomi e favorire il recupero psicologico. Pat Ogden [100, 101], fondatrice di questo modello terapeutico, ha basato il suo lavoro sull'evidenza che il trauma può impattare profondamente il corpo sotto forma di tensione muscolare, sensazioni fisiche sgradevoli e risposte automatiche di difesa. Durante le sessioni terapeutiche, il terapeuta guida il paziente a sviluppare consapevolezza delle sensazioni corporee legate al trauma, utilizzando esercizi di respirazione e movimenti guidati che aiutino l'integrazione dell'attenzione alle sensazioni fisiche con il lavoro sui pensieri e che agevolino una rielaborazione approfondita e una regolazione emotiva completa, per affrontare il trauma da diverse prospettive. Questo approccio, sebbene ancora necessitante di validazioni scientifiche ulteriori, negli ultimi 20 anni si è affermato [87] per la sua capacità di integrare approcci cognitivi "top-down" (legati al pensiero esecutivo, consapevole, verbalizzabile e razionale) con tecniche e modelli "bottom-up" (connessi con la sensorialità corporea, per cui automatici, emotivamente carichi, inseriti nell'esperienza automatica e associativi). La Terapia Sensomotoria si avvale delle tecniche *mindfulness-based*, allo scopo di mantenere una connessione con il momento presente e con il "qui e ora" dell'esperienza somatica. Durante le sessioni vengono incoraggiate l'osservazione consapevole della modalità in cui si manifesta il trauma (nei cambiamenti del battito cardiaco, del respiro, del tono muscolare, ecc.) e il riconoscimento del "dove e quando" dell'esperienza traumatica [102]. La Terapia Sensomotoria comprende tre fasi: 1. *stabilizzazione e regolazione* (per creare una base sicura attraverso strategie di regolazione emotiva e corporea), 2. *elaborazione* del trauma (per esplorare e lavorare sulle memorie traumatiche tramite sensazioni corporee, cercando di rielaborare i ricordi e ridurre le associazioni negative alle le risposte fisiche), 3. *integrazione e guarigione* (per integrare nuove esperienze e risposte emotive e corporee, sviluppando strategie per affrontare presente e futuro in modo sano).

Janina Fisher, basandosi su approcci teorici diversi come la neurobiologia dei sintomi e disturbi correlati [25, 103], l'attaccamento disorganizzato, la personalità borderline e la dissociazione [26] e la relazione tra trauma e corpo [101], sviluppa il Trauma-Informed Stabilization Treatment (TIST). Questo modello, che si ispira a vari ap-

procci clinici come la Psicoterapia Sensomotoria, gli Internal Family Systems [104], la Terapia Cognitiva basata sulla *mindfulness*, la Motivational Interviewing e l'Acceptance and Commitment Therapy, si concentra sulla stabilizzazione dei pazienti traumatizzati costantemente a rischio. Fisher considera il comportamento autodistruttivo come una strategia di sopravvivenza per regolare affetti e impulsi insicuri o insopportabili. I principali elementi del TIST [105], includono la comprensione del trauma orientata alla neurobiologia, il ripristino dell'attività corticale prefrontale come prerequisito per il cambiamento comportamentale, componenti psicoeducative, la riformulazione dei sintomi per creare spazio psicologico, la lotta contro interpretazioni legate alla vergogna o paranoia, l'uso di abilità di *mindfulness* per ridurre la disregolazione degli affetti e l'assunzione di "organicità" nel processo terapeutico. La Terapia della Gestalt, secondo la concezione di Perls, può essere considerata pienamente "trauma-oriented", poiché sin dall'inizio ha avuto come obiettivo la ricostruzione dell'interezza [27]. Questo concetto si riferisce alle unità esperienziali e percettive e alla loro relazione nel campo, dove il Sé è una funzione. Perls, in linea con una visione olistica e integrativa, sottolineava l'importanza delle funzionalità legate sia all'emisfero sinistro che a quello destro [106 citato in 27], anticipando scoperte confermate dalle neuroscienze. La Psicoterapia della Gestalt si basa su un solido concetto procedurale di integrazione neuronale [107], concentrandosi su operazioni terapeutiche che favoriscono la consapevolezza dei processi non verbali e inconsci. La Gestalt è da sempre una terapia relazionale, in cui il trauma è considerato parte di un campo relazionale, facilitando processi integrativi, differenziazione ed elaborazione all'interno dello spazio terapeutico. Attualmente, la Psicoterapia della Gestalt mira a riorganizzare il campo relazionale ed esperienziale del paziente, enfatizzando il "qui e ora", la spontaneità, l'autenticità del contatto e le modalità creative di adattamento. L'adattamento creativo al trauma, sebbene consenta la sopravvivenza, può limitare l'espressione completa del sé nel mondo, generando gestalt rigide nella struttura di personalità nel tempo. Il modello fenomenologico sostituisce il "perché" psicodinamico, sostenendo la differenziazione e il ripristino della fluidità delle gestalt compromesse dal trauma. Molti autori gestaltici hanno messo in risalto l'insita natura di psicoterapia "trauma-oriented" della Gestalt [108, 109, 110, 111]. Tuttavia, in letteratura e nella pratica clinica sono ancora scarsi i lavori propri del modello gestaltico. Gli psicoterapeuti della gestalt non sempre sono formati a leggere la fenomenologia ricorsiva dei pazienti traumatizzati e a come intervenire sopra. Ad esempio, molte sono le possibili integrazioni, come già evidenziato, tra il modello fenomenologico gestaltico degli esordi e attuale e quelli della terapia cognitiva comportamentale, la Sensorymotor Therapy ha molti aspetti di connessione con l'approccio fenomenologico e corporeo della Gestalt, la Neurobiologia Interpersonale di Daniel Siegel [64] sviluppa il concetto di "mente come corpo", che fa il paio con il concetto di "mente incarnata" gestaltico, ed infine Bromberg (psicoanalista relazionale) offre una cornice interessante per i gestaltisti nella comprensione del trauma quando parla di mancata sintonizzazione relazionale precoce, non disponibilità del *caretaker* e distacco [112]. In un iniziale tentativo di analisi degli elementi in comune ed integrabili tra il modello

della psicoterapia gestaltica e quello della Janina Fisher (TIST), del quale sopra abbiamo fatto una sintetica presentazione, si può dire che, come ricorda la Fisher, “essere qui invece che essere lì” [25], per contrastare la caratteristica principale del trauma per cui gli aspetti impliciti o non verbali dei ricordi continuano a riattivare il senso immediato di pericolo e le componenti emotive e somatiche che lo hanno caratterizzato. Quando ci si trova attivati da uno stimolo (*trigger*) nel presente, il corpo si mobilita per far fronte al pericolo percepito senza sapere se quel pericolo è più o meno reale, la corteccia prefrontale, disattivata dalla minaccia, non riesce a processare e valutare l'efficacia e l'adeguatezza della risposta di sopravvivenza, impedendo una valutazione razionale e ragionevole di ciò che si sta provando [30]. Come noto, la consapevolezza del momento presente, vista come fase in cui si può riorganizzare il rapporto figura/sfondo e l'emergere di un senso unitario di sé, è un tema chiave della psicoterapia della gestalt [27]. Le “parti”, come direbbe la Fisher, o le polarità, come si usa chiamarle in Gestalt, attraverso la riconnessione delle reti neurali e degli emisferi cerebrali, diverrebbero capaci di “dialogare tra loro” e con l'Io adulto, in maniera sicura e *mindfull*, con curiosità, amorevolezza, tolleranza e sostegno reciproco. Questo porterebbe alla ricostruzione di una base sicura, che la Fisher definisce “base sicura riguadagnata”, per cui la persona modifica il proprio rapporto con l'esperienza e con il proprio passato, sentendosi capace di abitare il sé incarnato. Decenni fa si riteneva che elaborare il trauma implicasse il doverlo rivivere, ma la pratica clinica ha dimostrato il contrario, poiché “rientrare” nella dimensione traumatica comporta il forte rischio di una pericolosa ri-traumatizzazione. Attualmente, la consapevolezza è che risperimentare il passato può essere dannoso, così terapeuti devono evitare di farvi reimmergere il paziente, incoraggiando modalità alternative per accedere a sensazioni legate al trauma e aiutandolo a comprendere che l'evento traumatico appartiene al passato. La rielaborazione richiede una trasformazione della relazione con l'evento, utilizzando risorse corporee e mentali per modificare le risposte fisiche [30]. Di seguito sono descritte le fasi del trattamento del trauma che la Fisher ha adattato dal modello di Judith Herman [113]:

Fase 1. Sicurezza e Stabilità: Superare la disregolazione

- Obiettivo: creare una vita sicura e stabile nel qui e ora.
- Compiti: creare una sicurezza corporea, creare un ambiente sicuro, ottenere una stabilizzazione emotiva.

Fase 2. Venire a patti con i ricordi traumatici

- Obiettivo: venire a patto con passato traumatico.
- Compiti: superare la paura degli eventi traumatici e dei ricordi corporei/emotivi in modo che possano essere integrati.

Fase 3. Integrare e andare avanti

- Obiettivo: superare le paure della vita normale, delle sfide, dei cambiamenti sani e dell'intimità traumatica.
- Compiti: diminuire la vergogna e l'alienazione dal sé, sviluppare una maggiore capacità di attaccamento sicuro, raggiungere obiettivi personali e professionali

che riflettano la creazione di un significato post traumatico.

La guarigione dal trauma passa per un processo graduale e complesso e si può definire avvenuta quando la personale eredità traumatica, con tutte le sue manifestazioni emotive, comportamentali e percettive, sono state elaborate e risolte. L'accettazione amorevole e completa di sé, il perdono per ciò che si è stati e lo sguardo compassionevole verso il piccolo bimbo o la piccola bimba che si è stati, fanno sentire che qualcosa di importante si è modificato in modo stabile.

3. Approccio integrato al trattamento del trauma

Gli studi più o meno recenti sul trauma e sull'intervento terapeutico, chiedono ai professionisti della salute mentale di operare con un approccio "trauma-oriented" che possa dare ragione della comprensione di come si strutturano nel tempo disagi e disturbi legati a eventi traumatici e a processi di sviluppo traumatico relazionale e a come questi possono essere trattati in terapia, considerando non solo l'evoluzione storica del disturbo, ma anche il vissuto presente del paziente e la sua progettualità. I modelli di intervento sinteticamente citati in questo lavoro tendono senz'altro ad avere delle caratteristiche specifiche, ma anche molte concettualizzazioni e pratiche comuni, aspetto che rende possibile, anche se non del tutto semplice, la costruzione di una modalità di intervento integrata.

Lavorare terapeuticamente in modalità "trauma-oriented", implica avere una visione neurobiologica, epigenetica e psicologica del trauma e la consapevolezza che occorre ripristinare l'attività corticale deputata al metapensiero per far sì che si attui un cambiamento nelle condotte delle persone e nella capacità di gestire efficacemente l'effetto iatrogeno che può verificarsi nel "ritorno" del paziente ai contesti di vita abituali [114]. Il paziente traumatizzato è poco in grado di autoregolarsi, ovvero riesce con difficoltà a pensare prima di agire, è poco capace di gestire le emozioni e fatica a compiere azioni intenzionali. Come affermava Perls [115], c'è una soglia oltre la quale l'organismo è incapace di autoregolarsi, secondo le condizioni prevalenti del campo.

Considerando quanto finora detto sugli effetti degli eventi traumatici e dello sviluppo traumatico, un approccio terapeutico integrato considera focali obiettivi che si orientino allo sviluppo di competenze atte a consentire l'espansione della finestra di tolleranza, il riconoscimento di *triggers*, la consapevolezza e la comprensione che quanto accaduto nel passato, se ben elaborato, porta a vivere con più pienezza il presente e a costruire un futuro caratterizzato da un miglior essere e un miglior stare. Comprendere meglio quali erano e come si esprimevano le reazioni a certi accadimenti del passato, porta a vivere più pienamente nel presente e questo consente di essere più capaci di concentrarsi sulle diverse attività della vita quotidiana e nelle relazioni, poiché saper riconoscere quando si è attivati da un *trigger* e come fare per rispondere a questa attivazione da adulti, rende più facile essere pienamente vivi nel presente e coinvolti con le persone intorno a noi. È davvero un passaggio importante aiutare il paziente a divenire sempre più consapevole che ciò che ha creato la trau-

matizzazione appartiene al passato e che “qui e ora” si è nel presente, sopravvissuti ma con la possibilità di “vivere” bene l’esistenza. Una buona rielaborazione del passato necessita di una trasformazione della relazione con ciò che è successo e questo è realizzabile se ci si allena ad accedere ad alternative di pensiero e ad utilizzare risorse corporee e cognitive che possano modificare le risposte fisiche e psichiche che fanno permanere nello “luogo del trauma”. La rivalorizzazione del “qui e ora”, riscontrabile in tutti i modelli di intervento “trauma-oriented” è un chiaro obiettivo attuale della Psicoterapia della Gestalt, che si pone nell’ottica di aiutare il paziente a riorganizzare il campo relazionale ed esperienziale, del momento presente, della spontaneità e dell’autenticità del contatto e delle modalità creative in cui ognuno trova adattamento e soluzione esistenziali. Poiché l’adattamento creativo al trauma, che pure consente la sopravvivenza, permette di vivere poco il senso di sé nel mondo, le soluzioni che emergono da un campo gravemente limitato nella possibilità di scelta, nel tempo divengono delle gestalt rigide, incluse nella struttura di personalità [27]. Il “come” del modello fenomenologico che si sostituisce al “perché” psicodinamico, sostiene il processo di differenziazione e quindi di ripristino della fluidità di apertura e chiusura delle *gestalt* gravemente compromessa dal trauma.

In questo processo sono cruciali la trasparenza degli obiettivi terapeutici, il rispetto della volontà e dell’energia del paziente, insieme a una precisa focalizzazione tematica in ogni seduta. Un importante spazio dell’intervento viene dato alla psicoeducazione, che consiste sostanzialmente nel dare un nome alle cose, permettendo così alle persone di conoscere e divenire consapevoli del loro stato. Dare un nome alle cose e spiegare i processi che sottendono certe dinamiche, permette anche di “normalizzarle” e “normalizzare l’esperienza”, restituendo al paziente senso di *empowerment*, sicurezza, percezione di potere e gestione della propria esistenza, così come di diminuire il timore di impazzire [26]. Normalizzare, ovviamente, non significa negare o non riconoscere l’esistenza del problema, quanto piuttosto evidenziare che non è tanto la qualità dell’esperienza ad essere diversa, ma l’intensità e magari la durata nel tempo. Questa operazione incrementa la possibilità di sviluppare una buona alleanza terapeutica e la sensazione che il terapeuta sia protettivo, affidabile, interessato e competente.

Integrando la prospettiva *gestaltica* al lavoro di Janina Fisher, le “polarità” possono essere ricondotte alle “parti” e alla necessità di costruire un dialogo tra di esse che porti all’integrazione e alla costruzione di una “base sicura riguadagnata”. Attraverso l’esercizio costante e la sperimentazione nel vissuto quotidiano, del dialogo tra le parti, governato da un io consapevole e capace di sintonizzarsi con esse, e quindi attraverso l’esercizio costante di una consapevolezza duale, i pazienti possono smorzare il fuoco delle attivazioni che riportano automaticamente alla dimensione traumatica, e ri-regolare le loro emozioni e i loro comportamenti per essere in maggiore equilibrio in sé e con il mondo.

La prima fase dell’intervento consiste nel lavorare sulla costruzione della relazione, sull’alleanza motivazionale. La contrattualizzazione degli obiettivi e della metodologia di lavoro aiuta a definire meglio i ruoli reciproci terapeuta-paziente. L’aspetto

relazionale va curato particolarmente quando il trauma si riferisce ad un 'altro' abusante, sia psicologicamente che fisicamente. Può esistere, in questi casi, una sensibilità particolare all'atmosfera della relazione e la difficoltà di instaurare relazioni 'intime' [116]. Nel contratto sarebbe bene inserire anche quello che riguarda le possibilità di contattare/scrivere al terapeuta in caso di necessità. In un approccio complesso, tali condizioni dovrebbero essere chiarite, in virtù della sempre maggiore possibilità di accessibilità al terapeuta (attraverso i *social*, le *chat*, le *mail*, ecc.). Nelle fasi iniziali del trattamento, un aspetto importante riguarda la necessità della stabilizzazione. I pazienti molto spesso giungono in terapia in uno stato di disregolazione emotiva e fisica, narrando in modo più o meno consapevole e logico, di disturbi o disagi fisici, emotivi e psicologici. Lo stato di disregolazione può attuarsi anche durante il percorso terapeutico e/o anche durante la seduta stessa, in un momento particolare, in cui qualcosa ha turbato e agito da trigger per il paziente. Conoscere meglio il linguaggio del corpo e saper intervenire su di esso, attraverso tecniche *mindfulness*, di centraggio, della Terapia Sensorimotoria, può aiutare a riportare il paziente in uno stato di migliore regolazione organismica che consenta, anche se solo in parte, la riattivazione della funzionalità della corteccia prefrontale. Una delle tecniche privilegiata della Terapia Sensorimotoria è il *grounding*, particolarmente efficace in casi di depersonalizzazione [26], poiché attraverso l'aderenza dei piedi al pavimento, l'attenzione al peso del corpo sui piedi, tutta la concentrazione viene indirizzata al corpo. Anche esercizi che derivano dal modello di intervento della teoria polivagale possono riportare in uno stato diverso e più consapevole di coscienza. L'attuazione di esercizi che interpellano i diversi strati adattivi della regolazione neurale del Sistema Nervoso Autonomo e che modificano la nostra percezione di noi stessi, degli altri e del mondo, ha l'obiettivo di far comprendere al paziente che la narrativa personale si basa su quello che abbiamo accumulato come sentimenti e non come eventi. L'intento non è quello di sminuire gli eventi, ma di dare contezza della capacità dei sentimenti di "distorcere, amplificare o mitigare l'impatto degli eventi" [117, pag. XI].

In ambito di utilizzo della tecnologia, un ulteriore strumento utile può essere il diario clinico condiviso. Insieme al paziente si sceglie il *device* che preferisce o che è più funzionale per lui/lei (*pc*, *smartphone*, ecc.) e l'*app* più agevole (ne esistono molte e gratuite sia per *pc* che per *smartphone*). Il paziente descrive quello che gli accade, con cadenze predefinite, su un documento condiviso a cui il terapeuta ha accesso in tempo reale. A meno di urgenze, quanto descritto sarà oggetto di lavoro terapeutico nella seduta susseguente.

Quando il paziente sente una maggiore stabilità emotiva e fisica, ha maggiori possibilità di accedere alla consapevolezza di avere risorse positive. In questa fase può essere utile utilizzare il modello procedurale per l'implementazione delle risorse attraverso la stimolazione bilaterale o il *tapping* dell'EMDR [92, 31]. Questa fase è importante nel lavoro con persone traumatizzate e può richiedere anche tempi molto lunghi prima di poter accedere alla rielaborazione dei ricordi traumatici, perché, per poter affrontare un ricordo traumatico il paziente deve collocarsi all'interno della "fi-

nestra di tolleranza” dell’attivazione fisiologica e delle emozioni ed essere in grado di modulare tale attivazione. La pratica clinica aiuta ad apprendere e seguire i tempi e i modi necessari ad ognuno per essere pronto al passaggio alla fase di elaborazione delle memorie traumatiche. L’alleanza terapeutica deve essere sufficientemente solida e l’umore e le condizioni generali del paziente devono essere adeguate. Durante la fase di stabilizzazione il paziente deve essere accompagnato a riconoscere l’importanza che le sue difese hanno rivestito nel corso dell’esperienza traumatica, compito della terapia è aiutare il paziente a riconoscere come alcuni aspetti di queste difese siano ormai anacronistici e ad utilizzare in maniera flessibile tutte le risposte del sistema di difesa (quelle di mobilitazione e di immobilizzazione).

All’inizio della fase ‘centrale’ del lavoro terapeutico, dopo le sedute iniziali, uno strumento utile può essere il genogramma, attraverso cui il paziente si riappropria meglio di una narrazione storica del proprio clan, e dunque anche di sue parti interne, e il terapeuta raccoglie informazioni utili al trattamento [118]. Sulla base di quanto emerge nelle sedute, terapeuta e paziente possono registrare dei brevi videomessaggi che possano rinforzare la persona nei momenti in cui le memorie traumatiche emergono con più pregnanza. Brevi video da memorizzare sul cellulare e da riprodurre all’esigenza [12]. In queste sedute ‘centrali’ può essere utile fornire al paziente delle indicazioni su testi da leggere, in riferimento al trauma, e su siti, selezionati dal terapeuta, da consultare, come risorse ulteriori di lavoro terapeutico. Inoltre, diventa importante, per migliorare il funzionamento quotidiano del paziente l’introduzione dell’agenda per la pianificazione settimanale delle attività. Mentre il diario condiviso (vedi sopra) riguarda la sfera affettiva, cognitiva ed emozionale di autonarrazione, l’agenda riguarda il funzionamento concreto del paziente, la programmazione delle azioni da compiere.

Nel lavoro di elaborazione delle memorie traumatiche, sono essenziali alcune azioni da parte del terapeuta: mantenere l’attenzione duale tra presente e passato, guidare il paziente all’interno della “finestra di tolleranza emotiva”, focalizzarsi sui segnali emotivi e somatici di attivazione delle difese. Inoltre il terapeuta deve avere un’idea abbastanza chiara del sistema interno del paziente, delle sue risorse, delle sua capacità integrative, di quanto siano intense la fobia per l’esperienza interna, per i ricordi traumatici e per l’attaccamento e la perdita dell’attaccamento e di quale sia e quanto sia forte il conflitto fra le parti. Obiettivo del lavoro terapeutico è portare il paziente verso la soluzione dei legami di attaccamento disfunzionali con gli eventuali aggressori e verso la risoluzione delle fobie tra le parti dissociative, al fine di aiutarlo ad essere più orientato al presente, riconoscendo i legami e anche la distanza del passato traumatico rispetto alla vita quotidiana. In questo senso, poiché il lavoro sulle memorie traumatiche pone il clinico di fronte a resistenze e blocchi e per far sì perché l’integrazione dei ricordi traumatici abbia successo, occorre valutare attentamente quanto la persona di volta in volta riesce a tollerare. Nel processo terapeutico, quindi, diventa importante affrontare blocchi e resistenze con curiosità, benevolenza e compassione, senza interpretare né giudicare, valutare con flessibilità gli obiettivi terapeutici ed essere disponibili a fermarsi o tornare indietro di fronte a nuovi elementi

emergenti nel corso del trattamento. Lavorare sulla resistenza richiede al paziente controllo e potere nel processo terapeutico e va fatto avanzando con piccoli passi e con molto rispetto, per far in modo che lo stesso si muova sempre dentro una finestra di tolleranza emotiva per lui/lei tollerabile e rimanga o ritorni con agevolezza nella consapevolezza tra tutte le sue parti sul lavoro terapeutico. Durante tutto il percorso sono importanti i *feedback* costanti del terapeuta al paziente, feedback che riguardano sia i contenuti raccontati dal paziente, sia il processo nel farsi della relazione terapeutica [119]. Con le resistenze si deve 'danzare' [120], non solo confrontarle, e l'alleanza con le resistenze è una buona strategia di lavoro clinico. È necessario, per una buona riuscita del processo terapeutico, che i terapeuti si focalizzino in modo preciso sul tema di lavoro scelto, per non rischiare di dover elaborare troppi aspetti magari intollerabili dello stesso evento, in modo da agevolare la promozione del dialogo tra le parti dissociative attraverso la mediazione dell'adulto sano, che via via riesce a guadagnare competenza e capacità di *coping* utili a gestire il dolore all'interno del suo sistema emotivo.

La parte finale del trattamento ha a che fare con il consolidamento degli apprendimenti (buona riparazione interna della 'frattura' col trauma, aumento delle capacità di coping rispetto all'evento traumatico, maggior consapevolezza di sé e della possibilità di procedere bene integrando nel sé la memoria del trauma) e con l'elaborazione della chiusura della relazione col terapeuta [116].

4. Conclusioni

Questo è il secondo dei due articoli dedicati al trattamento *blended* del trauma. Mentre nel primo [122] c'è stata una maggiore focalizzazione sulle possibilità offerte dalla 'distanza' per intervento sul trauma, in questo si è approfondito maggiormente il trauma stesso, attraverso un breve *excursus* storico rispetto alle varie concettualizzazioni, le teorie, le metodologie e trattamenti relativi. A tutt'oggi si è tornati a parlare molto di trauma e diversi autori e scuole hanno approfondito il discorso sia teorico che clinico. Quelli più importanti sono stati citati e descritti brevemente e variano da alcuni che sottolineano maggiormente l'aspetto di elaborazione cognitiva ad altri che privilegiano un intervento corporeo. Come sottolineato nel Paragrafo 4, una possibilità di intervento consiste nell'integrare sia la parte corticale, con l'elaborazione cognitiva di quanto accaduto e una migliore gestione dei pensieri associati sia quella affettivo-emotiva di gestione dei sentimenti associati al trauma, la rabbia, il dolore, la depressione, nonché di quella corporea, legata alla presenza, al corpo vissuto, alla consapevolezza di sé. Tutti gli autori sono concordi nel definire la relazione terapeutica [123] come l'elemento più importante del trattamento del paziente con trauma, tanto più quanto più il trauma subito ha a che fare con un altro da sé: in questo caso la persona sarà ancora più sensibile al confine di contatto e potrebbero attivarsi diverse sensazioni, emozioni, pensieri, dal senso di colpa, alla rabbia, all'autosvalutazione. Il processo terapeutico e di guarigione, come abbiamo provato a mostrare, può essere implementato tenendo anche a mente le possibilità offerte dalla tecnologia di-

gitale, non solo in termini di PC o videochiamata. Si può lavorare bene contrattualizzando l'invio di *mail*, messaggi (vocali o scritti), si possono registrare insieme video da utilizzare in caso di necessità, programmare sedute *online*, utilizzare risorse di rete o la realtà virtuale per desensibilizzare al trauma.

Prossimi lavori saranno indirizzati ad implementare progetti di ricerca empirica per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici integrati sopraesposti.

BIBLIOGRAFIA

1. Blaustein, M. E. & Kinniburgh, K. M., (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Publications.
2. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.
3. Damasio, A. (2022). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi Edizioni, spa.
4. Davidson, R., & Begley, S. (2012). *La vita emotiva del cervello. Come imparare a conoscerla e a cambiarla attraverso la consapevolezza*. Milano: Ponte alle Grazie.
5. Roozendaal, B., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 423-433. doi.org/10.1038/nrn2651
6. Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201:AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
7. Carriero, C. (2020). *Smart working: Tool e attitudini per gestire il lavoro da casa e da remoto*. Milano: Hoepli.
8. WHO – AA.VV. (2020). *eHealth Network, Summary report*. 17th e HealthNetwork meeting, Brussels.
9. WHO – AA.VV. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Document, World Health Organization.
10. Suler, J. (2001). The Future of Online Clinical Work. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4, pp. 265-70. doi:10.1023/A:1015557407603
11. Suler, J. (2006). *The psychology of cyberspace*. www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html
12. Iannazzo, A., Leoni, F., & Ciuffo, P. (2022). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
13. McWilliams, N. (2020). Psychotherapy in a Pandemic. *Frenis Zero Psychoanalytic Journal*. doi: org/10.1007/978-3-319-06083-5_7.
14. Bloom, J. W. (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26(1), 53-59. doi:org/10.1080/03069889800760061
15. Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... & De Witte, N. A. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160. doi: 10.1037/int0000218
16. Algeri, D., Gabri, S., & Mazzucchelli, L. (2018). *Consulenza psicologica online. Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti: Firenze.
17. Vargiu, N. (2021). *Psicologia online: Un'opportunità d'innovazione*. Dueville: Ronzani, RES.
18. Leoni, F. (2021). Psicoterapia online. Efficienza e risorse del servizio. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.
19. Leoni, F., Ciuffo, P. (2021). Psicologia online. Costruzione del setting e pratica clinica. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.

20. Harding, C. (2009). The ghost at the feast. In D., Mann, & V., Cunningham (eds). *The past in the present: Therapy enactments and the return of trauma*. Hove: Routledge.
21. Fornari, S., & Terranova, C. (2020). La psicoterapia on line in videochiamata. *Rivista Costruttivismi*, 7, 3-21.
22. 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. doi: org/10.1016/j.chb.2014.09.016
23. 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. doi:org/10.1080/15228830802094429
24. Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16(2), 193-207. doi: 10.36131/COGNCL20190206
25. Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Cortina., [ed. Or., 2014, The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma. Viking Press. NY].
26. Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 130-44.
27. Taylor, M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, Neuroscienze e Gestalt*. Milano: Franco Angeli.
28. Janet, P. (1904). *L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion*. F. Alcan.
29. Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2009). *Dissociative disorders*. Oxford: Oxford University Press.
30. Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma: Un manuale pratico per la vita quotidiana e per la terapia*. Mimesis, Milano, Udine.
31. Shapiro, F. (2018). *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
32. Ogden, P. & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
33. Curtacci, A. (2020). *Open school*. Studi Cognitivi, San Benedetto del Tronto. <https://www.stateofmind.it/2020/09/psicologia-soccorso-trauma/>
34. Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418. doi:org/10.1037/0022-006X.60.3.409
35. Sgarro, M. (1997). Post Traumatic Stress Disorder. *Annual of Clinical Psychiatry*, 58(suppl9):16-24.
36. Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della Psicopatologia*. Bologna: il Mulino.
37. Herman, J. L. (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. It. Traduzioni Scientifiche MaGi, Roma.
38. Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS spectrums*, 8(5), 340-355. doi:10.1017/S1092852900018605
39. Van der Kolk Laura, B. A., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 22573. Doi: 10.4088/JCP.13m08561. PMID: 25004196.
40. Janet, P. (2016). *Trauma, coscienza, personalità. Scritti clinici*. In F. Ortu & F. Craparo (A cura di), Milano: Raffaello Cortina Editore.
41. Liotti, G., & Farina, B. (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origini e prospettive della psicoterapia cognitivo-evoluzionista. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 42, 11-34. doi:10.3280/QPC2018-042002
42. Di Donna, E. (2020). *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare I traumi psichici*. Trento: Eriksson.
43. Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza, 2003.
44. Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive Yoga in therapy. Bringing the Body into Treatment*. New York: Norton & Company.

45. Charcot, J. M. (1897). *Isterismo*. In *Trattato di medicina*. Vol. VI, 477-536 Torino: Unione Tipografica.
46. Luchhurst, R (2008). *The Trauma Question*. New York: Routledge.
47. Freud S., (1989). *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917*. Vol. 8. Bollati Boringhieri, Torino.
48. Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue diramazioni*. Milano: LED.
49. Sándor, F. & Rank, O. (2020). *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi: sull'interdipendenza tra teoria e pratica (1923 [1924])*. Milano: Franco Angeli.
50. Cheli, M., Ricciutello, C. & Valdiserra, M. (2021). *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
51. V. Caretti & D. La Barbera (2010) (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di Ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
52. Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 635.
53. Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivista della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
54. Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. It. A cura di M. Magnino, Collana Psicologia clinica e psicoterapia, 26, Milano: Raffaello Cortina.
55. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. I: Attachment to mother. Hogart Press, London. Tr.it. Attaccamento e perdita. Vol. I: *Attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1975).
56. Benjamin, J. (1990). *Cenni di intersoggettività: lo sviluppo del riconoscimento*. Milano: Raffaello Cortina.
57. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
58. Main M., Goldwyn R. (1994) *Adult Attachment scoring and classification systems*. Berkeley: University of California Press,.
59. Troyer, D., & Greitemeyer, T. (2018). The impact of attachment orientations on empathy in adults: Considering the mediating role of emotion regulation strategies and negative affectivity. *Personality and Individual Differences*, 122, 198-205. doi: org/10.1016/j.paid.2017.10.033
60. Carretti, V., & Capraro, G. (a cura di) (2008). *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
61. Beebe, B., & Lachmann, F. (2001). Co-costruire processi interni e relazionali. *Ricerca psicoanalitica*, 2, 119-160.
62. Fisher, J. (2016). *Shame & self loathing in the treatment of trauma*. Workshop, Vancouver, BC.
63. Schore, A. N. (2005). Back to basics: Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review*, 26(6), 204-217. doi:org/10.1542/pir.26-6-204
64. Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr. It., Milano: Raffaello Cortina, (2001).
65. Van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L., & van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224. doi:org/10.1037/a0027256
66. Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and psychopathology*, 17(1), 1-23. doi:org/10.1017/S0954579405050017
67. Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of affective disorders*, 70(1), 1-17.
68. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: WW Norton & Company.
69. Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & Van der Kolk, B. A.

- (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1329-1334.
70. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
71. Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi:org/10.1080/15299732.2011.570592
72. Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthes, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue francophone du stress et du trauma*, 6(3), 125-139.
73. Van der Kolk, B. A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8, 505-525.
74. Fisher, J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. London: Routledge.
75. AA.VV (2013). DSM-5-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina Editore.,
76. Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton.
77. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. Tr. It.: Fantasma del Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
78. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 174-186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
79. Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 401-412. Doi:org/10.1002/jts.20048
80. Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic pediatrics*, 9(3), 131-132. Doi:org/10.1016/j.acap.2009.03.001
81. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. doi:org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8
82. Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29(8), 701-708. doi.org/10.1002/da.21889
83. Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama*, 282(17), 1652-1658.
84. Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28 (3), 132-137.
85. Liotti, G., & Farina, B. (2011). L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta. In G., Liotti e B., Farina, (2011). *In Sviluppi Traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
86. Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1-23. doi:org/10.1016/j.cpr.2004.08.006

87. Ardovini, C., La Rosa, C., & Onofri, A. (a cura di) (2022). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*. Vol. 1. Roma: ApertaMenteWeb.
88. Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Milano: Cortina.
89. Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (a cura di) (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Routledge.
90. Van der Hart, O., & Dorahy, M. (2009). History of the concept of dissociation. In Dell, P. O'Neil, J.A. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 3-26.
91. Steele, K., Dorahy, M. J., & van der Hart, O. (2022). Dissociation versus alterations in consciousness: Related but different concepts. In *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 66-80). New York: Routledge.
92. Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251.
doi:org/10.1016/j.erap.2012.09.003
93. Dworkin, M. (2013). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.
94. Portigliatti Pomeri, A., La Salvia, A., Carletto, S., Oliva, F., & Ostacoli, L. (2021). EMDR in cancer patients: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 11, 590204.
Doi:org/10.3389/fpsyg.2020.590204
95. Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(7), 599-606.
doi:org/10.1016/j.cpr.2009.06.008
96. Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 644369.
97. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 8, 16-68.
doi:org/10.3389/fpsyg.2021.644369
98. van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work?. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738. doi:org/10.5127/jep.028212
99. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Il trauma e il corpo. *Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Tr. it. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.
100. Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In C. A. Courtois, & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 312-328. New York, NY: Guilford.
101. Ogden, P. (2015). Proximity, defence and boundaries with children and care-givers: A sensorimotor psychotherapy perspective. *Children Australia*, 40(2), 139-146.
doi:org/10.1017/cha.2015.10
102. Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 263-279.
doi:org/10.1016/j.psc.2005.10.012
103. Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
104. Schwartz, R. C. (2023). *Come allearsi con le parti «cattive» di sé. Guarire il trauma con il modello dei sistemi familiari interni*. Milano: Cortina Raffaello.
105. Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
106. Clarkson, P., & Mackwen, J. (1993). *Fritz Perls*. London: Stage.
107. Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of Psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
108. Yontef, G. (1996). *Awareness, dialogue and process: Essays on Gestalt theory*. Highland, NY: Gestalt Journal Press
109. Nevis, E. C. (2014). Gestalt Work With Children: Working With Anger and Introjects. In *Gestalt Therapy* (pp. 269-290). Highland, NY: Gestalt Press.

110. McCoville, M. (1995). *Adolescence: Psychotherapy and the emergent Self*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
111. Kepner, J. (1995). *Healing task: Psychotherapy with adult survivors of Childhood abuse*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
112. Bromberg, F. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
113. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*(3), 377-391.
114. Faretta, E. (2020). *EMDR e psicosomatica: Il dialogo tra mente e corpo*. Milano, Edra.
115. Perls, F. S., Hefferline, F. R., Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio (ed. Or. 1951).
116. Giusti E., Montanari C., Iannazzo A. (2021), *Manuale: psicoterapie pluralistiche integrate. Relazione terapeutica, valutazione DSM-5. Modelli e piani di trattamento basati su prove di ricerca scientifica*. Armando: Roma.
117. Dana, D. (2020). *Polyvagal exercises for safety and connection*. W.W. Norton
118. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. (2020). *Genograms: Assessment and Treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
119. Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520. doi:org/10.1037/pst0000167
120. Miller W.R., Rollnick S. (2014), *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Trento: Erickson.
121. Iannazzo, A., Ciuffo, P., & Leoni, F. (2022). Ansia e attacchi di panico, trattamento complesso: Interventi integrati nel trattamento dell'Ansia e degli attacchi di Panico. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 4*(2), 139-165. doi:org/10.32069/PJ.2021.2.178
122. Iannazzo, A., Stefano, S., Ruggero, L. Z., Santonicola, C., Armenante, O., Motta, V., ... & Rosa, V. (2023). Psicoterapia Blended: intervento integrato sul trauma. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 5*(2), 124-142. doi:org/10.32069/pj.2021.2.203
123. Rosa, V. (2023). Un invito all'osservazione delle possibili applicazioni dell'Approccio Pluralistico Integrato nei trattamenti clinici e nella formazione. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 5*(2), 124-142. doi:org/10.32069/pj.2021.2.203

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Accoglienza e alleanza Una fase del processo psicoterapeutico e l'analisi linguistica del colloquio

Francesco Mercadante¹, Elena Gigante²

¹ Professore aggregato di Analisi del Linguaggio (SiPGI, Trapani), Esperto dei percorsi di Orientamento dell'Università degli Studi di Palermo, autore del Sole 24 Ore

² Didatta ordinario della Federazione Italiana delle Scuole e degli Istituti di Gestalt (FISIG), membro del comitato scientifico di Phenomena Journal, direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata (SIPGI)



Citation

Mercadante F., Gigante E. (2024).
Accoglienza e alleanza
Una fase del processo psicoterapeutico
e l'analisi linguistica del colloquio
Phenomena Journal, 6, 81-92.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.216>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Francesco Mercadante
f.mercadante@sipgi.it

Ricevuto: 13 febbraio 2024

Accettato: 22 marzo 2024

Publicato: 4 aprile 2024

ABSTRACT

A fragment of a psycho therapeutic session is exposed here and explained along the *continuum* of the therapeutic process and the bond between professional and patient: in particular, the core of the investigation consists of the analysis of the functional concepts of *acceptance* and *alliance*, an analysis aimed at re-examining of *methods*, *relations* and *objectives*. The originality of the work, in fact, is revealed in the analysis of the language system within which the figures of speech take shape. *Repetitions* and their semantic function, *ambiguity* and *vagueness* as elements of the approximation of meaning and other phenomena of communicative intention are indicators of the interaction between the *organism* and the *environment* of which the authors take care, in an attempt to illustrate a different path of self-realization, in which discomfort can appear in the forms of awareness.

KEYWORDS

Welcome; alliance; ambiguity; vagueness; language.

ABSTRACT IN ITALIANO

Un frammento di un colloquio viene qui esposto ed esplicitato lungo il *continuum* del processo terapeutico e del legame tra professionista e paziente: in particolare, il nucleo dell'indagine è costituito dall'analisi dei concetti funzionali di *accoglienza* e *alleanza*, analisi finalizzata al riesame di *modalità*, *legami* e *obiettivi*. L'originalità del lavoro, infatti, si rivela nell'analisi del sistema di linguaggio entro il quale prendono forma le *figure* dell'eloquio. Le *ripetizioni* e la loro funzione semantica, l'ambiguità e la vaghezza come elementi dell'approssimazione di senso e altri fenomeni dell'intenzione comunicativa sono indicatori dell'interazione tra l'organismo e l'ambiente che gli autori curano, nel tentativo di illustrare un diverso *cammino di autorealizzazione*, in cui il disagio possa apparire nelle forme della consapevolezza.

PAROLE CHIAVE

Accoglienza; alleanza; ambiguità; vaghezza; linguaggio.



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

1. Introduzione

1.1 Informazioni sul paziente

Il paziente è un uomo cinquantenne, laureato, vive da solo, la sua vita è schematica, i contatti sociali sono ristretti al mondo del lavoro, in cui, di fatto, è stimato, ma che è stato, nel tempo, a dispetto delle opportunità di crescita professionale, oggetto di mera accettazione. Ha avuto storie sentimentali lunghe, non ha mai intrapreso convivenze. Da poco, ha una relazione con un'avvocata, una storia di gioventù che è ritornata nel presente.

1.2 Note della terapeuta sul colloquio

Nel primo contatto col paziente, che propone subito il fulcro della tematica emotivo-affettiva da affrontare, il *marker* verbalmente evidenziato è quello della scelta di parole di esclusione dell'altro: "Non so cosa sto a fare qua", "Mi sono già analizzato a lungo da solo". Tale *marker* ci conduce a vivere da subito con il paziente la polarità *vicinanza-distanza, utilità-inutilità*, che proviamo a tradurgli e proporgli come vissuto ambivalente e, di conseguenza, confusivo. Riformulando il contenuto, si evidenzia rapidamente l'emozione centrale della *paura di essere solo, poco interessante e a rischio di abbandono*. La resistenza difensiva al *contatto* genera in noi distanziamento, la paura da cui si difende ci intenerisce e questa chiarezza emotiva che proviamo va educatamente proposta come la motivazione per questo incontro terapeutico: paura e desiderio di vicinanza. Dalla riformulazione chiarificatrice alla proposta di un obiettivo per incontrarsi nuovamente: *vuole provare?* Immaginiamo un importante lavoro di alleanza; l'obiettivo è fin da subito quello di consentire al paziente la vicinanza nel gioco-conflitto tra desiderio e respingimento, dando spazio alla paura, ma anche alla conoscenza della modalità difensiva, del ruolo protettivo e del male che oggi causa. Le crepe nel guscio corazza, il rischio che si unisce alla consapevolezza, il terrore di provarci, la speranza di farcela sono tutte manifestazioni dell'impatto che la persona ha con la dimensione io-tu.

1.3 Il colloquio

P: Non so cosa sto a fare qui... Mi sono analizzato già a lungo da solo...

T: Ha quindi provato a conoscersi meglio da solo e ora è confuso sulla possibilità della condivisione...

P: È una scelta obbligata perché sto male, mi sento senza forza e vuoto...

T: Quindi, intanto, mi sta dicendo di sapere perché è qui: ha cercato di aiutarsi da solo e si è stancato molto. Inoltre, ha sentito di non interessare a nessuno.

P: Proprio così... mi sento solo, ma non so se voglio condividere... Da solo fatico e sento un grande vuoto, soffro perché nessuno capisce come sto...

T: Ok, ora inizia a sentire voglia di vicinanza, anche se non è abituato alla condivisione.

P: A volte, ho il desiderio di questa vicinanza, ma è uguale anche la paura di avvicinarmi. Se non interessò all'altro, poi che faccio?

T: Prova sia la voglia che la paura del contatto...

P: Nessuno si preoccupa per quello che sento io.

T: Questa è la grande paura. Qua, non sarò forzato a condividere, potrà verificare man mano come usare questo spazio per esprimere la fatica, la paura, il desiderio e sperimentare come arriva all'altro...

P: Vorrei riuscirci, smettere di avere sempre paura...

T: Nonostante la paura blocchi il contatto con gli altri, ora è qui e anche questo è difficile; per questo, procederemo rispettando questa paura.

P: Però, non vedo come lei possa aiutarmi!

T: Certo, è questo il punto... L'altro può essere importante e di aiuto per me? Vuole provare?

P: Cosa ho da perdere?

1.4 Commento al colloquio

Gli studi sull'esito della psicoterapia hanno portato l'attenzione sui fattori intrinseci alla relazione tra terapeuta e paziente facendo emergere che gli elementi relazionali incidono per il 30% sul risultato di una psicoterapia, mentre le tecniche specifiche hanno un ruolo percentuale del 15% sulla possibilità di successo [1]. Le importanti variabili relazionali riguardano la compatibilità, la capacità del terapeuta di individualizzare gli incontri partendo dal proprio stile e quello del paziente, le caratteristiche di empatia, calore, congruenza e accettazione espressi nella relazione e l'alleanza terapeutica. Dalla revisione di oltre 2000 studi, dal 1950 al 1994, ORLINSKY et al. [2] hanno identificato una serie di variabili relazionali efficaci capaci di orientare positivamente il trattamento psicoterapico: la credibilità del terapeuta, la comprensione empatica, l'accettazione incondizionata del paziente, la capacità di focalizzare l'attenzione del paziente sull'esperienza affettiva e la congruenza del terapeuta sono tra le caratteristiche e le abilità presenti nelle terapie che hanno un esito positivo e che fanno sentire il paziente compreso, accettato e apprezzato in modo significativo per lui in quel momento. L'alleanza terapeutica viene concettualizzata come composta da tre elementi: *modalità*, *legami* e *obiettivi*. Le *modalità* attengono ai comportamenti tenuti all'interno della seduta; i *legami* riguardano l'attaccamento tra terapeuta e cliente, la fiducia reciproca e l'intimità [3]; gli *obiettivi* sono relativi alla condivisione delle prospettive della terapia. Date queste premesse, la formazione alle abilità relazionali è cruciale per il terapeuta principiante ed è altresì importante che i terapeuti imparino ad adattare il proprio stile di risposta ed, entro certi limiti, le proprie caratteristiche personali alle caratteristiche personalistiche e comunicative dei pazienti, allo stadio del cambiamento, alla motivazione e allo stile di attaccamento. Inoltre, è utile che i terapeuti vigilino sulla propria capacità di relazionare con i clienti, che può essere inficiata dallo stress e del burn-out [4].

Gli approcci umanistici integrati (*terapia centrata sulla persona, gestalt e analisi*

transazionale) di derivazione fenomenologico-esistenziale focalizzano l'attenzione del terapeuta, sia nelle sedute sia durante il processo formativo, sulle tematiche relazionali appena descritte ottenendo un consolidamento dell'alleanza terapeutica, prima ancora di applicare la tecnica terapeutica adatta al paziente, che viene scelta in una 'cassetta degli attrezzi' composta pragmaticamente dai modelli teorici scientificamente consistenti. Questi modelli terapeutici hanno come obiettivo il potenziamento della capacità dell'utente di riconoscere e integrare i processi affettivi ed emotivi nel "qui ed ora". Il setting terapeutico è caratterizzato dall'accoglienza empatica e comprensiva tipica dell'approccio *centrato Sulla persona* [5].

In qualsiasi psicoterapia, le persone hanno necessità di un ambiente sicuro per potersi confrontare con sé stesse prima che con l'altro e, di conseguenza, quello di creare un ambiente accudente, ovvero sia un ambiente in cui sia possibile affrontare le difficoltà che potranno emergere durante le altre fasi di lavoro, è il primo compito delle psicoterapie. A tal fine, come Rogers ha evidenziato [6], è importante che gli psicoterapeuti, oltre a mostrare l'empatia, l'autenticità della relazione, possano anche comunicare i sentimenti, le emozioni negative del "qui e ora" che possono essere definite come stati intrusivi nel lavoro con i loro clienti.

Le osservazioni sul processo in atto dovrebbero arrivare al paziente non già con una comunicazione di critica-biasimo, bensì attraverso la comunicazione rappresentativa, fenomenologica e in prima persona, così da fungere da stimolo per l'impegno reciproco nell'essere autentici in direzione di una evoluzione terapeutica. Risulta infatti molto evolutivo per la crescita emotivo-affettiva comprendere come ciascuna persona possa influenzare l'altra. Accogliere ed essere accolti e sviluppare quindi un'alleanza è importante all'inizio delle terapie e nelle successive fasi per decretare il successo del lavoro di terapia stessa. Il senso di accoglienza sperimentato è il *focus* sulla collaborazione, permette di creare uno spazio di lavoro sicuro, un luogo dove sperimentare modalità nuove per affrontare le difficoltà. L'alleanza è importante in tutte le forme delle terapie, ed è chiaro che più i pazienti si sentono compresi dal proprio terapeuta, più l'esito del trattamento sarà positivo. L'empatia è un 'predittore' dell'esito della psicoterapia e anche un 'predittore' trasversale dei diversi orientamenti teorici. Più gli psicoterapeuti lavorano sulla comprensione empatica dei bisogni del cliente, più questo ha una ricaduta sull'esito del trattamento.

I terapeuti empatici che ripetono il senso delle parole dei clienti, non riflettendone solamente il contenuto, ma riproponendo l'intenzionalità e l'emozione, comprendono gli obiettivi più globalmente. Le risposte di comprensione empatica comunicano la comprensione dell'esperienza del cliente, così come le esplorazioni empatiche cercano di cogliere ciò che è implicito nelle narrazioni dei clienti concentrandosi sulle informazioni rimaste sullo sfondo. Cosa viene quindi richiesto ad uno psicoterapeuta attento all'*accoglienza* e all'*alleanza*? Gli viene chiesto di utilizzare la capacità empatica per creare la distanza terapeutica ottimale per rispettare i confini dei clienti, mettendo quindi la capacità empatica al servizio di trattamenti individualizzati che rispettano l'unicità, le attese e le necessità dei singoli pazienti anche nella tolleranza di vicinanza-distanza.

Le prime sedute hanno il compito centrale di creare questo *focus di alleanza e collaborazione*, iniziando a lavorare sulle tematiche solo dopo avere generato un clima sufficientemente sicuro e avere raccolto le informazioni base su cui si possa creare concordanza e definire gli obiettivi del trattamento e le modalità per conseguirli. I pazienti dovranno essere incoraggiati fin dalle prime sedute alla presenza costante tramite la richiesta di *feedback, insight*, riflessioni sul modo di 'funzionare attuale', sulla motivazione al cambiamento, sul tipo di sostegno sociale di cui si dispone e fornendo continui feedback su ciò che avviene nel processo in atto: occorre insegnare quindi ai pazienti, da subito, l'importanza della collaborazione per poter giungere a dei risultati.

2. Analisi linguistica del colloquio

2.1 Ambiguità e vaghezza

Siamo soliti riconoscere il disagio, l'incertezza e, spesso, anche l'ambiguità in coloro che hanno un manifesto e, talora, lacerante bisogno d'aiuto e, di fatto, finiscono col chiederlo, come se rivolgersi a uno psicoterapeuta costituisse, in qualche modo, un punto di rottura sociale, una sorta di attestazione di fragilità e, insieme, d'incapacità di sopravvivenza. Può apparire incredibile e irragionevole che, oggi, una richiesta d'aiuto sia interpretata attraverso tabù ancestrali, tuttavia, incrociando i dati diffusi negli ultimi anni dalla *Commissione Europea*, dal *Ministero della Salute*, dalla SIP (*Società Italiana di Psichiatria*), dal CNOP (*Consiglio Nazionale Ordine Psicologi*), siamo costretti a rilevare che a fronte, per esempio, del "31% degli italiani con sintomi depressivi" (David Lazzari, Presidente CNOP, 17 feb 2022, *Il Sole 24 ore*), solo poco meno di un terzo di loro ritiene che sia utile incontrare un professionista.

Il paziente protagonista del colloquio esposto in precedenza, non a caso, esordisce con "Non so cosa sto a fare qui", cioè con un'interrogativa indiretta con la quale si revocano in dubbio il *sapere*, da intendersi come *saper fare*, e l'*essere*, il cui senso è inequivocabilmente quello dello *stare*: dello *stare in* e dello *stare con*. Il contenuto inespresso, invece, è quello della ricerca di soluzioni e significati, dell'utilità della seduta, di qualcosa che si possa consumare sbrigativamente. Dare immediatamente senso alle cose ci sembra un'esigenza improrogabile, giacché siamo convinti che ciò che diciamo abbia un significato preciso e un valido senso. In realtà, il nostro discorso è un'entità astratta; noi comunichiamo prevalentemente per approssimazioni di significati e slittamenti di senso. Molto di frequente, anzi, siamo restii alla cooperazione, provochiamo, più o meno consapevolmente, il *difetto comunicativo*. Dallo scambio che segue possiamo trarre un esempio di quanto abbiamo affermato finora:

TIZIO: Ti è piaciuto il mio libro?

CAIO: Sì, bello.

Di primo acchito, la risposta di CAIO appare 'sana' e regolare; ne sentiamo tante simili da considerarla efficace e *utile* al comune arricchimento. A ben vedere, tuttavia, notiamo che l'aggettivo "bello" è talmente *vago* e – lo scopriremo presto – *ambiguo*

da non recare in sé alcun valore specifico-identificativo. L'*interrogativa diretta connessionale*, in effetti, può trovare compimento in un avverbio olofrastico, *sì* o *no*, ma non sappiamo alcunché dell'aggettivo che segue. CAIO ha davvero letto il libro o ha risposto con "bello" al solo scopo di compiacerci? Qual è l'unità di misura della bellezza? Qual è la disposizione d'animo di CAIO? Per paradosso, una 'soluzione sbrigativa', che in precedenza sembrava invocata, almeno nei termini dell'utilità, adesso si rivela disfunzionale e, per certi aspetti, anche dannosa. L'aggettivo "bello", infatti, costituisce una *categoria vuota*, ovvero sia un *dislivello intenzionale* a causa del quale TIZIO non è in grado di rispondere a quelle domande che caratterizzano una naturale relazione affettiva.

Se è vero, come hanno scritto Watzlawick *et al.* che non si può non comunicare [7], è altrettanto vero che comunicare vuol dire stabilire delle relazioni di senso e significato. La moglie chiede al marito: "Ti è piaciuta la frittata?". Il marito risponde: "Sì, amore mio. Buonissima!". E lei, ormai su tutte le furie oppure profondamente delusa: "Com'è possibile? Era bruciata e secca. Tu dici sempre che tutto è buono!". Lo scambio che abbiamo appena letto prende il nome di *disconferma* [8], termine con cui Watzlawick *et al.*, indicano il deterioramento della comunicazione all'interno di una *relazione complementare*, in cui uno dei due partner, in posizione di superiorità, mostra all'altro una certa indifferenza, spingendo sempre più l'altro verso l'alienazione. Adesso, prestiamo attenzione a un altro fenomeno descritto da Watzlawick *et al.*! La coppia si trova dallo psicoterapeuta. Lei: "Io grido perché lui mi offende". Lui: "Io la offendo perché lei grida" [9]. Il circolo vizioso può continuare senza tregua e, soprattutto, senza soluzione, fuorché intervenga, per l'appunto, lo psicoterapeuta, portando l'interazione sul piano della *metacomunicazione*, ovvero sia su quello della *semantica della relazione*; il che, oltre a rappresentare un caso piuttosto diffuso, è descritto con chiarezza nel terzo assioma della comunicazione formulato dagli autori della *Pragmatica della comunicazione umana*:

La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti [10].

Gli autori, infatti, sostengono che noi siamo parte di *circuiti di retroazione negativa*, sistemi sociali in cui il comportamento dell'uno influenza quello dell'altro fino a generare un equilibrio. L'equilibrio, di fatto, non proviene dalle svolte positive, come in genere si pensa, bensì da quelle negative perché quelle negative contrastano il cambiamento all'interno del sistema, che teme l'alterazione della propria natura e, in ciò stesso, si consolida. I sistemi, in quanto capaci di sfruttare gli adattamenti precedenti per mantenere l'equilibrio futuro, operano secondo moduli di *ripetitività*, configurando catene e sequenze, tanto da caratterizzarsi per la *ridondanza*. Da ultimo, questo stato di cose – aggiunge Watzlawick – determina la *limitazione* del sistema stesso: ogni interazione diventa una restrizione delle possibilità degli scambi futuri [11].

Nell'*analisi del linguaggio*, quando si parla di *ambiguità*, si fa riferimento, per lo più, all'*ambiguità lessicale* o a *quella strutturale*. Nel primo caso, si tratta di un termine che può avere più significati (*polisemia*), come nella frase "Mi piacciono i pe-

lati”: solo all’interno di un contesto specifico possiamo sapere se al locutore piacciono i pomodori o i calvi. Nel secondo caso, invece, l’incertezza è determinata dai legami sintagmatici, come nella frase “Ho visto sfilare uomini e donne con delle giacche bianche: non sappiamo se “con delle giacche bianche” riguardi solamente le donne oppure uomini e donne. Ciò che, purtroppo, si tende a trascurare è l’ambiguità *psicosemantica* o *intenzionale*, cioè quella non direttamente legata alla forma e ai legami dell’enunciato e che può generare enormi distanze comunicative tra le persone, quella che, come abbiamo osservato negli esempi di *Pragmatica della comunicazione umana*, richiede un intervento di *metacomunicazione*.

2.2 *Esplicitazione, ricomposizione*

Di certo, nessuno di noi potrebbe esplicitare continuamente i contenuti di tutte le enunciazioni. Se lo facessimo, infatti, la comunicazione diventerebbe troppo impegnativa. Di conseguenza, in generale, *vaghezza* e *ambiguità* sono spesso necessarie a una conversazione ampia e scorrevole. Nello stesso tempo, però, non si deve dimenticare che esse costituiscono sempre una ‘fossa’ semantico-relazionale [12] dentro la quale è facile cadere. Se osserviamo più da vicino la prima azione linguistica della psicoterapeuta, non facciamo alcuna fatica a dimostrare che essa consiste, non a caso, in un lavoro fenomenologico di *esplicitazione* e *ricomposizione*. Sappiamo che il paziente dice “Non so (...)” e “Mi sono analizzato (...)”. La psicoterapeuta, senza violare il dominio discorsivo, offre unicamente un contributo di trasposizione o, più semplicemente, di ‘traduzione’, giacché ciò che vediamo non sempre è reale. “Non so” diventa “è confuso”, laddove “Mi sono analizzato” viene reso con “Ha provato a conoscersi meglio”. In altri termini: l’interrogativa indiretta assume la forma assertiva; l’atto linguistico assertivo è riproposto sul piano emotivo. Possiamo ipotizzare, pertanto, che il primo intervento della professionista, cioè quello di *esplicitazione* e *ricomposizione*, sia un tentativo di guidare il paziente verso la consapevolezza delle proprie emozioni.

A questo punto, è doveroso dire qualcosa in più sul concetto di *ricomposizione*, termine, questo, già utilizzato più volte. Il piano del *non sapere* e del *non saper fare* [“Non so cosa sto a fare (...)”], specie se legato all’esserci (“qui”), nell’esordio, indica, almeno nelle parole, un distacco da sé e dallo spazio, espresso chiaramente dal deittico “qui”, una *frammentazione intenzionale*. Allo stesso modo, nello scambio tra TIZIO e CAIO, la risposta “Sì, bello”, con cui non possiamo rispondere alle domande circa la qualità e la natura del libro, come anche a quelle sulla bellezza e le emozioni di pertinenza, scompone i significati di relazione, li sospende all’attesa d’una *ricomposizione*.

Grazie all’azione di *esplicitazione* e *ricomposizione*, il paziente, poco dopo afferma “(...) mi sento senza forza e vuoto”. Da un punto di vista semantico e pragmatico, non possiamo fare a meno di riscontrare che il *non sapere* si muta presto nel *sapere*, per quanto questo *sapere* esprima *debolezza* e *vuoto*. Se la psicoterapeuta avesse ritenuto valide e definitive le enunciazioni iniziali, senza operare nel modo che ab-

biamo appena visto, non sarebbe stato possibile superare il blocco comunicativo dovuto alle persuasioni di superficie in virtù delle quali, come si è detto, siamo convinti di formulare sempre frasi di senso compiuto e valido. Al contrario, una frase ben formata non sempre è *medium* di un significato autentico. Lungo il *continuum* di *esplicitazione*, la psicoterapeuta aggiunge “(...) mi sta dicendo di sapere perché è qui”. Fa ormai parte delle nostre acquisizioni la frase di apertura “Non so cosa sto a fare qui”, com’è altrettanto evidente, a questo punto, l’avanzamento della comunicazione. A tal proposito, è essenziale riconoscere i nuclei di significazione di questo avanzamento, di là da quelli già messi in evidenza e documentati. Anzitutto, merita particolare attenzione il *deittico* “qui”. La *deissi*, voce che deriva dal sostantivo greco (*δείξις*, *dèixis*, *dimostrazione*, *prova*), che, a propria volta, si forma dal verbo *δείκνυμι* (*dèiknymi*, *mostro*, *faccio vedere*), è costituita da quelle forme linguistiche con le quali esprimiamo la nostra collocazione spazio-temporale: *io*, *questo*, *qui et similia*. Il “qui” del paziente, tuttavia, è manifestamente diverso dal “qui” della psicoterapeuta: l’uno appartiene all’inconsapevolezza, l’altro alla consapevolezza. Questo ci fa comprendere che per interpretare i *deittici* serve sia un riferimento linguistico sia un riferimento extralinguistico. In secondo luogo, cioè nel momento in cui *si sa perché si è in un determinato luogo, in un determinato momento*, sono da valutarsi un’asserzione e un pronome indefinito utilizzati dalla psicoterapeuta. L’asserzione [(...) “ha cercato di aiutarsi da solo (...)”] rafforza il lavoro di *esplicitazione* e *ricomposizione*, mentre il pronome indefinito (“nessuno”) sembra, sulle prime, un che di nuovo e inaspettato, un’aggiunta che possa alterare l’equilibrio del discorso. Nella sostanza, però, non è così. Il paziente, prima che la psicoterapeuta ricorra a “nessuno”, dice “Non so (...)”, “(...) da solo”, *ha provato ad analizzarsi-aiutarsi da solo*; egli, cioè, dà una netta indicazione di solitudine, la sua scelta è “obbligata”. Tra le altre cose, nel corso della conversazione, egli ripete tre volte “solo”, due volte “non so”, due volte “vuoto”, due volte “paura”, due volte “nessuno”. Le occorrenze, cioè le volte con cui un paziente usa una parola o un’espressione all’interno del proprio *corpus* espressivo, sono sempre decisive. Nell’ambito di una pratica d’ascolto autentico, un professionista non può mai sottovalutarne l’importanza. Chi ha fatto esperienza di un qualche percorso terapeutico sa che uno psicoterapeuta, di tanto in tanto e dopo avere ‘accolto’ il flusso del paziente, s’impegna a *reformulare* la ‘quantità’ in ‘qualità’ definendo proprio i nuclei di significazione e *restituendoli* al paziente. Se proviamo ad analizzare il legame semantico [13] tra *solo*, *non so*, *vuoto*, *paura* e *nessuno*, non possiamo fare a meno di attestare ciò che il discorso, in profondità, ci rivela: una certa *paura del contatto* o, diversamente, una certa *difficoltà nel contatto* che, di conseguenza, causa la *paura*, cioè un’emozione cui non si sarebbe potuto dare spazio tramite la ‘grammatica’ delle enunciazioni.

Figura 1. Rilevamento delle occorrenze focali e la loro designazione funzionale

FREQUENZA	ELEMENTO LINGUISTICO	SENSO E SIGNIFICATO
3	“solo”	Solitudine
2	“non so”	Incertezza
2	“vuoto”	Vacuità
2	“paura”	Paura
2	“nessuno”	Contatto-Distacco

2.3 Metamorfosi e ricorsività

La metamorfosi comunicativa si ha grazie a un'altra aggiunta della psicoterapeuta, la quale, dopo avere introdotto “nessuno”, introduce il termine “vicinanza”. In ogni caso, le ‘inserzioni lessicali’ – si badi bene! – non sono fatte d'arbitrio, ma sempre tramite il *canale dell'accoglienza e dell'alleanza*. “Non so se voglio condividere”, infatti, viene ripreso in “non è abituato alla condivisione”; “(...) nessuno capisce come sto” viene esplicitato nel bisogno di *vicinanza*.

Il nostro linguaggio è basato su un set finito di elementi; ciò che risulta indeterminato è la nostra capacità di combinazione di questi elementi. Possiamo dire semplicemente “ho paura”, ma possiamo anche dire “Credo di [avere paura]” o, ancora, “Gli altri sanno che [io credo [di avere paura]]” e continuare con “Io temo che [gli altri sappiano che [io so di [avere paura]]]”. Questo fenomeno prende il nome di *ricorsività* ed è una proprietà del linguaggio umano che consiste nella possibilità di applicare ripetutamente una determinata regola di costruzione del discorso, fino ad ottenere infinite combinazioni. Tale procedimento prescinde dalle conoscenze grammaticali dei parlanti, si tratta di qualcosa di naturale. Tuttavia, prendendo come riferimento linguistico ed extralinguistico il colloquio, quanto più ampliamo il discorso riapplicando lo stesso procedimento, tanto più ci allontaniamo dal bisogno originario. Di qui, si può comprendere meglio il lavoro svolto dalla psicoterapeuta in questo primo appuntamento, che abbiamo intitolato “accoglienza e alleanza”. Le variazioni linguistiche “Nessuno capisce come sto” e “Nessuno si preoccupa per quello che sento” oppure “(...) è uguale anche la paura” e “(...) smettere di avere paura” non sono altro che *combinazioni* possibili del pronome indefinito “nessuno” e del sostantivo “paura”.

“Nonostante la paura blocchi il contatto con gli altri, ora è qui e anche questo è difficile; per questo, procederemo rispettando questa paura”.

2.4 Appendice etimologica

Nel VII canto del *Purgatorio*, Dante descrive l'incontro col trovatore Sordello da Goito. Il personaggio, in realtà, era già stato introdotto nel canto precedente: era isolato dagli altri, si mostrava schivo e, per ciò stesso, sembrava non appartenere ad alcuna schiera, a tal punto che risultava difficile stabilire quale peccato egli stesse

scontando, se fosse cioè da considerare tra le anime dei negligenti o tra quelle morte per forza. A lui, però, Virgilio chiede indicazioni sul percorso. Naturalmente, l'anima altezzosa non risponde; anzi, chiede, a propria volta, ai due poeti chi siano e da dove vengano. Sentendo "Mantova", Sordello ha un improvviso accesso di furore e abbraccia gioiosamente Virgilio: "O Mantoano, io son Sordello / de la Terra tua". Così, ci viene proposto il momento di contatto:

Poscia che l'**accoglienze** oneste e liete / furo iterate tre e quattro volte, / Sordello si trasse, e disse: "Voi, chi siete?" / Anzi che a questo monte fosser volte / l'anime degne di salire a Dio, / fur l'ossa mie per Ottavian sepolte. / Io son Virgilio; e per null'altro rio / lo ciel perdei che per non aver fé [14].

Al lettore sicuramente non è sfuggito l'uso del sostantivo plurale "accoglienze", un termine del quale abbiamo scoperto subito l'importanza nell'ambito della psicoterapia integrata. Qui, cominciamo a conoscerne la fortuna e, soprattutto, l'etimo. Quelle di Dante sono "oneste e liete", ma, per quanto, indubbiamente, 'le accoglienze' possano essere anche sgradevoli e misere, va detto che la morfologia originaria del termine *accoglienza* reca in sé il valore dello *stare insieme* e dell'*intima partecipazione*, ovvero sia nell'*aver cura di non disperdere le parti dell'altro*, di quell'altro che incontriamo. Può apparire sorprendente che l'etimologia di una parola molto in uso nella relazione d'aiuto esprima così brillantemente il compito del professionista. Di fatto, le parole sono l'espressione viva di antichi legami di appartenenza e giungono a noi attraverso la sperimentazione emotiva di chi ci ha preceduti. "Accoglienza", come fanno notare gli studiosi [15], in italiano, è un deverbale che traiamo dal verbo *accogliere*, il quale, a propria volta, deriva dal tardo latino *accolligere*. Esaminando proprio quest'ultimo, possiamo giustificare il nostro ricorso al concetto di morfologia originaria cui abbiamo fatto cenno. *Accolligere*, infatti, è composto da *ad* e *colligere*, e, in quanto tale, ha il significato di *raccogliere dentro*, ricevere. Lo stesso *colligere*, però, si forma dall'unione di *cum* e *lĕgĕre* e si rende con *raccogliere insieme*, *radunare*. "Accoglienza", pertanto ha una duplice implicazione semantica, quella che si ottiene dalle preposizioni *ad* e *cum*, in funzione delle quali *accogliere* qualcuno vuol dire *portarlo dentro*, *ricompornere le parti*, *agire insieme con*.

Un'occorrenza della letteratura latina classica può giovare ulteriormente alla comprensione del processo di significazione.

Itaque ut maiores nostri ab aratro adduxerunt Cincinnatum illum, ut dictator esset, sic vos de pagis omnibus *colligitis* bonos illos quidem viros, sed certe non pereruditos (*Pertanto, come i nostri antenati trassero dall'aratro il famoso Cincinnato, perché fosse dittatore, così voi da tutti i villaggi raccogliete quelle buone persone, ma certamente non molto colte*) [16].

Appare doverosa, a questo punto, un'altra nota etimologica: la radice indoeuropea da cui s'è sviluppato il suesposto processo è **les-*, *raccogliere* [17]; ne troviamo ancora traccia nella glossa di *lĕgĕre*, ottenuto dalla scomposizione di *colligere* (*cum* + *lĕgĕre*). Allo stesso modo, per illustrare l'etimo del secondo termine adottato nel contesto psicoterapeutico prendiamo le mosse proprio dalla sua radice indoeuropea: **leigh-* / *leig-*, *legare*, *vincolare*, *giurare* [Ibid.] Già con la sola resa della radice, ci

rendiamo conto della solennità dell'impegno che comporta la costruzione di un'*alleanza*. Anche questo sostantivo è attestato nel latino tardo [18], dove si trova come *alligantia*, anche se giunge a noi attraverso il francese *alliance*, che s'è originato dal latino *alligāre*, *legare moralmente*, *fissare*, ma anche *coagulare*, *obbligare*.

Accedens ad nos Petrus de Larc, lator praesentium, cum literis vestris de credentia, nobis exposuit, vestram Magnificentiam affectare inter vestram & nostram soboles, aliquos iniri contractus conjugales. Verum quia de tantis **alligantiis** tractare non decet absque majori praesentia nunciorum, ipsum ad vos duximus remittendum (Venendo da noi Pietro di Larc, a portare notizie (*portatore delle notizie attuali*), *con delle Vostre lettere in fede, ci spiegò che Vostra Maestà desidera congiungere la vostra con la nostra progenie. Ma poiché non è opportuno trattare di così importanti legami (di parentela) senza una maggiore presenza di messaggeri, ve lo abbiamo mandato indietro*) [19].

Nella testimonianza appena riportata, risalente al 1325, si parla di “importanti legami”, legami che, come abbiamo visto nell'analisi del colloquio, costituiscono il nucleo del malessere di un soggetto afflitto dal contrasto tra *vicinanza* e *lontananza*. Se consultiamo il GDLI (*Grande Dizionario Della Lingua Italiana*) a proposito di *alleanza*, leggiamo le seguenti definizioni: (1) *Lega tra due Stati sancita da precisi impegni (di reciproca assistenza, in pace e in guerra); patto che ha carattere di speciale obbligatorietà*; (2) *accordo morale, patto d'amicizia; solidarietà, corrispondenza; unione matrimoniale*. In altri termini, il legame generato da un'*alleanza* è così forte da configurarsi come fondamento di una lega tra due Stati e, con riferimento alle persone, da implicare morale, amicizia e corrispondenza.

Se dunque proviamo a fare uno sforzo d'inquadramento sinottico del lavoro svolto finora e immaginiamo un insieme semantico che contenga “accoglienza” e “alleanza”, possiamo riformulare quanto abbiamo affermato in precedenza dicendo che *accogliere qualcuno significa portarlo dentro e ricomporre le parti al fine di costruire dei legami*.

2.5 Conclusioni

Il dato empirico acquisito attraverso la combinazione del frammento di psicoterapia integrata proposto e dell'analisi linguistica svolta di seguito si può esplicitare, a nostro avviso, nell'acquisizione di un superiore livello di interpretazione delle condizioni del paziente, sia nel *qui* e *ora* della relazione sia nella *dimensione proiettiva del contatto*. Considerando che il nostro linguaggio è basato su un *corpus* finito di elementi, ma può essere riprodotto in una quantità infinita di combinazioni, l'individuazione delle occorrenze e del relativo fenomeno di ricorrenza permette al terapeuta di riconoscere limpidamente i marcatori linguistico-comportamentali del paziente e, di conseguenza, di assumere anche una prospettiva fenomenologico-previsionale. Il processo inferenziale, che caratterizza il discorso comune e si compie prevalentemente in *ambiguità* e *vaghezza*, infatti, diventa spesso causa di ‘blocchi semantici’ e distorsioni, la cui decodifica, come abbiamo osservato, conduce all'*esplicitazione*,

alla *ricomposizione* e, da ultimo, alla *ristrutturazione* emotiva. Pertanto, nel dare compimento a questo studio, che riteniamo sia meritevole di tanti approfondimenti, ipotizziamo che il lavoro d'analisi comparata possa rivelarsi molto proficuo agli effetti di un più efficace e rapido riconoscimento delle tendenze psicosemantiche del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
2. Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th, (pp. 270–376). Hoboken: John Wiley & Sons.
3. Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1991). *Emotion, psychotherapy, and change*. New York: Guilford press.
4. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 38(4), 443.
5. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, trad. it. AA.VV., *La terapia centrata sul cliente* (1970). Firenze: Martinelli e C.
6. *Ibid.*
7. Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company. Trad. it. Ferretti, M. (1971). Roma: Astrolabio.
8. *Ibid.*, p. 76
9. *Ibid.*, p. 49
10. *Ibid.*, p. 51
11. Cfr. *Ibid.*
12. Cfr. Carnap, R. (1947). *Meaning and Necessity: A Study in Semantics and Modal Logic*. University of Chicago Press.
13. Cfr. Strawson, P. F. (1971). *Identifying Reference and Truth-Values*, in *Logico-Linguistic Papers*, (p.75-95). London-New York: Routledge.
14. Dante Alighieri. *Purgatorio*, VII, 1-8, a cura di Sapegno, N. (2004), (p.466). Milano-Napoli: Ricciardi.
15. Nocentini, A., Parenti, A., (2010). *Vocabolario etimologico della lingua italiana*. Firenze: Le Monnier.
16. Forcellini, E., 1761 (1771), *Totius latinitatis lexicon*, Seminario, Patavii Typis Seminarii MDCCCV apud Thomam Bettinelli.
17. Cicerone. *De finibus bonorum et malorum libri quinque*, II, IV, 12, trad. nostra, a cura di Alanus, H. (1856) (p.54). Dublino: Hodges, Smith & soc.
18. Pokorny, J. (2007). *Proto-Indo-European Etymological Dictionary*. ed. digitale a cura di Indo-European Language Revival Association, ed. Associazione Dnghu.
19. Du Cange. (1887). *Glossarium mediae et infimae latinitatis*, L. Favre, Niort.
20. *Litterae Edwardi II regis Anglicorum ad regem Portugalliae, Foedera, conventiones, literae, et cujuscunque generis acta publica, inter reges Angliæ et alios quosvis imperatores, reges, pontifices, principes, vel communitates*, trad. nostra, a cura di T. Rymer, tomi II, pars I et II, 1739, Hagae Comitum apud J. Neaulme, (p. 138).