

Giornale ufficiale del gruppo di ricerca
"PHENOMENA RESEARCH GROUP"

PHENOMENA JOURNAL

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

COMITATO SCIENTIFICO

AREA DELLA PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università degli studi di Napoli Federico II

MARIO BOTTONE Università degli studi di Napoli Federico II

PAOLO COTRUFO Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

DANIELA CANTONE Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

SANTO DI NUOVO Università degli studi di Catania

AREA DELLE NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli Studi di Foggia

ALBERTO OLIVERIO Università degli Studi La Sapienza Roma

DAVIDE MAROCCO Università degli studi di Napoli Federico II

SILVIA DELL'ORCO Università degli studi di Napoli Federico II

PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

AREA DELLA PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs

ELENA GIGANTE Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SiPGI

MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB Scuola di Specializzazione in Psicoterapia HCC Italy

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Responsabile:
Raffaele Sperandeo

Supervisore Scientifico:
Valeria Cioffi

Journal Manager:
Enrico Moretto

Direttore Editoriale: **Stefano Martufi**

m@rpedizioni

www.phenomenajournal.it

VOL.1 N. 2 / LUG • DIC 2019

ISSN 2612 - 6796

INDICE

La violenza: tra mente e cervello <i>Neuropsicologia, Psicodiagnostica e Psicoterapia</i>	Pag. 1-8
Analisi fenomenologica gestaltica dell'esperienza essenziale della rabbia	Pag. 8-17
Il funzionamento della personalità secondo il DSM-5: DPA e SCID-5-AMPD <i>Due prospettive per un'utilità clinica</i>	Pag. 18-29
Esiste ancora l'isteria? Prospettive diagnostiche in Gestalt Therapy	Pag. 30-36
Alle radici del senso di Sé Proposte per uno studio sull'emergere della consapevolezza corporea nella prima infanzia	Pag. 37-46
Personalità: Neuroscienze, Psicopatologia e Psicoterapia <i>Visione attuale e prospettive future negli studi di ricerca</i>	Pag. 47-54
Dal "vuoto" al "vuoto fertile"	Pag. 55-61
Sintomi positivi: quali trattamenti possibili?	Pag. 62-68
La clinica attuale in psicoanalisi dell'infanzia e dell'adolescenza interrogativi ed ipotesi euristiche	Pag. 69-75
Il grado zero dell'empatia Capacità empatiche e correlati neurali nella psicopatologia	Pag. 76-82
Sofferenza mentale e cambiamento psichico in contesti non clinici il recupero della genitorialità critica in ambito giuridico	Pag. 83-90
Perspective review sul tema della violenza contro le donne l'esperienza di un centro antiviolenza del napoletano	Pag. 91-96
L'integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel lavoro con lo Spettro Autistico	Pag. 97-104

NEUROPSICOLOGIA, PSICODIAGNOSTICA E PSICOTERAPIA

La violenza: tra mente e cervello

Massimo Lattanzi¹, Tiziana Calzone², Carmen Pellino³¹ Psicologo, Psicoterapeuta, PhD, Coordinatore Nazionale Centro Presunti Autori Di Violenza e Stalking A.I.P.C.² Psicologa, Psicoterapeuta, Coordinatore Nazionale Centro Presunte Vittime di Violenza e Stalking A.I.P.C.³ Psicologa, Psicodiagnosta, Consulente A.I.P.C.Contatti: www.offender.eu – info@offender.eu – App Offender**Citation**

Lattanzi M., Calzone T.,
Pellino C. (2019).
La violenza: tra mente e cervello
Phenomena Journal, 1, 1-7
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.56>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Massimo Lattanzi
aipcroma@gmail.com

Ricevuto: 20 marzo 2019**Accettato:** 9 ottobre 2019**Pubblicato:** 11 ottobre 2019**ABSTRACT**

The present study has been aimed at verifying the hypothesis according to which the painless and unprocessed losses together with the narcissistic illusion of family perfection were the main matrix of dysfunctional, violent relationship patterns and dependent personalities. In the specific the study conducted on a total sample of 140 subjects (the test sample of 70 subjects, 14 to 72 years old - 58% females and 42% males, living or having experienced dysfunctional relationships and who subsequently acted and/or suffered violence and 70 subjects for the control sample, between 16 and 70 years - 60% females and 40% males, who live or have experienced dysfunctional relationships but who have not acted or suffered violence), who committed or suffered violence, has the goal to examine the incidence of a traumatic event non elaborated can have on the personality, on the relationships and on generational transmissions of the violence. To lead this study, the multidisciplinary team of the Associazione Italiana di Psicologia e Criminologia used the protocol which provide clinics conversations, instruments psychophysiological valuations "biofeedback" and a lot of specific psicodiagnostic tests for the valuation of the personality and of the relationships with parents. This protocol integrated, which use a psychological training in addition to the others instruments (clinical interviews, psychological evaluation, biofeedback, body therapy, group therapy or family therapy), allowed to the recipients to reduce the relaps risk for the dysfunctional relationships of 70%, by contributing to the contrast of the generational transmission of the violence.

KEYWORDS**Violence, Stalking, Mind, Brain, A.I.P.C., Offender.****ABSTRACT IN ITALIANO**

Il presente studio è stato volto a verificare l'ipotesi secondo la quale le perdite dolorose non elaborate insieme all'illusione narcisistica della perfezione familiare fossero le matrici principali di modelli relazionali disfunzionali, violenti e di personalità dipendenti. Nello specifico, la ricerca condotta su un campione complessivo di 140 soggetti (il campione sperimentale composto da 70 soggetti, tra i 14 e i 72 anni - 58% femmine e il 42% maschi, che vivono o hanno vissuto relazioni disfunzionali e che in seguito hanno agito e/o subito violenza e 70 soggetti per il campione di controllo, tra i 16 e i 70 anni - 60% femmine e il 40% maschi, che vivono o hanno vissuto relazioni disfunzionali ma che contrariamente non hanno agito o subito violenza), ha come obiettivo quello di esaminare l'incidenza che un evento traumatico non elaborato, come un lutto o un abbandono, può avere sulla personalità, sulle relazioni e sulla trasmissione generazionale della violenza. Per condurre la ricerca, l'equipe multidisciplinare dell'Associazione Italiana di Psicologia e Criminologia si è avvalsa del suo protocollo che prevede colloqui clinici, strumento di valutazione psicofisiologica "biofeedback" e una batteria di test psicodiagnostici specifica per la valutazione della personalità e delle relazioni con le figure genitoriali. Il protocollo integrato, che oramai da diversi anni è una metodologia di cui si avvale l'Associazione Italiana di Psicologia e Criminologia, che affianca all'utilizzo dei suddetti strumenti un training psicologico (colloqui clinico, valutazione psicologica, biofeedback, psicoterapia corporea, terapia di gruppo o con le famiglie), ha permesso ai destinatari di ridurre il rischio di recidiva per le relazioni disfunzionali del 70%, contribuendo al contrasto della trasmissione generazionale della violenza.

PAROLE CHIAVE**Violenza, Stalking, Mente, Cervello, A.I.P.C., Autori violenza.**

1. La ricerca

1. 1. Obiettivi

Lo studio condotto è stato volto a verificare l'ipotesi secondo la quale le perdite dolorose non elaborate [7] insieme all'illusione narcisistica della perfezione familiare [8] fossero le matrici principali di modelli relazionali disfunzionali, violenti e di personalità dipendenti. Oltre a convalidare l'ipotesi di ricerca, si vorrebbe estendere ed applicare il protocollo scientifico integrato A.I.P.C. ai soggetti che hanno agito o subito violenza all'interno di una relazione disfunzionale, al fine di contrastare le dinamiche disfunzionali relazionali e prevenire le recidive.

1. 2. Campione

La ricerca è stata condotta su un campione complessivo di 140 soggetti: il campione sperimentale composto da 70 soggetti, tra i 14 e i 72 anni - 58% femmine e il 42% maschi, che vivono o hanno vissuto relazioni disfunzionali e che in seguito hanno agito (38 % dei casi) e/o subito violenza (62% dei casi) e 70 soggetti per il campione di controllo, tra i 16 e i 70 anni - 60% femmine e il 40% maschi, che vivono o hanno vissuto relazioni disfunzionali ma che contrariamente non hanno agito o subito violenza. Nell'82% dei casi si sono riscontrate esperienze traumatiche vissute: abbandoni, separazioni, lutti e perdite significative, distribuite con queste percentuali.

1. 3. Strumenti e Metodologia

Il protocollo integrato dell'A.I.P.C., dal 2012, si è arricchito grazie all'esperienza presso alcune Case Circondariali. La presa in carico dei soggetti prevede una valutazione psicodiagnostica e psicofisiologica. Studi sperimentali [9] [10], forniscono importanti dati sui processi emotivi; infatti, mentre i clinici sottolineano la centralità delle emozioni in tutte le relazioni umane, compresa la relazione terapeutica, le Neuroscienze affettive esaminano le basi neurali sottostanti all'umore e alle emozioni. L'obiettivo delle neuroscienze affettive è lo studio dei circuiti cerebrali per fare inferenze sui processi e i meccanismi che sottendono l'emozione e la sua regolamentazione, al fine di comprendere i disturbi affettivi. Lo strumento del Biofeedback consente due tipi di approcci: uno di tipo psicodiagnostico che, attraverso la registrazione di alcuni parametri fisiologici dell'essere umano, delinea un profilo psicofisiologico; l'altro, basato sull'interazione uomo macchina e riconducibile al concetto cibernetico di retroazione o feedback, che mira alla cura di alcune patologie psicofisiologiche. Ciascun partecipante è stato sottoposto ad una rilevazione elettroencefalografica (EEG) volta ad acquisirne l'attività neuroelettrica delle cortecce frontali nei due emisferi; la misurazione è stata ripetuta nelle condizioni di riposo ad occhi chiusi e ad occhi aperti e le frequenze di riferimento sono costituite dalla banda alpha, considerata come indice inverso di attivazione corticale (maggiore attività alpha coincide con una minore attività corticale). I confronti fra gruppi sono stati effettuati mediante analisi della varianza (ANOVA), e la significatività statistica definita con soglia di $p=0,05$. Lo studio della corteccia frontale è finalizzato allo studio delle emozioni e alla loro regolazione: piacevolezza/spiacevolezza avvicinamento/ritiro, violenza/eccitazione.

I soggetti sono stati valutati anche con diversi test psicodiagnostici:

- MMPI-2 [11]: test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.
- MCMI-III [12]: è uno strumento clinicamente orientato per la valutazione dei disturbi di personalità. Si fonda sulla teoria evoluzionistica e concepisce i disturbi di personalità come costrutti evolutivi, derivanti dall'interazione tra individuo e ambiente e dal peso che quest'ultimo esercita nel determinare il comportamento della persona.
- SCL-90R [13]: valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) e quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici.
- PARQ/Control– forma breve [14]: è composto dal PARQ standard e dalla PCS. Il costrutto del questionario corrisponde ai costrutti dei rispettivi questionari da cui è formato. Le versioni del PARQ/Control forniscono informazioni sui comportamenti di accettazione-rifiuto e di controllo (permissività-rigore) da parte dei genitori.
- PFS [15]: il test di frustrazione di Rosenzweig è una procedura proiettiva per individuare gli schemi di risposta allo stress quotidiano, che sono, com'è noto, molto importanti per l'adattamento sia normale che anormale.

Dai risultati della batteria dei test emerge che le emozioni evidenziate sono principalmente: la paura/ansia dell'assenza o di una risposta negativa dell'altro; la rabbia/ansia per un abbandono, un rifiuto o tradimento, come reazione alla frustrazione che può degenerare in aggressività; la tristezza dovuta all'inutilità degli sforzi per ripristinare la vicinanza/disponibilità dell'altro.

1. 4. Risultati

La reazione figlio-genitore è lo spazio relazionale primario in cui si sviluppa il sé, i suoi processi mentali, le rappresentazioni dell'altro e del mondo. Nel nostro campione i genitori sono stati percepiti entrambi controllanti dal 100% dei soggetti in regime restrittivo e dal 25% dei soggetti in libertà.

I confronti fra gruppi sono stati effettuati mediante analisi della varianza (ANOVA), e la significatività statistica definita con soglia di $p=0,05$.

Tabella 1 confronto fra le medie dei gruppi

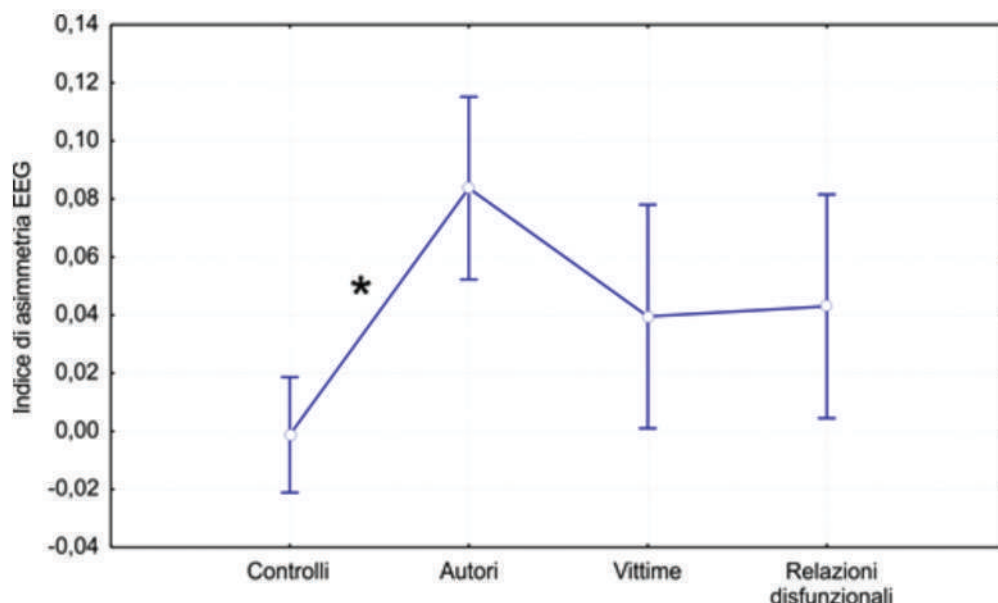
Dataset	1	2
Numerosità campione	70	70
Dev. standard	0,5438	0,0183
t	2,4426	
gradi di libertà	138	
P (livello di significatività)	0,0158	

Commento:

La differenza fra le medie osservate
è significativa per $p < 0,05$

In Tabella 1 vengono riportati i valori di asimmetria elettrocorticale frontale nei quattro gruppi del campione complessivo di partecipanti precedentemente descritto (Campione 1.2). Valori maggiori (ovvero positivi) indicano una maggiore attività frontale destra, mentre valori prossimi allo zero indicano una condizione di equilibrio neuroelettrico interemisferico.

Figura 1 Confronto statistico dei valori di asimmetria elettrocorticale frontale nei quattro gruppi di partecipanti. * $p < 0,05$



Si può osservare che il gruppo di controllo è l'unico a presentare una condizione di equilibrio elettrocorticale interemisferico, mentre i tre gruppi sperimentali sono caratterizzati da un pattern di iper-attività frontale destra pari al 65% da un pattern di

iperattività frontale sinistra pari al 20%, particolarmente evidente nel gruppo degli autori di violenza ($0,05 \leq p \leq 0,14$).

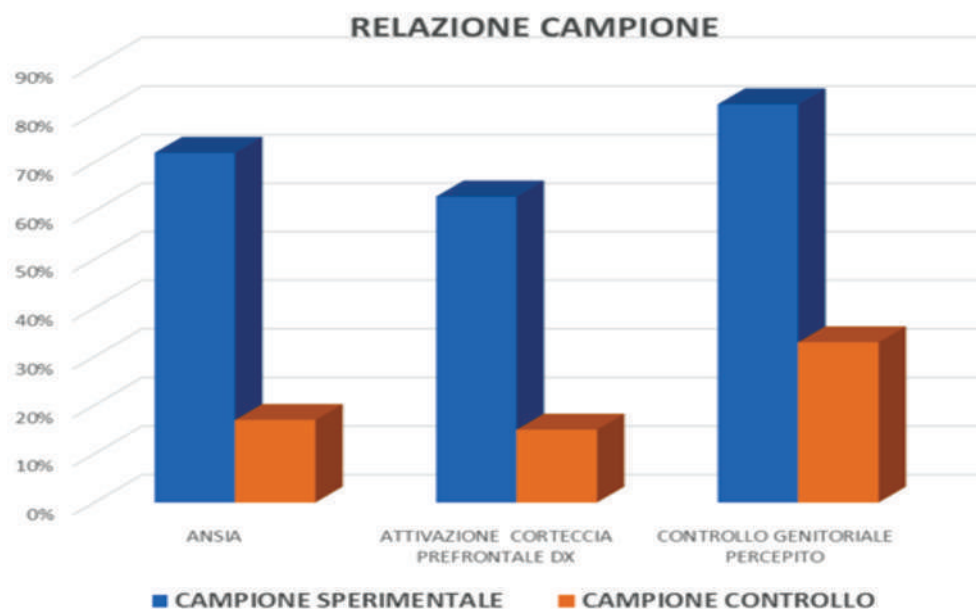
I dati raccolti ed analizzati nel campione sperimentale evidenziano un'incidenza (controllo):

- pari al 72% (17%) della variabile ansia;
- pari al 68% (15%) della variabile attivazione della corteccia frontale destra;
- pari al 20% (3%) della variabile attivazione della corteccia frontale sinistra;
- pari all'82% (33%) del controllo di entrambi i genitori.

L'ipotesi di partenza è stata confermata: il 100% dei soggetti appartenenti al campione sperimentale vive e ha vissuto relazioni disfunzionali, l'88% agisce (40%) e/o subisce (48%) una o più forme di violenza e l'83% ha una o più dipendenze. Nelle coppie portatrici di ferite da perdita dolorosa rimossa è impossibile sganciarsi: quando uno dei due ci prova, l'altro non accetta il rifiuto e l'abbandono e come massima espressione può arrivare all'omicidio [7].

Per la componente neurofisiologica della ricerca risulta significativo lo studio dell'asimmetria corticale. Un'asimmetria a sinistra è significativamente correlata alla condizione sociale di rivalità (gelosia), quella a destra è significativamente correlata all'ansia/paura dell'abbandono e del rifiuto. Le evidenze neurofisiologiche, cliniche e psicodiagnostiche hanno evidenziato che il gruppo di controllo è l'unico a presentare una condizione di "equilibrio" mentre i tre gruppi sperimentali, portatori di perdite dolorose non elaborate, sono caratterizzati, in prevalenza, da un pattern relazionale disfunzionale, violento e dipendente. Dai dati emersi (fig. 2) si evince che l'Ansia è una delle componenti principali di molti comportamenti sociali anche se probabilmente la complessità dell'aderenza alle norme sociali non può essere ridotta all'attivazione di un limitato numero di circuiti neurali.

Figura 2 Relazione del campione



Il protocollo integrato scientifico preventivo-riparativo A.I.P.C. ha permesso di far emergere alcune caratteristiche ricorrenti:

- la scelta, quattro su cinque, di un partner significativo portatore di almeno una perdita dolorosa non elaborata: la separazione dei genitori con l'allontanamento di uno dei due, l'affidamento, un lutto, ecc.
- la mancanza di fiducia negli altri;
- la scarsa autostima e fascinazione per i partner portatori apparenti di tale qualità;
- la mancanza di protezione e il mettersi sempre a rischio;
- l'attrazione per il rischio che porta a vivere una sofferenza/dolore, di riflesso l'attrazione per il dolore/sofferenza;
- la condivisione di "segreti", vissuta come il "privilegio" di un'apertura esclusiva con conseguente idealizzazione del o della partner e la percezione di essere finalmente accettata e amata;
- l'apparente bontà, sensibilità e attenzioni manifestate si dimostrano essere caratteristiche aventi come unica finalità quella di manipolare l'altro; contenuti come la progettualità, la convivenza, la genitorialità ed altre opportunità sono quelli che "funzionano" meglio;
- la vulnerabilità vissuta e manifesta a seguito di una perdita porta a credere nell'altro;
- l'unica espressione di onnipotenza e controllo vissuta è la decisione di concepire un figlio. Una scelta "egoistica" dettata dal vuoto e dalle perdite.

Il nostro campione si può così declinare:

- Il 57% presenta un tratto narcisistico o dipendente di personalità.
- Il 63% presenta un disturbo d'ansia conclamato o meno.
- Il 25% delle persone con tratto dipendente di personalità presenta anche un tratto depressivo.

Conclusioni

Un limite di questo studio è stato l'impossibilità di poter sottoporre ai ristretti nelle carceri la misurazione con il Biofeedback che avrebbe parzialmente consentito di delineare un profilo psicofisiologico. Questo tipo di approccio ha permesso di rendere più efficace l'intervento su ogni singola persona, consentendo ai destinatari di costruire relazioni soddisfacenti (80%), diminuendo il rischio di recidiva per quelle disfunzionali (70%). Inoltre, essendo un protocollo scientifico condiviso anche all'estero, prefigura la possibilità di un confronto con i dati futuri di altre ricerche su autori e vittime di violenza e su persone che vivono o hanno vissuto una "Relazione Intima Disfunzionale", in Italia o nel mondo.

BIBLIOGRAFIA

1. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56 – 95.
2. Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing the Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academy Press for the Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders.
3. Dodge, K.A. (2000). Conduct disorder. In: Sameroff, A. Lewis, M., Miller S. M. (Ed.). *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 447-463). New York: Guilford.
4. Hoeve, M., Semon Dubas, J., Eichelsheim, V.I., Van der Laan, P.H., Smeenk, W., Gerris, J.R. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
5. Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2, 94-104.
6. Numan, M., & Insel, T. R. (2006). *The neurobiology of parental behavior* (Vol. 1). Springer Science & Business Media.
7. Lattanzi, M., Calzone, T., Pellino, C., Perri, R. L. (2017). *Verso un'eziologia delle relazioni violente. Uno studio clinico, psicodiagnostico e psicofisiologico*. A.I.P.C. Editore.
8. Lattanzi, M., Calzone, T. (2015). *Il Narcisismo perverso: dalla famiglia alla coppia*. A.I.P.C. Editore, Roma.
9. Mirescu, C., Peters, J. D., & Gould, E. (2004). Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nature Neuroscience*, 7 (8), 841.
10. Francis, D. D., Diorio, J., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (2002). Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity. *Journal of Neuroscience*, 22 (18), 7840-7843.
11. Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., & Tellegen, A. (1990). Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2. *Manual for Administration and*, 8, 491-499.
12. Rossi, G., & Derksen, J. (2015). International adaptations of the Millon Clinical Multiaxial Inventory: construct validity and clinical applications. *Journal of personality assessment*, 97(6), 572-590.
13. Derogatis, L. R. (1977). Symptom Checklist 90, R-Version. *Manual I: scoring, administration, and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
14. Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. *Journal of Family Theory & Review*, 2 (1), 73-87.
15. Graybill, D., & Heuvelman, L. R. (1993). Validity of the Children's Picture-Frustration Study: A social-cognitive perspective. *Journal of personality assessment*, 60 (2), 379-389.

RESEARCH ARTICLE

Analisi fenomenologica gestaltica dell'esperienza essenziale della rabbia

Vitalba Casano¹, Giusy Castiglia¹, Elena Gigante¹, Valentina Maltese¹,
Claudia Montalbano¹, Arturo Sala¹, Laura Zichichi¹

¹ SiPGI- Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata, Trapani, Italia

**Citation**

Casano V., Castiglia G., Gigante E.,
Maltese V., Montalbano C., Sala A.,
Zichichi L. (2019).
Analisi fenomenologica gestaltica
dell'esperienza essenziale della rabbia
Phenomena Journal, 1, 8-17
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.45>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta il gruppo di ricerca

ricercasipgitrapani@gmail.com

Ricevuto: 14 maggio 2019

Accettato: 14 ottobre 2019

Pubblicato: 16 ottobre 2019

ABSTRACT

According to an actual epistemology it is possible to do a scientific work starting from a direct perspective so that, even if the objective approach has been considered as synonymous of scientifically correct, the “subjective” approach will be necessarily based on the direct observation of the experience itself. The phenomenological approach considers emotion as a peculiar consciousness phenomenon different from pure thinking: it aims to establish emotion comprehension on objective basis. Emotion is not an idea or a thought, it is the very inception and it has pre-rational nature. The phenomenological approach becomes an essential condition for a scientific method of analysis. One of the main principles of the Gestalt Theory is that the Self “gets-together” when it becomes a whole form together with the world thus the phenomenological approach becomes the true and natural technique to get a scientific knowledge of perception, or the way the Self enters in contact with the world. The Gestalt-therapy is based on: consciousness development, experimental approach, to work here and now, the phenomenological practice, to work with incarnation. This methodological approach of the Gestalt-therapy arises from the purpose to integrate all emotional experience perceived by the subject, connecting perception with thinking and therefore with feelings. The objective is to shape the phenomenological research on the gestalt principles and on an integrated methodology. The focus was especially brought on the subjective description of anger as emotional experience, distinguishing five prototypes: Explosive Anger, Underestimating Anger, Manipulative Anger, Daring Anger and Refusal Anger.

KEYWORDS

Phenomenological approach, gestalt attitude, emotion, anger, subjective experience.

ABSTRACT IN ITALIANO

Secondo un'attuale epistemologia è possibile fare scienza a partire dalla prospettiva in prima persona quindi, sebbene tradizionalmente l'approccio oggettivo in terza persona è stato considerato sinonimo di scientificità, un approccio “soggettivo” partirà da un metodo di osservazione dell'esperienza in prima persona. Al centro di questo rinnovato discorso sulla conoscenza c'è la fenomenologia che rifiuta l'introspezione e si concentra sulla ricerca delle strutture stabili dell'esperienza cercando di organizzare la soggettività in dati trattabili scientificamente. In una prospettiva gestaltica, il metodo fenomenologico diventa condizione imprescindibile dell'approccio scientifico. Essendo la Teoria della Gestalt una scienza del contatto, dell'“essere con”, e considerando come il sé emerge nel contatto con il mondo, il metodo fenomenologico ne diventa una naturale metodologia d'indagine poiché si pre-occupa di rendere scientifico il modo di percepire il mondo, ovvero di entrare in contatto con esso. L'atteggiamento fondante la Gestalt Therapy si presenta nei seguenti concetti cardine: lo sviluppo della consapevolezza, l'atteggiamento sperimentale, lavorare nel qui e ora, la pratica fenomenologica, lavorare con l'incarnazione. Alla base di tale prassi metodologica vi è l'obiettivo di integrare i vari aspetti dell'esperienza emozionale percepita dall'individuo, pertanto per la Gestalt Therapy è indispensabile connettere le sensazioni con il pensiero e sentimenti. L'obiettivo del contributo è stato quello di declinare la ricerca fenomenologica secondo una lettura di impronta gestaltica elaborando una metodologia integrata. In questo contributo si è cercata la descrizione in prima persona dell'esperienza emozionale della rabbia, individuando cinque prototipi principali: Rabbia Esplosiva, Rabbia Svalutante, Rabbia Manipolativa, Rabbia di sfida e Rabbia rifiutante.

PAROLE CHIAVE

Metodo fenomenologico, atteggiamento gestaltico, emozioni, rabbia, esperienza soggettiva.

1. Introduzione

Il modello fenomenologico

1.1. Fondamenti epistemologici da Husserl a Damasio

La fenomenologia è intesa come analisi filosofica dei diversi modi in cui il mondo si svela e come l'indagine riflessiva di tali strutture dell'esperienza e della comprensione, che consentono a diversi tipologie di entità di mostrarsi per quello che sono [1]. In tal senso è stato introdotto il concetto di riduzione fenomenologica: un moto riflessivo che inizia da un'immersione nel mondo e conduce verso il modo in cui esso si manifesta [2]. Una volta "ridotte fenomenologicamente", le cose che percepiamo quotidianamente non vengono considerate illusorie, bensì vengono trattate ed esaminate proprio in quanto percepite, non sono quindi messe in dubbio. Una volta adottato l'atteggiamento fenomenologico, il nostro principale interesse non è più quello volto a cogliere che cosa sono le cose, qual è il loro peso, la loro dimensione o la composizione chimica, quanto piuttosto come appaiono in quanto correlati della nostra esperienza [3]. Tale approccio è stato ulteriormente approfondito da Francisco Varela [4] che utilizzò il termine neuro-fenomenologia per descrivere un approccio allo studio neuro-scientifico "dell'esperienza soggettiva" che utilizza la metodologia fenomenologica di tradizione husserliana. La neuro-fenomenologia avanza la proposta che, per studiare la coscienza e la cognizione, sia gli scienziati empirici sia i soggetti sperimentali dovrebbero ricevere un certo grado di addestramento al metodo fenomenologico. Secondo Varela [4] tale addestramento deve includere la pratica dell'epochè (sospensione della nostra naturale inclinazione realistica) e della riduzione fenomenologica, pertanto il soggetto dovrebbe imparare a mettere da parte le opinioni, le teorie sull'esperienza e quelle sulla coscienza possedute, per concentrarsi sul modo in cui le cose vengono esperite. Varela [4] ha identificato tre passaggi nel metodo fenomenologico:

- 1- Sospendere credenze o teorie circa l'esperienza (epochè);
- 2- Prendere confidenza con il dominio di indagine (descrizione focalizzata);
- 3- Offrire descrizioni e usare l'approvazione intersoggettiva (corroborazione intersoggettiva).

Questa metodologia è stata utilizzata per la costruzione dei prototipi riguardanti la percezione soggettiva dell'esperienza della rabbia attraverso la corroborazione intersoggettiva, partendo dall'idea di una fenomenologia comune dell'esperienza della rabbia intesa come uno stato fisiologico di intensa attivazione emotiva associata a forte disapprovazione [3].

1.2. Fenomenologia delle emozioni

Un altro ambito di studio della fenomenologia è quello riguardante le emozioni. Il concetto che accumuna le varie teorizzazioni, è quello che definisce l'emozione non come un sentimento ma come un fenomeno particolare di coscienza. Il filosofo Cartesio ha anticipato tali studi, identificando l'emozione come un sentimento soggettivistico connesso a processi fisiologici e comportamentali. La consapevolezza dello

stato dell'organismo e la condotta che conseguirà orienteranno l'individuo nel seguire o meno l'impulso. L'attribuzione dell'emozione tra i fenomeni di coscienza (secondo Cartesio non si può avere paura senza percepire paura, poiché la paura non è altro che uno specifico oggetto di coscienza) crea due rilevanti questioni. La prima riguarda il tipo di oggettività che hanno le emozioni, differente da tutti gli altri fenomeni di coscienza, in quanto si verifica un'interiorizzazione dell'esperienza che genera l'emozione; l'altra è relativa alla relazione tra modificazioni fisiologiche-emotive-comportamentali dell'emozione, assenti negli altri oggetti di coscienza. I due aspetti succitati, inoltre vengono messi in discussione dall'identificazione cartesiana di emozioni pure come l'amore, l'odio, l'allegria, la tristezza, ecc., che non hanno un'origine corporea. Cartesio introdusse quindi nella teoria delle emozioni la valutazione razionale che, grazie alla filosofia fenomenologica, raggiunse notevoli risultati. L'idea di base di tale corrente teoretica consiste nel considerare l'emozione come un fenomeno di coscienza diverso dagli atti di pensiero e dalla volontà del soggetto: l'emozione non è un'idea o un oggetto di pensiero, diversamente da quanto afferma Cartesio, in quanto non è in relazione al logos ma è anteriore e, di conseguenza, ha un carattere prerazionale. Ciò che la storia filosofica dell'emozione si è posta come obiettivo era, pertanto, la ricerca dell'oggettività dell'emozione, la cui negazione comporterebbe l'impossibilità della sua comunicazione (l'emozione sarebbe qualcosa di inesprimibile), la sua razionalizzazione (l'emozione potrebbe essere soltanto intuita) e la sua educazione (l'unico controllo possibile sull'emozione sarebbe quello dispotico della ragione). Affermare l'oggettività dell'emozione presenta meno problemi, ma ciò non corrisponde all'esperienza che noi abbiamo dell'emozione, secondo la quale ci rendiamo conto che essa non è perfettamente comunicabile né può essere assolutamente oggettivata né controllata [5].

In una prospettiva gestaltica, il metodo fenomenologico diviene un fondamento indispensabile dell'approccio scientifico. Essendo infatti, la Teoria della Gestalt una scienza del contatto, dell' "essere con" e considerando come il sé emerge nel contatto con il mondo [6], il metodo fenomenologico ne diventa una naturale metodologia d'indagine poiché si pre-occupa di rendere scientifico il modo di percepire il mondo.

2. Atteggiamento Gestaltico

L'atteggiamento della Gestalt Therapy risiede nella spontaneità dei suoi concetti cardine di tipo operativo: lo sviluppo della consapevolezza, l'atteggiamento sperimentale, lavorare nel qui e ora, la pratica fenomenologica, lavorare con l'incarnazione. La GT identifica tre zone di consapevolezza: interna (stati d'animo), esterna (funzioni di contatto: comportamento, discorso e azioni), e media (pensieri, giudizi, idee). L'esperienza immediata è il materiale essenziale per la guarigione e la crescita. La consapevolezza può essere esplorata lavorando con un atteggiamento sperimentale. Quando il paziente sperimenta un nuovo comportamento, il terapeuta facilita e supporta l'esperienza che potenzialmente può condurlo ad un nuovo sistema di significati e ad un livello di conoscenza più profonda.

2.1 Qui e ora

L'esperienza reale può essere contattata direttamente, sentita e descritta nel qui e ora proprio perché l'atto di ricordare il passato o anticipare il futuro si verifica nel presente. Pertanto negli incontri clinici i riferimenti al passato o al futuro sono portati al presente. Come terapeuti della Gestalt, ci concentriamo su "ciò che è" piuttosto che su "quello che era o cosa sarà", non perché vogliamo ignorare la storia di una persona o le sue intenzioni future ma per valorizzare il "potere" del presente. Il terapeuta e il cliente lavorano insieme nell'immediatezza di una situazione esplorando le molte dimensioni del comportamento attuale e delle sensazioni. Il passato può essere considerato rilevante a questa esplorazione, quando la situazione immediata è tematica di esperienze abituali o passate. Lavorare nel presente supporta il cliente a "rimanere con" la sua situazione, piuttosto che spostarla o modificarla. Questo concetto si riflette nella teoria paradossale del cambiamento che sostiene che il focus della terapia non è cambiare, ma abbracciare quanto più possibile tutti gli aspetti dell'esperienza. La pratica fenomenologica è più di una semplice validazione dell'esperienza soggettiva del cliente, implica l'esplorazione delle situazioni di vita che il cliente porta a ogni seduta. Ciò richiede sintonia con l'"id della situazione" attraverso l'indagine e il sostegno del linguaggio descrittivo che informa e include aspetti sensati dell'esperienza. Utilizzando questo metodo, il terapeuta e il cliente sono in grado di crescere nella situazione che stanno esplorando insieme e osservare quali elementi disporre in primo piano rispetto allo sfondo della situazione globale.

Questo focus esperienziale si svolge nel contesto di tre principali norme di indagine fenomenologica:

- interruzione: riguarda la questione della verità o la falsità di tutte le interpretazioni della realtà;
- descrizione: scoraggia le interpretazioni e promuove l'esperienza più da vicino, in riferimento agli aspetti immediati e concreti di una situazione;
- compensazione: questa regola richiede al terapeuta di trattare tutti i dati osservati come ugualmente importanti, senza assegnare valore o strutturare una gerarchia.

2.2 Focus sul corpo

L'attenzione per il corpo è un obiettivo importante per la GT. Alcuni terapeuti possono prestare attenzione al corpo attraverso l'introduzione di esperimenti corporei. Ma anche senza introdurre la possibilità a esagerare l'abitudine corporea, o cercare un modo diverso di occuparsi del corpo, la GT aumenta la consapevolezza del modo in cui l'essere corporeo del cliente è coinvolto in rapporto al terapeuta e al suo ambiente più ampio [7]. Le teorie sul corpo si sono concentrate maggiormente sulla patologia, il malessere e i sintomi. Gli approcci funzionalisti o causali organizzano l'educazione in un sistema specifico culturale che media tra la corporeità e la formazione dell'identità. L'immagine corporea, la situazione sociale e il sistema culturale influenzano l'interazione tra il corpo e la formazione dell'identità sia nel benessere che nel malessere. Reich [8] è stato il primo studioso a mettere in relazione il funzionamento corporeo con il funzionamento psicologico in una unità inscindibile.

Dalle sue intuizioni e teorie, Perls[9] prese spunto per mettere in risalto la stretta connessione esistente tra l'aspetto fisico, come per esempio la tensione muscolare e la repressione degli impulsi e la fluidità dell'espressione emotiva. Egli si interessò al corpo in termini prevalentemente fenomenologici, evidenziando come l'esperienza del paziente con il proprio corpo sia in funzione del contatto con il suo ambiente. La psicoterapia della Gestalt quindi pone l'accento, sia in ambito clinico che in quello sperimentale, su "come" il paziente si esprime in relazione all'espressione corporea in un'ottica fenomenologica dalla quale emerge l'esperienza psicofisica e olistica della persona.

2.3 Un metodo per l'esperienza

L'approccio fenomenologico si basa sull'interesse verso l'esperienza. Tutte le terapie esperienziali sono concordi nel ritenere che le persone sono molto di più dei loro processi cognitivi razionali e l'esperienza terapeutica è fondamentale nei processi di adattamento e consapevolezza. Il fulcro di queste terapie è creare una relazione terapeutica ampiamente collaborativa: l'interazione è basata su una co-costruzione dialogica, nel qui e ora, di un processo relazionale con lo scopo di sviluppare consapevolezza, responsabilità personale e auto-realizzazione nel paziente. Per creare una collaborazione con il paziente, il terapeuta ha bisogno di essere centrato sulla persona, cioè essere pienamente consapevole ed esprimere attivamente sé stesso nel qui e ora. Inoltre, è fondamentale che abbia un atteggiamento empatico per mettersi il più possibile nell'esperienza del paziente, mantenendosi impegnato in un contatto pieno. Nello specifico il terapeuta cerca di aiutare i clienti a diventare più efficaci nel fare uso delle loro esperienze immediate e ad esercitarsi ad una maggiore auto-determinazione. Inizialmente il terapeuta può "insegnare il metodo" al paziente spiegando le basi razionali di una determinata esperienza, in modo che possa aiutarlo a muoversi verso una piena consapevolezza [10]. Zinker[11] afferma che la modificazione del comportamento ha luogo più rapidamente quando l'attività muscolare e sensoriale è coinvolta piuttosto che attraverso la mera attività verbale, come il cambiamento comportamentale ha luogo nell'organismo totale piuttosto che nella corteccia cerebrale. Un principio della gestalt non è parlare costantemente delle cose ma farne esperienza.

3. Dall'esperienza emotiva incarnata all'applicazione scientifica del metodo fenomenologico gestaltico

Obiettivi dello studio

L'obiettivo dello studio è stato quello di costruire un sistema di osservazione fenomenologica in grado di descrivere le diverse modalità attraverso le quali viene esperita l'emozione della rabbia identificando come si attivano diverse sensazioni corporee, psicologiche mediate dall'intervento della razionalità; come si modificano la percezione di se stessi, dell'ambiente e l'esperienza di contatto, identificando qualità differenti dell'esperienza della rabbia.

Metodologia

In questo contributo, utilizzando il metodo di analisi fenomenologia dell'esperienza, si è cercato la descrizione in prima persona dell'esperienza emozionale della rabbia. Lo studio, condotto da un gruppo composto da specializzandi in Psicoterapia della Gestalt, si è sviluppato in tre fasi:

- nella prima si è lavorato per sospendere il naturale atteggiamento introspettivo alla descrizione della rabbia cercando l'essenziale (eidetica) esperienza cosciente pre-semantica.
- nella seconda fase si è proceduto a descrivere l'esperienza della rabbia (come "data" ai singoli partecipanti) attraverso narrazioni stabili e comprensibili declinate secondo le seguenti dimensioni gestaltiche: esperienza corporea, mobilitazione dell'energia, funzioni di contatto e di ritiro, esperienza di sé e della dimensione io-tu, esperienza del tempo e dello spazio, estetica del campo ed esperienza del post contatto.
- nella terza fase queste descrizioni sono state sottoposte a corroborazione inter-soggettiva all'interno del gruppo degli specializzandi impegnati nello studio; sono state prodotte alcune descrizioni eidetiche e comprensibili dell'esperienza della rabbia:
1- RABBIA ESPLOSIVA;
2- RABBIA SVALUTANTE;
3- RABBIA MANIPOLATIVA;
4- RABBIA DI SFIDA
5- RABBIA RIFIUTANTE

Lo strumento presentato in allegato è composto da 12 sezioni interne al test e 2 domande di controllo.

La prime due sezioni (come sento la rabbia, sensazioni fisiche) attengono alla ricerca di strutture stabili dell'esperienza pre-semantica della rabbia così come è data alla coscienza nella fase dell'ES. Le sezioni terza, quarta, quinta attengono alle fasi di mobilitazione dell'energia, del contatto del ritiro (come mi mobilito, come entro in contatto, come mi ritiro). La fase della "personalità" con le sue declinazioni fenomenologiche è descritta dalla sesta alla 10 sezione (come sento me stesso, come sento l'altro, come sento il tempo, come sento lo spazio come mi sento dopo). Nella sezione 11 è descritta l'esperienza del campo e nella 12 il vissuto dalla posizione di terapeuta. Le sezioni contengono brevi descrizioni della struttura dell'esperienza emerse nelle prime tre fasi dello studio. Nella 4 fase, attraverso la diffusione del questionario ai terapeuti coinvolti nella ricerca, si intende valutare la stabilità e la diffusione delle strutture dell'esperienza descritte. Le sezioni dello strumento e le strutture dell'esperienza descritte in esse, sono presentate con un linguaggio privo di riferimenti alla gestalt e alla fenomenologia per poter sottoporre lo strumento a terapeuti di qualsiasi orientamento.

Analisi dati

I dati raccolti con il questionario presentato in appendice sono stati analizzati con l'ausilio di SPSS (Statistical Package for Social Science). Il campione è composto da 50 soggetti psicoterapeuti e psicoterapeuti in formazione afferenti a differenti pa-

radigmi teorici. L'età è compresa tra i 25 e i 58 anni con un'età media di 38,65 ed una DS di 6,7. Il gruppo è quindi omogeneo per quanto riguarda l'età e la formazione culturale di base. Il campione è composto da 7 maschi e 43 femmine. Il sottogruppo dei maschi differisce rispetto al sottogruppo delle femmine rispetto a molti Item; tuttavia la scarsa numerosità dei maschi non ci consente di descrivere significativamente la differenza con le femmine. Si è deciso quindi di analizzare in questa fase solo il sottogruppo femminile. Infine data la fase iniziale dello studio vengono presentate solo i risultati relativi al primo dei 5 prototipi descritti: "Rabbia Esplosiva". Inoltre tutte le sezioni dello strumento presentavano un campo "altro" che è stato sempre utilizzato dai partecipanti. I dati di quel campo per il loro ridotto valore statistico non verranno presentati in questa fase.

Nelle tabelle che seguono sono presentate le statistiche descrittive e le correlazioni e l'esito del test di affidabilità interna condotto sul primo gruppo di Item che sembrano identificare una struttura stabile dell'esperienza.

Tab.1. Prototipo della rabbia esplosiva: dimensioni confermate delle qualità dell'esperienza in riferimento alla fase del processo

FASE DEL PROCESSO DELL'ESPERIENZA	<i>Qualità dell'esperienza</i>	<i>Numero di Risposte si</i>
COME SENTO LA RABBIA ESPLOSIVA	forte	16
	intensa	24
	incontrollata	8
DOVE SENTO LA RABBIA ESPLOSIVA	petto	14
	addome	15
	braccia	12
	gola	11
COME MI MOBILITO	mi agito	32
	lancio oggetti o colpisco	2
COME ENTRO IN CONTATTO	solo in relazioni intime	30
	cerco il contatto fisico	4
COME MI RITIRO	mi allontano	27
COSA SENTO	seno di avere ragione	20
	mi sento ferito	20
COME SENTO L'ALTRO	nemico	16
COME SENTO IL TEMPO	scorre più velocemente	10
COME SENTO LO SPAZIO	ristretto	26

COME MI SENTO DOPO	triste	19
	sconfortato	14
	stanco	21
	spaventato	1
	solo	11
COME PERCEPISCO IL CAMPO	instabilità	34
	vergogna	2
ESPERIENZE NEL RUOLO DI TERAPEUTA	rabbia	0
	controllo	25
	paura	12

La tabella mostra che la maggior parte degli Item emersi dall'indagine fenomenologica sono sostanzialmente riconosciuti e condivisi dalle 43 donne psicoterapeute partecipanti allo studio. Benché il numero dei soggetti non ci permetta ancora di esprimerci in modo valido su ogni singolo item né globalmente sulla scala possiamo affermare che nella sezione “esperienze nel ruolo del terapeuta la rabbia non è un'emozione condivisa quindi l'item verrà eliminato nelle prossime fasi. Allo stesso modo elimineremo l'item “spaventato” dalla sezione “come mi sento dopo”.

Nella tabella due, di seguito, sono riportati i valori di correlazione statisticamente significativi rilevati tra i diversi Item descrittivi del prototipo.

Tab. 2 Tabella di correlazione tra item del prototipo della rabbia esplosiva

Indice di coerenza interna $\alpha = 0,87$	Mi sento Sconfortato	Mi sento solo	Instabilità Del campo	Mi sento ferito	Da terapeuta controllo	Sento lo spazio ristretto	Sento l'altro nemico	Da terapeuta ho paura
Rabbia intensa	0,318	0,307	0,348					0,346
Sento di avere ragione		0,308			0,355		0,343	0,355
Mi sento agitato					0,475	0,359		
Sento l'altro nemico								0,431
Sento il tempo accelerato						0,445		
Mi sento triste				0,528				
Mi allontano		0,341						
Sento lo spazio ristretto	0,322			0,319				

Le correlazioni evidenziano un pattern di Item interconnessi per i quali è stata calcolata la coerenza interna con l'indice alfa che è risultato di 0,87 adeguato con i criteri di affidabilità legati alla consistenza interna allo strumento. Dal pattern di correlazione

appare che le persone che sperimentano una rabbia intensa, tendono anche a sperimentare sconforto, solitudine, a percepire il campo come instabile e da terapeuti sentono paura in contesti nei quali l'altro esprime la rabbia esplosiva. Queste esperienze poi mediano un darsi dell'esperienza costituito dal: sentire lo spazio ristretto, il tempo accelerato, l'altro come nemico, e la sensazione di aver ragione. Al fine di falsificare o validare questa struttura dell'esperienza, il nuovo assetto degli Item, scremato di quelli non riconosciuti e arricchito di quelli nuovi introdotti nel campo "altro" compilato dai partecipanti, sarà ripresentato ai 50 terapeuti. La forma definitiva che sarà possibile strutturare dopo questa seconda fase verrà proposta a 500 psicoterapeuti per elaborare la versione finale dello strumento attraverso i modelli statistici di scaling diffusi e attraverso il metodo dell'Item analysis di Rasch [12].

Discussioni

Dai dati emerge una sostanziale conferma delle diverse dimensioni relative alle qualità dell'esperienza della rabbia esplosiva mostrando come attraverso una focalizzazione sull'esperienza attuale del proprio corpo è possibile individuare una fenomenologia comune all'esperienza della rabbia così intensa. Sembra dimostrato che l'osservazione in prima persona dell'esperienza emozionale possa portare ad un'accurata descrizione che risulta dai nostri dati ampiamente generalizzabile. Il presupposto di base che ha guidato la nostra ricerca si basava su un atteggiamento fenomenologico che mette l'esperienza personale in primo piano e permette di renderla verificabile. Rispetto all'esperienza della rabbia di tipo esplosivo possiamo inoltre vedere come spesso le persone che sperimentano una rabbia intensa tendono a fare un'esperienza talmente forte della propria emozione da focalizzarsi sul proprio sé sperimentando solitudine, sconforto e una forte instabilità del contesto di riferimento. Ciò che sembra emergere è che quando il sé è in figura in maniera così intensa e forte, lo sfondo tenda a marginalizzarsi e ad apparire sempre più sfocato in un'alternanza tra figura e sfondo che si fa sempre più marcata. L'esperienza della rabbia intensa sembra mettere il soggetto a confronto con il proprio confine, ispessendolo e rendendolo meno permeabile. La percezione di avere ragione e il percepire l'altro come nemico sembrano suggerire inoltre una diminuzione della capacità di connettersi con l'altro a livello emotivo, perdendo la capacità di entrare in contatto. L'esperienza della rabbia esplosiva sembra talmente intensa da delimitare il campo io-altro focalizzandosi solo sul proprio polo. Un altro elemento rilevante è a nostro avviso quello emerso nel campo "esperienze nel ruolo del terapeuta" in cui i soggetti mostrano una maggiore capacità empatica e di accoglienza. Questo sembra suggerire un cambiamento importante di prospettiva nell'espletamento della propria professionalità. I dati emersi hanno mostrato come la poliedricità degli orientamenti teorici dei terapeuti, appartenenti al campione di riferimento, non sia stata un elemento di discriminazione nell'adottare una prospettiva comune che si riferisca alla soggettiva esperienza emozionale incarnata. Pertanto è possibile proporre che lo strumento elaborato utilizzi un linguaggio comprensibile ed universale indipendentemente dall'orientamento teorico di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Bozzi, P. (1989). *Fenomenologia Sperimentale*. Bologna: Il Mulino.
2. Merleau- Ponty, M. (2014). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Giunti.
3. Gallagher S. Zahavi D. (2008) The phenomenological mind. Traduzione italiana Raffaello Cortina Editore. Milano 2009.
4. Varela, F.J. (1996). Neurophenomenology: A methodological remedy for the hard problem. *Journal of Consciousness Studies*, 3(4) 330-349.
5. Malo, A. (1994). Tre teorie sulle emozioni: cognitiva, fenomenologica e comportamentistica (seconda parte). *Philosophica*, 3, 97-111.
6. Damasio, A. R., & Macaluso, F. (1995). *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
7. James, I. K. (2006). *Body Process, Il lavoro con il corpo in Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
8. Reich, W. (1980). *Character analysis*. Londra: Macmillan.
9. Perls, F. (2003). L'io, la fame, l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud. Milano: Franco Angeli.
10. Berdondini, L., Elliott, R., & Shearer, J. (2012). *Collaboration in Experiential Therapy*. *Journal of clinical psychology*, 68(2), 159–167.
11. Zinker, J.C.(1971). *s* Voices, 7(2), 18-21.
12. Tesio, L. (2003). Measuring behaviours and perceptions: *Rasch analysis as a tool for rehabilitation research*. *Journal of rehabilitation medicine*, 35(3), 105-115.

ARTICOLO

Il funzionamento della personalità secondo il DSM-5: DPA e SCID-5-AMPD Due prospettive per un'utilità clinica

Laura Rapanà¹, Claudio Barbaranelli²

¹ ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità); ASPICARSA (Associazione di Ricerca Scientifica Applicata)

² Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Roma - la Sapienza



Citation

Rapanà L., Barbaranelli C. (2019).
Il funzionamento della personalità
secondo il DSM-5: DPA e SCID-5-AMPD
Phenomena Journal, 1, 18-29
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.58>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Laura Rapanà
laura.rapana@tin.it

Ricevuto: 16 settembre 2019

Accettato: 24 ottobre 2019

Pubblicato: 25 ottobre 2019

ABSTRACT

In 2013, with the latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, an alternative section was introduced that enriched the evaluation of a dimensional aspect and this, in addition to the unleashing of criticism, has also stimulated many field and clinical researchers. In fact, during these years the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 has favored the creation of diagnostic tools also for this alternative model. The focus of the attention regarding dimensionality is the Criterion A, where the Level of Personality Functioning Scale is proposed to define and evaluate the seriousness of the personality pathology. In the present work, we have chosen two points of view to evaluate the personality functioning as described by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5, through two different methods of data recording to give the opportunity to grasp aspects that might complete the clinical picture in a comprehensive way, for an assessment more and more efficient. On one hand, we used the Dimensional Personality Assessment Test, filled out directly by the patient in self-assessment; on the other hand, we used the structured clinical interview for the Level of Personality Functioning Scale - Module I, included in the Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 Alternative Model for Personality Disorders, performed by the clinician to the patient. A clinical case is reported in which the results of both instruments showed convergence and marked the start of a research project.

KEYWORDS

Level of Personality Functioning Scale, dimensional Assessment, Dimensional Personality Assessment Test, Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 Alternative Model for Personality Disorders, Integration.

ABSTRACT IN ITALIANO

Nel 2013, con l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è stata introdotta una sezione alternativa che ha arricchito la valutazione di un aspetto dimensionale e ciò, oltre allo scatenarsi di critiche, ha stimolato anche molti studiosi del campo e clinici. Di fatto, la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali ha favorito, nel corso di questi anni, la creazione di strumenti diagnostici anche per questo modello alternativo. Oggetto di attenzione rispetto alla dimensionalità è il Criterio A, dove è proposta la Scala del livello di Funzionamento della Personalità (*Level of Personality Functioning Scale*) che serve a definire e a valutare la gravità della patologia della personalità. Nel presente lavoro abbiamo scelto due prospettive per valutare il funzionamento della personalità così come descritto nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, attraverso due modalità differenti di registrazione dei dati per dare l'opportunità di cogliere aspetti che completino il quadro clinico in modo esauriente, per un *assessment* sempre più efficiente. Da un lato, abbiamo utilizzato il Test *Dimensional Personality Assessment*, compilato direttamente dal paziente in autovalutazione, dall'altro, abbiamo utilizzato l'intervista clinica strutturata per la Scala del livello di funzionamento della personalità - Modulo I, incluso nell'Intervista Clinica Strutturata per il modello alternativo dei disturbi di personalità del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5, effettuata dal clinico al paziente. È riportato un caso clinico in cui i risultati di entrambi gli strumenti hanno evidenziato convergenza e che ha segnato l'avvio di un progetto di ricerca.

PAROLE CHIAVE

Scala del livello di funzionamento della personalità, Assessment dimensionale, Test *Dimensional Personality Assessment*, Intervista Clinica Strutturata per il Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5, Integrazione.

1. Introduzione

L'Assessment clinico è un processo molto complesso e sensibile che presenta tante sfaccettature: gli stati momentanei degli individui in gioco, il *setting*, l'esaminatore, la presenza di osservatori, gli strumenti utilizzati, la disponibilità dell'esaminato; questi aspetti sono tutte variabili che possono interferire e influenzare il processo diagnostico.

1.1 Il Funzionamento della personalità secondo il DSM-5

L'ultima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, DSM-5 [1] ha introdotto, nella Sezione III, un modello alternativo di diagnosi (*Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*) che ha il compito d'integrare il punto di vista dimensionale prendendo in considerazione anche il vissuto del soggetto nei confronti dei sintomi. Quest'apertura alla dimensionalità, si ritrova in uno dei sette criteri generali per il disturbo di personalità, il Criterio A, dove è proposta la Scala del livello di Funzionamento della Personalità (*Level of Personality Functioning Scale*, LPFS) che serve a definire e a valutare la gravità della patologia della personalità. Con questa Scala si affrontano per la prima volta gli aspetti di funzionamento della personalità suddivisi in due aree: un'area di funzionamento del Sé che comprende gli elementi dell'identità e dell'autodirezionalità e un'area di funzionamento Interpersonale che comprende gli elementi dell'empatia e dell'intimità. Secondo tale modello, la gravità della compromissione del funzionamento della personalità è predittiva della presenza o meno di uno o più disturbi di personalità [2; 3; 4; 5]. A supporto di questa Scala del livello di Funzionamento della Personalità descritta nel DSM-5 [1, pp. 900-903], ci sono dati che mostrano come la metacognizione [6] e le rappresentazioni delle relazioni interpersonali [7; 8] siano tanto più compromesse con l'aumento di criteri soddisfatti del disturbo di personalità. In questo lavoro, per implementare la qualità della valutazione psicologica, vogliamo mettere a confronto due prospettive riguardo allo stesso oggetto e cioè il funzionamento della personalità secondo il DSM-5, sia come vissuto e riportato dallo stesso paziente, sia come risultato di un'intervista effettuata al paziente da un clinico specializzato.

2. Riferimento epistemologico del modello

L'inquadramento teorico di base è l'approccio pluralistico integrato che presuppone una visione globale, complessiva della realtà, non riducibile a un unico principio, ma a principi molteplici di più linguaggi coesistenti e conflittuali [9; 10]. La sua applicazione prevede un approccio flessibile, dinamico, aperto, in continuo divenire, attento alle esigenze personali del singolo individuo volto al cambiamento [11]. Una visione unitaria dei vari approcci teorici permette di vedere la persona bisognosa di aiuto nella sua complessità [12; 13]. Con questa visione unitaria abbiamo voluto integrare nel processo psicodiagnostico la prospettiva del paziente con l'osservazione e la valutazione del clinico per una completezza informativa che permetterà la pianificazione di un trattamento personalizzato volto al raggiungimento di obiettivi posti in collaborazione attraverso lo sviluppo dell'empatia e dell'alleanza diagnostica. Col-

laborazione, condivisione degli obiettivi, empatia e alleanza sono risultate di dimostrata efficacia nella sintesi delle associazioni meta-analitiche tra le componenti della relazione terapeutica e l'esito della psicoterapia [14, Tab. 3, p. 53]. Abbiamo voluto accompagnare, quindi, a un modello psicometrico (il cui obiettivo è la predizione statistica di alcuni aspetti specifici, con test validati e attendibili e dove l'obiettività degli item deve essere supportata dall'obiettività dell'esaminatore) il modello umanistico nel quale il paziente ha la funzione di covalutatore del protocollo [12]. Entrambi i modelli, insieme, permettono di soddisfare criteri di trattamenti *evidence based* [15; 16] e di rispondere alla visione contemporanea di una prospettiva transdiagnostica [17].

3. Obiettivi dello studio

Nel presente studio sono stati utilizzati due strumenti per osservare il funzionamento della personalità secondo il DSM-5, sia come valutato dal clinico, attraverso il Modulo I dell'Intervista clinica strutturata per il Modello alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5, la SCID5-AMPD [18], sia come percepito dall'utente, attraverso un'auto-somministrazione con il Test *Dimensional Personality Assessment*, DPA [19]. Norcross e Lambert [14] ricordano quanto sia l'esperienza clinica, sia i risultati della ricerca evidenzino che la relazione terapeutica incida sull'esito della psicoterapia, probabilmente più, dei metodi di trattamento specifici che incidono per circa lo 0% e il 10% della varianza del risultato [20; 21]. Abbiamo voluto mettere insieme due strumenti per avere da un lato, una valutazione più completa del paziente rispettando una visione prospettica maggiormente accurata, e per ottenere dall'altro, una collaborazione e una responsabilizzazione da parte del paziente nel processo diagnostico al fine di avere, probabilmente, una maggiore alleanza che aiuterà la relazione terapeutica [22; 23] e quindi l'esito positivo della psicoterapia.

4. Metodologia

Il progetto di ricerca ha seguito il seguente protocollo: il lavoro è stato suddiviso in tre fasi.

Nella prima fase, è stato deciso di somministrare al paziente per primo, il Test DPA [19; 24] per evitare inquinamenti dovuti a variazioni emotive e cognitive portate dall'intervista clinica strutturata. Nella fase successiva, la seconda, allo stesso paziente, senza conoscere l'esito del Test DPA somministrato, è stata effettuata l'intervista clinica strutturata, solo il Modulo I della SCID5-AMPD [18], perché l'obiettivo di questo lavoro è valutare il funzionamento della personalità secondo il DSM-5. Nell'ultima fase, la terza, sono stati elaborati i dati e messi in osservazione tra loro i risultati del DPA e quelli della SCID5-AMPD-Modulo I.

4.1 Strumenti utilizzati

In questo progetto di ricerca, per valutare il funzionamento della personalità così come descritto dal DSM-5, sono stati scelti nello specifico, quindi, i seguenti due strumenti: per la compilazione da parte del paziente è stato utilizzato il Test DPA - *Dimensional Personality Assessment* [19], per l'Intervista clinica strutturata è stato

utilizzato il Modulo I della SCID5-AMPD [18]. Di seguito sono riportate delle brevi descrizioni degli strumenti.

Il Test DPA - *Dimensional Personality Assessment* è un questionario di valutazione processuale della personalità [19] che consente l'autovalutazione del funzionamento della persona rispetto alle quattro dimensioni identificate nel DSM-5 [1]: l'Identità, l'Autodirezionalità, l'Empatia e l'Intimità. Per ogni dimensione sono state individuate tre sottodimensioni (Tabella 1).

Le quattro dimensioni, poste su un *continuum* che va da un livello di massima compromissione (valori a partire da 25 Punti T) a un livello di funzionamento migliore (fino a 75 Punti T), possono essere successivamente lette, riprendendo la descrizione del DSM-5, all'interno delle due aree di funzionamento della personalità: l'area del Sé e l'area Interpersonale. L'**Area del Sé** include le dimensioni dell'Identità e dell'Autodirezionalità, e corrisponde a un funzionamento interno della persona, all'immagine che essa ha di se stessa, all'autostima, alle capacità di auto-riflessività e di perseguire obiettivi esistenziali coerenti e significativi nel breve e nel lungo tempo e agli standard e valori presenti. L'**Area Interpersonale** include le dimensioni dell'Empatia e dell'Intimità, e corrisponde a un funzionamento della persona con l'alterità, alla sua capacità di tollerare punti di vista diversi dai propri, di avere consapevolezza dell'effetto del proprio comportamento sugli altri, di avere desiderio di vicinanza e la capacità di far durare le relazioni.

Tab. 1. Struttura sintetica del Test DPA [24, Tab. 1, p. 76; Modificata da: 19, Figura 3-1, p.18]

AREE DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ	DIMENSIONI DEL TEST	SOTTODIMENSIONI DEL TEST
Area del Sé	Identità	1. AE-Autostima.
		2. EE-Esperienza Emotiva.
		3. SS-Senso di Sé.
	Autodirezionalità	1. AU-Capacità Autoriflessiva.
		2. DIR-Perseguimento degli obiettivi.
		3. ST-Standard e valori interni.
Area Interpersonale	Empatia	1. CEC-Comprensione effetti proprio comportamento su altri.
		2. CV-Comprensione e valorizzazione dell'esperienza.
		3. TPV-Tolleranza dei punti di vista altrui.
	Intimità	1. CRR-Comportamento di rispetto reciproco.
		2. DV-Desiderio e capacità di vicinanza.
		3. PD-Profondità e durata della relazione.

Il DPA [19] è composto di 92 item, dei quali 8 utilizzati per il rilevare la tendenza a fornire un'immagine socialmente desiderabile (*Scala Lie*). Tutti gli item sono valutati dal soggetto su una Scala di risposta Likert a 5 punti (per niente d'accordo = 1, poco d'accordo = 2, né d'accordo, né in disaccordo = 3, molto d'accordo = 4, completamente d'accordo = 5).

L'attendibilità delle scale principali, calcolata tramite l'indice di coerenza interna "Alfa di Cronbach", è risultata molto adeguata, riportando le scale con valori superiori alla "soglia" di riferimento (pari a .70): Auto-direzionalità .80; Intimità .87; Em-

patia .87; Identità .91; Desiderabilità Sociale .70 [19, Tabella 4-3, p. 31].

La validità interna (o dimensionalità) del questionario è stata esaminata tramite un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) [25] con una pratica ampiamente diffusa soprattutto in presenza di numerosi indicatori come nel presente Test [26] che costruisce gli indicatori dei fattori con il metodo dei *parcel-item*. Tale approccio risulta particolarmente utile [27; 28; 26; 29] poiché riduce l'errore di misurazione, consente di ottenere stime più stabili riducendo il numero di parametri da stimare, migliora l'approssimazione alla distribuzione normale rispetto ai singoli item e aumenta il livello di misurazione delle variabili osservate rendendole più compatibili con il livello degli intervalli equivalenti. Le analisi fattoriali sono state effettuate considerando il metodo di stima della massima verosimiglianza (ML, Maximum Likelihood) tramite il programma statistico Mplus 8 [30].

Le correlazioni tra i fattori (Tabella 2) variano tra .28 e .75.

Tab.2. Correlazioni
tra i fattori [24,
Tab. 3, p.79]

	Autodirezionalità	Intimità	Empatia
Intimità	.69***		
Empatia	.61***	.61***	
Identità	.75***	.63***	.28***

Nota.*** $p < .001$

La validità di costrutto del Test DPA [19] ha trovato risultati coerenti nelle correlazioni con le dimensioni di altri strumenti relativi a dimensioni “psicopatologiche”, come il *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R [31]) o “non-psicopatologiche”, come ad esempio quelle comprese nel modello del *Big Five Questionnaire-2* (BFQ [32]; BFQ-2 [33]).

La SCID5-AMPD - *Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 Alternative Model for Personality Disorders* [34], è un'intervista clinica strutturata per valutare il Modello Alternativo dei disturbi di personalità della sezione III del DSM-5. Si divide in tre Moduli specifici che possono essere utilizzati singolarmente o in combinazione con gli altri Moduli:

- Modulo I per la valutazione della Scala del livello di Funzionamento della Personalità come descritta dal DSM-5 [1, pp. 900-903].
- Modulo II per la valutazione dei cinque domini e dei 25 tratti patologici della personalità elencati e definiti nel DSM-5 [1, pp. 904-906].
- Modulo III per la valutazione della possibile presenza dei sei disturbi di personalità specifici.

Ciò che interessa in questo lavoro è il Modulo I [18] che registra, appunto, la valutazione della gravità o meno della compromissione del funzionamento della personalità (sé e interpersonale) secondo la Scala del livello di funzionamento della personalità (*Level of Personality Functioning Scale*, LPFS), presentata nel DSM-5 [1, pp. 900-903].

Questa intervista strutturata si divide nei quattro Domini dell'Identità, Autodirezionalità, Empatia e Intimità identificati per valutare il funzionamento della personalità. Per ognuno, sono state identificate delle domande (oltre a quelle che completano un Quadro generale della persona effettuate all'inizio dell'intervista e altre di *screening*) che indagano il funzionamento delle rispettive aree, dando al clinico la possibilità attraverso l'attribuzione di un punteggio a ogni risposta su una scala a cinque punti, di indicare un valore di gravità o meno della compromissione globale dell'individuo:

- Livello 0: "Nessuna o poca compromissione" (ossia, funzionamento sano, adattivo).
- Livello 1: "Lieve compromissione".
- Livello 2: "Moderata compromissione".
- Livello 3: "Grave compromissione".
- Livello 4: "Estrema compromissione".

5. Risultati

In questo articolo, abbiamo riportato un caso clinico di un uomo di 38 anni, celibe, impiegato informatico (postazione individuale) che è venuto a consultazione per un disturbo d'ansia con aspetti ipocondriaci e difficoltà relazionali. È stato somministrato prima il Test DPA e successivamente il Modulo I della SCID-5-AMPD.

Il Test DPA (Figura 1) ha riportato un funzionamento della personalità in generale lievemente compromesso nell'Area del Sé con una Dimensione dell'Identità pari a Punti T = 41 e la sottodimensione dell'Autostima maggiormente compromessa (AE: Punti T = 38), mentre la Dimensione Autodirezionalità pari a Punti T = 45 è quella che sembra funzionare come risorsa nella persona, in particolare nella Sottodimensione Standard e valori interni (ST: Punti T=49). Una forte caduta lungo il *continuum* del funzionamento della personalità è, invece, nella Dimensione dell'Intimità pari a Punti T = 32 nella quale, in particolare, risulta estremamente compromessa la sottodimensione Desiderio di Vicinanza (DV: Punti T = 25). Anche la Dimensione Empatia pari a Punti T = 43 si ritrova nella parte a sinistra del *continuum* ipotizzando un affaticamento della persona anche rispetto a questa competenza e portando l'Area Interpersonale a essere comunque l'ambito maggiormente compresso. Ciò in linea con il disturbo relazionale espresso dal paziente. La Desiderabilità Sociale (Punti T = 45) evidenzia un atteggiamento di apertura del soggetto nei confronti del Test.

Fig. 1. Caso clinico:
 Profilo Grafico*
 Test DPA-Dimensional
 Personality
 Assessment [19].
 Copyright© 2019.
 Giunti Psychometrics
 S.r.l. - Firenze



*Lo spettro di valori va da 25 a 75 punti T.

L'intervista clinica strutturata **SCID-5-AMPD-Modulo I**, ha evidenziato un punteggio globale del funzionamento della personalità a metà tra un livello di lieve e moderata compromissione (Punteggio 1,49). Di seguito, i domini e sottodomini con i rispettivi valori:

Punteggi del sottodominio dell'Identità	
Senso di sé	1
Autostima	2
Gamma dell'esperienza emotiva e regolazione	1
Sommare questi punteggi e dividere per 3 Totale Dominio Identità	1,33
Punteggi del sottodominio dell'Autodirezionalità	
Capacità di perseguire obiettivi significativi	1
Standard interni di comportamento costruttivi e prosociali	0
Capacità autoriflessive	2
Sommare questi punteggi e dividere per 3 Totale Dominio Autodirezionalità	1
Punteggi del sottodominio dell'Empatia	
Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni	2
Tolleranza di prospettive differenti	1
Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri	1
Sommare questi punteggi e dividere per 3 Totale Dominio Empatia	1,33
Punteggi del sottodominio dell'Intimità	
Profondità e durata del rapporto con gli altri	2
Desiderio e capacità di vicinanza	3
Reciprocità del rispetto che si riflette nel comportamento interpersonale	2
Sommare questi punteggi e dividere per 3 Totale Dominio Intimità	2,33
LIVELLO GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ (Sommare i totali dei Domini e dividere il TOTALE per 4)	1,49

Possiamo osservare dai risultati di entrambi gli strumenti utilizzati, una visione concorde del funzionamento della personalità come lievemente compromessa. Si è evidenziato un funzionamento in generale faticoso da parte della persona con una caduta specifica nell'area Interpersonale, nella Dimensione Intimità (moderatamente-grave) e in particolare nella Sottodimensione Desiderio e capacità di vicinanza (DPA: Punti T = 25; SCID-5 AMPD Modulo I: punteggio = 3). I risultati di entrambi gli strumenti valutativi utilizzati rispetto all'area del Sé, fanno ipotizzare un affaticamento nella Dimensione Identità, in particolare nella Sottodimensione Autostima; mentre l'aspetto evidenziato come risorsa da entrambi gli strumenti è la Sottodimensione Standard e valori interni della Dimensione Autodirezionalità (DPA: Punti T = 49; SCID-5 AMPD Modulo I: punteggio = 0) che fa ipotizzare anche un probabile atteggiamento collaborativo e onesto del paziente e quindi un elemento positivo per l'alleanza terapeutica. Un risultato del genere, insieme con altre valutazioni, ha reso

più chiara e mirata la progettazione di un piano d'intervento con un focus specifico, fatta in alleanza diagnostica con il paziente che ha osservato e si è riconosciuto nel risultato del profilo grafico del DPA (Figura 1).

6. Discussione

Nel presente caso clinico sono emersi dati che convergono sui vari elementi facilitando la pianificazione di un trattamento personalizzato. È da ipotizzare che possa non essere sempre così, permettendo, in altri casi, di poter cogliere divergenze o differenze per impostare un trattamento il più corretto possibile e lavorando in collaborazione con il paziente.

Seppur strumenti diversi (un questionario statisticamente validato autosomministrato dal paziente stesso e un'intervista clinica strutturata costituita da un elenco di domande già delineate in tutto e per tutto che il clinico deve porre al paziente al fine di ottenere quelle informazioni che gli consentano la valutazione), ognuno con i propri pro e contro (Tabella 3), abbiamo ipotizzato i possibili vantaggi che potranno esserci dall'esito del progetto di ricerca. Nel caso sarà confermata da un punto di vista statistico, una convergenza di risultati, il Test DPA, in alcune situazioni, potrebbe essere utilizzato come strumento di *screening*, oppure lì dove la valutazione del funzionamento della personalità attraverso la SCID-5-AMPD-Modulo I dovesse dare dei dubbi, il Test DPA potrebbe essere utilizzato per un supporto informativo.

Tab. 3. Pro e Contro di due strumenti diagnostici: intervista e questionario [12, Tabella 28, p. 146]

Interviste (semi) strutturate		Questionari autosomministrati	
Pro	Contro	Pro	Contro
Rilievo diretto e miglior qualità	Necessità di adeguata conoscenza del criterio dell'informazione di riferimento	Economicità e semplicità	Soggettività dell'informazione
Possibilità di approfondimento diagnostico	Necessità di training e di requisiti specifici da parte del clinico	Assenza di distorsioni sistematiche legate alla somministrazione	Distorsioni soggettive culturali, attentive, cognitive, da <i>compliance</i>
Possibilità di controllo di fonti soggettive di distorsione	Possibilità di distorsioni legate alla soggettività del clinico, in aggiunta alle fonti di errore casuale	Assenza di distorsioni sistematiche legate alla interpretazione	Impossibilità di approfondimento diagnostico
Maggiore rispondenza item-domanda-criterio	Tempo richiesto dall'intervista	Assenza di distorsioni legate all'attesa dell'intervistatore	Possibile scarsa corrispondenza item-criteri
Maggior accuratezza diagnostica		Minor intrusività e maggior duttilità	Tendenza a generare falsi positivi
Relazione diretta. Il cliente si sente preso in considerazione come individuo			Scarsa relazione. È più difficile che il cliente si senta preso in considerazione come individuo

7. Conclusioni, limiti dello studio e possibili sviluppi futuri

Abbiamo potuto costatare, seppur un lavoro all'inizio, che utilizzare due strumenti validati e scientificamente riconosciuti per osservare lo stesso oggetto, in questo caso il funzionamento della personalità secondo il DSM-5 [1], consente di formulare ipotesi rispetto al processo diagnostico e alla possibilità di integrare due prospettive, quella del paziente e quella del clinico, al fine di ottenere una visione più completa del funzionamento di personalità dell'individuo e di pianificare un trattamento personalizzato, efficace ed efficiente. Nel caso clinico riportato, con tutti i limiti che ne conseguono essendo un solo caso clinico, abbiamo avuto una convergenza dei risultati dei due strumenti valutativi; potrebbe in altre valutazioni non essere così e in quel caso rappresenterebbe comunque un'opportunità clinica e diagnostica ancora più importante e interessante perché permetterebbe una tutela verso un possibile errore diagnostico e quindi di trattamento psicoterapico. Come sviluppi futuri, il progetto di ricerca mira all'utilizzo di entrambi gli strumenti, il Test DPA [19] e la SCID-5-AMPD Modulo I [34], su un numero di pazienti sufficiente per un'analisi statistica dei loro risultati, avendo l'ambizione, nel caso di una convergenza e concordanza diagnostica statisticamente riconosciuta, di rendere il Test DPA anche uno strumento di *screening* validato rispetto alla presenza o meno di un eventuale disturbo di personalità.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Trad. it. DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. 5. ed. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
2. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-346.
3. Morey, L. C., Bender, D., & Skodol, A. E. (2013). Validating the Proposed DSM-5 Severity Indicator for Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 729-735.
4. Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician Judgments of Clinical Utility: A Comparison of DSM-IV-TR Personality Disorders and the Alternative Model for DSM-5 Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 398-405.
5. Hopwood, C. J., Good, E. W., & Morey, L. C., (2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *Journal of Personality Assessment*, 9, 1-10.
6. Semerari, A., Colle, L., Pellicchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., et al. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations with Disorder Severity and Personality Styles. *Journal of Personality Disorders*, 28 (137), 1-16.
7. Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P. H., d'Angerio, S., Conti, M. L., et al. (2013). Differences between Axes Depend on where you Set the Bar. Associations among Symptoms, Interpersonal Relationship and Alexithymia with Number of Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 27, 371-382.
8. Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2016). *Integrated Treatment for Personality Disorder: A modular Approach*. New York: Guilford Press. Trad. it. Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
9. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.

10. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate: Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
11. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: L'aderenza veloce al trattamento*. Roma: Sovera.
12. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, I. (2006). *Psicodiagnosi integrata: Valutazione transittiva e progressiva del processo qualitativo e degli esiti nella psicoterapia pluralistica fondata sull'evidenza obiettiva*. Roma: Sovera Strumenti.
13. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *System of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. (9th ed.). New York: Oxford University Press.
14. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona...* Roma: Armando Editore Strumenti, vol. 3.
15. Norcross, J. C. (2011). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Ricerche scientifiche a prova di evidenza*. Roma: Sovera, 2012, vol. 1.
16. Norcross, J. C. (2011a). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. Roma: Sovera, 2012, vol. 2.
17. Dazzi, N. (2019). Incontro "intervista" con il Prof. Nino Dazzi. <https://www.dailymotion.com/video/x7e4pjn>, 2019/7/24.
18. First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2018a). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders – Module I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (SCID-5-AMPD)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. A. Fossati, S. Borroni, A. Somma (Eds.), *Intervista clinica strutturata per il Modello alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5® - Modulo I: Intervista clinica strutturata per la Scala del livello di funzionamento della personalità (SCID-5-AMPD)*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
19. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., & Giusti, E. (2019). *DPA - Dimensional Personality Assessment*. Firenze: Giunti Psychometrics.
20. Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). New York: Wiley.
21. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. Trad. it. Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica. Roma: Sovera Strumenti, 2017.
22. Muran, J. C., & Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press. Trad. it. L'alleanza terapeutica. Una guida Evidence Based per la pratica clinica. Roma: Sovera Strumenti, 2012.
23. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2014). *Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: Sovera Strumenti.
24. Rapanà, L., & Barbaranelli, C. (2019). DPA-Dimensional Personality Assessment. An Integrated Approach according DSM-5. Test innovativo di valutazione processuale della personalità, *Phenomena Journal*, 1 (1), 74-86.
25. Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
26. Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I., & Rents, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. *Journal of Academy of Marketing Science*, 24 (1), 3-16.
27. Bagozzi, R. P., & Heatherton, T. F. (1994). A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to state self-esteem. *Structural Equation Modeling*, 1 (1), 35-67.
28. Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13, 139-161.
29. Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.
30. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus (Version 8.0)* [computer software]. Los Angeles: Author.
31. Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2000). *BFQ. Big Five Questionnaire (2nd ed.)*. Firenze: Giunti Psychometrics.

32. Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Vecchione, M. (2008). *Big Five Questionnaire-2: Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
33. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). *The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care*. In M. E. Maruish, *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
34. First, M., B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2018). *User's Guide to Structured Clinical Interview for DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. A. Fossati, S. Borroni, A. Somma (Eds.), *Guida per l'intervistatore per l'intervista clinica strutturata per il modello alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5® (SCID-5-AMPD)*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.

ARTICOLO

Esiste ancora l'isteria? Prospettive diagnostiche in Gestalt Therapy

Rosaria Lisi¹

¹ Psicologa e psicoterapeuta Didatta Istituto di Gestalt Therapy HCC Kairòs (Ragusa, Roma, Venezia)



Citation

Lisi R. (2019).
Esiste ancora l'isteria?
Prospettive diagnostiche in Gestalt
Therapy
Phenomena Journal, 1, 30-36
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.37>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Rosaria Lisi
rosarialisi@gmail.com

Ricevuto: 26 aprile 2019

Accettato: 29 ottobre 2019

Pubblicato: 30 ottobre 2019

ABSTRACT

The article analyzes some motivations of the disappearance of hysteria, retracing the novelties of the Freudian theory of hysteria, comes to a phenomenological-relational reinterpretation of hysterical symptomatology, through the diagnostic categories of Gestalt Therapy. This perspective, which focuses on the experiences (and not on the symptoms) of the disease, allows to diagnose the pathology even when hidden by simulating other psychic pathologies to set the most suitable therapeutic path.

KEYWORDS

Hysteria. Psychotherapy. Gestalt Therapy. Phenomenological-relational diagnosis.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo analizza alcune delle motivazioni dell'apparente scomparsa della patologia e, ripercorrendo le novità della teoria freudiana dell'isteria, approda ad una rilettura fenomenologico-relazionale della sintomatologia isterica attraverso le categorie diagnostiche della Gestalt Therapy. Una tale lettura, che pone il *focus* sui vissuti (e non sui sintomi) della paziente, permette di diagnosticare la patologia anche quando si nasconde simulando altre patologie psichiche e di conseguenza di impostare il percorso terapeutico più idoneo.

PAROLE CHIAVE

Isteria. Psicoterapia. Gestalt Therapy. Diagnosi fenomenologico-relazionale.

1. Introduzione

Se oggi gli psicoterapeuti sono riconosciuti come 'professionisti dell'ascolto', se al colloquio tra paziente e medico è stato attribuito un valore terapeutico, il merito va anzitutto alla prima paziente della storia della psicoterapia: Bertha Pappenheim, universalmente conosciuta come Anna O., che impose al suo medico, Joseph Breuer, una nuova forma di cura da lei stessa battezzata *talking cure*. Nonostante l'importanza che ha rivestito l'isteria nella nascita e nello sviluppo della teoria psicoanalitica, gli autori di *Gestalt Therapy* [1], testo di riferimento per gli psicoterapeuti della Gestalt, pur dedicando molto spazio alla critica della psicoanalisi, riportano solo qualche ricorrenza del termine, dando quasi per scontato che il lettore intenda bene di cosa si tratti, e senza entrare nel merito della diagnosi e della terapia. Allo stesso modo, seppure negli ultimi anni stiamo assistendo alla rinascita della letteratura gestaltica in ambito psicopatologico [2] [3] [4], gli studi sulla diagnosi e la cura dell'isteria rimangono ancora molto esigui e difficilmente utilizzabili per l'attuale pratica clinica. Tuttavia, nello studio del clinico la modalità isterica continua a raccontare e ad esibire i propri sintomi, spesso 'simulando' altre patologie e causando significative difficoltà nell'impostazione del percorso terapeutico più idoneo. La sintomatologia isterica, inoltre, diventa particolarmente problematica per i terapeuti della Gestalt, i quali intuiscono che le 'classiche' tecniche terapeutiche della Gestalt Therapy (da ora in poi GT) risultano inefficaci, se non addirittura dannose.

Il presente articolo, dunque, intende offrire una risposta all'esigenza, nata dalle riflessioni e dal confronto con lo Staff didattico e clinico dell'Istituto di Gestalt Therapy HCC Kairòs (Scuola di Specializzazione in psicoterapia della Gestalt; sedi riconosciute: Ragusa, Roma e Venezia. Direttori: Giovanni Salonia e Valeria Conte), di una lettura diagnostica dell'isteria in ambito gestaltico [5] (Lisi, 2019), avendo come sfondo – e per certi versi tentando di far dialogare – la letteratura gestaltica e i copiosi contributi offerti dalla psicoanalisi. Parte del presente contributo si trova in un testo di recente pubblicazione [5].

Scomparsa o eclissi?

L'ambiguità semantica che il termine “isteria” ha ereditato dalla sua lunga storia si è risolta nello smembramento dei contenuti diagnostici, diventando quindi un termine ombrello per diversi disturbi mentali. Nonostante questa frammentarietà, non mancano i tentativi di identificare il *fil rouge* della complessa sintomatologia. Karl Jaspers, ad esempio, lo identifica nella “tendenza ad apparire piuttosto che ad essere” [7] (p. 478): da qui la continua falsificazione della propria immagine, la teatralità e la ricerca di spettacolarità. Angelo Pasetti, raffinato e acuto studioso della nosografia psicoanalitica, in una recente pubblicazione che raccoglie i suoi studi sull'isteria, sintetizza e delinea in modo chiaro i confini della patologia isterica, consegnandoci una descrizione che permette di inquadrare in modo immediato e chiaro le caratteristiche di questa patologia così sfuggente: “il termine ‘isteria’ è particolarmente adattabile. [...] Nella pratica, la diagnosi si effettua a prima vista in base ad alcune impressioni che saltano agli occhi. Isterico è colui che colpisce a causa del suo esibizionismo” [8] (p. 40). In *Teoria e pratica della Terapia della Gestalt*, testo fondativo della GT, si trova una delle definizioni più sintetiche e immediate di isteria, che si potrebbe applicare alla modalità isterica di tutte le culture (patriarcale e non) e di tutti i tempi: «nel comportamento isterico qualsiasi cosa può diventare momentaneamente pertinente (qui non mancano certo i sintomi sui quali il terapeuta possa esercitare la sua abilità interpretativa fino a restarne soddisfatto)» [1] (p. 268). Con questa lapidaria e chiara definizione (compreso l'ironico commento) i fondatori della GT, coerentemente con l'approccio fenomenologico adottato, hanno individuato ed efficacemente descritto il vissuto originario della modalità isterica, specificandone l'eziologia fenomenologica, ciò che muove ogni manifestazione comportamentale ed emotiva del soggetto con modalità isterica, dalle strategie seduttive alle azioni eclatanti, dalla dissociazione al sintomo somatico.

Dopo il 1987, anno in cui l'American Psychiatric Association (APA) ha espunto l'isteria dal novero dei disturbi mentali, nel *DSM-III* troviamo ancora qualche traccia della diagnosi isterica nel disturbo istrionico di personalità, oggi presente nella Sezione II del *DSM-5*, ma scomparso dall'elenco dei disturbi di personalità specifici nella Sezione III dello stesso manuale, in cui il Comitato Direttivo dell'APA propone un modello alternativo per la diagnosi e la concettualizzazione dei disturbi di personalità. L'isteria, inoltre, sembra scomparire anche in ambito psicoanalitico. “Succede per l'isteria – afferma Maj [9] (p. 10) – ciò che sta succedendo per la schizofrenia,

tutti pensano di possederne il concetto, ma poi, quando si tratta di tradurlo in termini operativi, ci si accorge che esso sfugge”.

Nell'ultimo trentennio è emersa una generale convergenza nella distinzione tra isterici 'sani' e 'malati' [10] [11] [12] [13] [14]. Inoltre, molti autori hanno tentato di individuare le differenze tra disturbo isterico e disturbo istrionico di personalità [13] [15] [16] [17] [18] [19] [20]. Emerge la tendenza a considerare il disturbo isterico di personalità con la modalità più sana e meno compromettente per il funzionamento sociale e relazionale; il disturbo istrionico di personalità, invece, è considerato più grave e quindi più difficile da curare [19].

Alcuni autori sostengono che questa tendenza ad eclissare la patologia sia dovuta al senso dispregiativo che il termine ha avuto in passato [21] per indicare uno stato di inferiorità e una scarsa affidabilità delle donne. Nella nostra epoca, nella quale si tende ad un superamento di simili atteggiamenti e preconcetti, si è finito per utilizzare scarsamente il termine “isteria” anche in ambito diagnostico.

Altri studi hanno provato ad attribuire questa ‘inafferrabilità clinica’ dell'isteria al fatto che essa “prende la forma che interessa essenzialmente coloro – medici, psicoterapeuti, preti –la cui attenzione essa ricerca” [22] (p. 103). Semi [23] (p. 241) ha avanzato l'ipotesi che l'eclissi dell'isteria dal mondo psichiatrico e psicoanalitico moderno sia “una misura della resistenza attuale alla psicoanalisi”, anche se, sottolinea, è evidente “come proprio questa eclissi faccia parte delle caratteristiche fondamentali dell'isteria, grande simulatrice”.

Al di là delle diverse ipotesi, la pratica clinica attuale dimostra l'esistenza, ancora oggi, della patologia isterica, che da più studiosi è stata dichiarata ormai scomparsa: “nonostante la continua rimozione, l'isteria, altrettanto continuamente, ‘ritorna’, indossando maschere diverse dietro le quali, però, ritroviamo sempre la stessa malattia” [22] (p. 7).

L'attuale letteratura sull'isteria (soprattutto di stampo psicoanalitico) [24] [25] [26] [27] [28] è concorde nell'affermare che il sintomo isterico non è scomparso, ma è mutato nel tempo, in assonanza col mutare dei paradigmi scientifici [2], accentuando diverse forme della malattia, che si manifesta per identificazione o imitazione per tentare di lanciare un messaggio. Così l'isteria mostra il suo lato camaleontico, identificandosi col desiderio dell'altro, e, nella fattispecie, del clinico.

L'apparente scomparsa dell'isteria è da attribuire principalmente a due motivi. Il primo è di carattere sociologico. Il fatto che la diagnosi di isteria sia quasi del tutto scomparsa è comprensibile se si pensa alla ‘funzione’ che la modalità isterica ha nella società odierna. In accordo con la teoria di Juliet Mitchell, smettere di parlare di isteria significherebbe normalizzarne il comportamento isterico agli occhi della società, in cui la sindrome del Don Giovanni, che ne è un esempio, è oggi molto presente pur passando inosservata. Anche Sergio La Rosa [29] (p. 722) sostiene che la modalità isterica si trova “diluita nel mare della cultura post-moderna”, che incoraggia e riconosce come appropriata una varietà di usi e costumi nella misura in cui questi permettono al soggetto di raggiungere i propri obiettivi di manipolazione. L'autore nota

che i vantaggi della manipolazione, spesso coronata da successo nella nostra cultura, portano a non considerare l'isteria come patologia nella società contemporanea. La seconda – e più complessa – motivazione è di carattere metodologico. Presentando la sintomatologia isterica secondo la prospettiva fenomenologica della GT, si dimostrerà come l'eclissi dei sintomi isterici in ambito psicoanalitico e psichiatrico sia dovuta soprattutto agli strumenti di indagine e quindi alla differente prospettiva ermeneutica dei due approcci teorici. Il metodo descrittivo (della psichiatria) e il metodo interpretativo (della psicoanalisi) sono accomunati dall'utilizzo dell'osservazione come strumento diagnostico e dall'attribuzione al clinico di un sapere (e di un potere) superiore a quello che il paziente può avere su sé stesso. Per tali caratteristiche, entrambi i metodi si predispongono ad essere 'ingannati' dalla modalità isterica, la cui specificità è proprio quella di prendere "la forma che interessa essenzialmente coloro la cui attenzione essa ricerca" [22] (p. 103).

Dalla psicoanalisi alla Gestalt Therapy

L'antica ed imbarazzante accusa mossa da Kovel [30] (p. 174) secondo cui la Gestalt Therapy, a causa della sua enfasi sull'emotivo, "crea un'apertura alla mistificazione e alla possessione isterica" è stata acutamente studiata da due autrici, Clarkson e Mackewen [28], le quali, pur riconoscendo il rischio che le tecniche gestaltiche, se utilizzate senza una adeguata preparazione, possano condurre ad un quadro emotivo e comportamentale simile a quello isterico, precisano che le catarsi da queste provocate sono molto diverse dall'isteria come quadro sintomatologico. Per comprendere come la Gestalt Therapy non solo non *istericizzi* i pazienti, ma possa essere un approccio che riesca ad individuare il vissuto isterico e, di conseguenza, impostare il percorso terapeutico più adatto, bisogna tornare alla storia, al 1863, anno in cui Freud e Breuer pubblicano gli *Studi sull'isteria* [29], risultato del loro confronto personale e intellettuale, destinato a incrinarsi proprio con la stesura di questo lavoro e a partire dal trattamento e dall'analisi eziologica del caso originario, Anna O. Come si legge nel testo, Breuer fu costretto ad interrompere la terapia dopo essersi reso conto dell'intensa corrente affettiva che si era instaurata tra lui e la sua giovane paziente; rapporto che culminò nell'*acting out* – così lo definisce lo stesso Breuer – della paziente, che si precipitò sulle gambe del medico, il quale reagì allontanandola e interrompendo la terapia. Il grande merito di Freud fu quello di intuire che questo investimento affettivo, definito *transfert*, piuttosto che essere un ostacolo costituiva uno strumento terapeutico in quanto permetteva alla paziente di far emergere gli avvenimenti traumatici senza dover ricorrere all'ipnosi. Ben presto, tuttavia, i due brillanti studiosi viennesi interruppero la collaborazione a causa del disaccordo sull'eziologia dei sintomi isterici, attribuita dal giovane Freud ad un "trauma a sfondo sessuale in un periodo presessuale". Tuttavia, dopo quello di Anna O, il caso Dora (Ida Bauer) [31] è il secondo episodio di fallimento e di 'interruzione' che la storia delle origini della psicoanalisi racconta: se nella prima è il terapeuta a fuggire, nella seconda è la paziente stessa. È a partire da questi episodi che ci sembra utile indagare sui punti di fragilità del metodo psicoanalitico con l'isteria, mettendo in evidenza la novità an-

tropologica e – di conseguenza – clinica introdotta dalla GT, che permette di approdare ad una diversa ermeneutica e cura dell'isteria.

Gli studi portati avanti dall'Istituto GTK hanno dimostrato che è necessaria una rilettura della funzione-Personalità e di conseguenza dell'Edipo freudiano, per approdare ad una teoria evolutiva che sposti la responsabilità e l'eziologia della patologia dalle istanze psichiche interne (desiderio innato e universale dell'incesto) alla coppia genitoriale [32]. Questo nuovo modo di leggere le relazioni del Triangolo primario e del complesso di Edipo ha delle significative ricadute nella pratica clinica.

Alla luce degli studi evolutivi della Gestalt Therapy, si potrebbe dire che la fuga di Breuer e la lettura erotizzata del transfert di Dora da parte di Freud sono da attribuirsi non alla paziente isterica, ma ad un disturbo della funzione-Personalità dei due terapeuti.

Alcune psicoanaliste femministe attribuiscono i fallimenti di Freud ad una visione maschilista della sessualità femminile. Luce Irigaray, ad esempio, filosofa e psicoanalista francese, considera l'isteria come l'unica alternativa possibile che la donna della società patriarcale aveva al posto della repressione totale delle pulsioni: la donna si ritrovava a scegliere tra “censura radicale delle sue pulsioni ed il loro trattamento, conversione, in isteria”, ma in realtà, rivela acutamente l'autrice, “non si tratta del resto di una vera e propria alternativa perché un'operazione segue l'altra” [33] (p. 67).

Immaginando una conclusione diversa e terapeuticamente efficace nella relazione terapeutica tra Anna e Breuer, Salonia [34] (pp. 46-47) scrive:

Un gestaltista (molti anni dopo!) avrebbe chiesto alla paziente quali fossero i suoi vissuti e il senso di quel suo abbraccio. [...] Noi, da una prospettiva gestaltica, ci chiediamo (e l'avremmo chiesto a Freud!) se non sia stato il corpo di Freud, in un contesto repressivo, ad essersi impaurito.

Così anche per Dora. Nella stanza del terapeuta gestaltista – ormai priva del classico lettino – accade che: “alla richiesta del paziente di conoscere la verità su se stesso, il terapeuta può rispondere: ‘Tu mi chiedi la verità: io ti offro una relazione. Attraverso e dentro questa relazione potrai conoscerti’. Alla ricerca dell'*insight*, viene sostituita la ricerca dell'esperienza di contatto» [35] (p. 72). Se il lavoro ermeneutico si fonda non sul sapere unidirezionale del terapeuta, bensì sulla relazione, ecco che «il circolo ermeneutico si rimette in moto proprio a partire da una evidenza fenomenologica: la relazione è tale solo quando è bipolare, processo di cui le due alterità sono in qualche modo protagoniste» [36] (p. 65)

Si risana la frattura del circolo ermeneutico attraverso il recupero della sua natura schiettamente dialogica in quanto, come scrive Salonia, “la verità si consegna alla relazione, in una visibilità accessibile” [31] (p. 23), non più esclusiva proprietà del terapeuta ma appartenente a quella ‘terra di tutti’, o ‘terra di nessuno’ [37], che si colloca in quell'ovvio fenomenologico costituito dalla profondità della superficie.

Conclusioni

Il presente lavoro rappresenta il tentativo di spiegare le possibili motivazioni dell'apparente scomparsa dell'isteria mettendo in luce come la modalità relazionale isterica continua ad essere presente nell'attuale panorama psicopatologico. Inoltre, seppur brevemente, dimostra come la prospettiva gestaltica, ponendo il *focus* sui vissuti (piuttosto che sui sintomi) e sulla valenza terapeutica della relazione (piuttosto che sull'interpretazione dei contenuti o delle azioni del paziente), permette sia di diagnosticare la patologia anche quando si nasconde simulando altre sofferenze psichiche, sia di impostare un percorso terapeutico più rispettoso e di conseguenza più funzionale per la cura della sofferenza dei pazienti con modalità relazionale isterica [5].

BIBLIOGRAFIA

1. Perls, F., Hefferline, F., & Goodman, P. (1994). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the Human Personality*. Highland (NY): The Gestalt Journal Press.
2. Salonia, G., Conte, V., & Argentino, P. (2013). *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
3. Dreitzel, H. P. (2010). *Gestalt and Process. Clinical Diagnosis in Gestalt Therapy. A field guide*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
4. Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (A cura di). (2014). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: Franco Angeli.
5. Lisi, R. (2019). *Gestalt Therapy e Isteria. Quando tutto è pertinente*. Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
6. VEITH, I. (1965), *Hysteria: The History of a Disease*, Chicago: The University of Chicago Press;
7. SCULL, A. (2009) *Hysteria. The Biography*, Oxford: Oxford University Press.
7. JASPERS, K. (1964), *Psicopatologia generale (1913-1959)*, Roma: Il Pensiero Scientifico.
8. PASETTI, A. (2012), *Personalità isteriche. Dalla diagnosi alla terapia*, Milano: Franco Angeli.
9. Maj, M. (2002). Perché l'isteria: note introduttive. In G. Mattioli, & F. Scalzone (A cura di), *Attualità dell'isteria, malattia desueta o posizione originaria?* (pp. 9-11). Milano: Franco Angeli.
7. Baumbacher, G., & Amini, F. (1980-81). The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, 501-532.
8. Blaker, K. H., & Tupin, J. P. (1991). Hysteria and Hysterical Structure. Developmental and Social Theories. In M. J. Horowitz, *Hysterical Personality Style and the Histrionic Personality Disorder* (pp. 95-141). Northvale: Jason Aronson.
9. Chodoff, P. (1974). The diagnosis of hysteria: an overview. *American Journal Psychiatry*, 131, 1073-1078.
10. Easser, B. R., & Lesser S. R. (1965). Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390-405.
11. Wallerstein, R.S. (1980/81). Diagnosis revisited: the case of hysteria and hysterical personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, 533-548.
12. Kernberg, O.F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri.
13. Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory. Evolution and confusion. *Archives of General Psychiatry*, 25, 131-137.
14. Sugarman, A. (1979). The infantile personality: orality in the hysteric revisited. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 501-513.
15. Zetzel, E. R. (1968). The so-called good hysteric. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 256-260.
16. Gabbard, G. O. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2000).

17. Gabbard, G. O. (2016). *Trattamento dei disturbi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina.
18. Novais, F., Araújo, A., & Godinho, A. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers of Psychology*, 6, 1463.
19. Mattioli, G., & Scalzone, F. (A cura di) (2002). *Attualità dell'isteria, malattia desueta o posizione originaria?*. Milano: Franco Angeli.
20. Semi, A. A. (1995). Sull'isteria e l'identificazione isterica. *Rivista Psicoanalitica*, 2, 237-253.
21. Grose, A. (2016). *Hysteria today*. London: Karnak Books.
22. Bogousslavsky, J. (A cura di). (2015). *Hysteria: the Rise of an Enigma*. Basel: Karger.
23. Mentzos, S. (2015). *Hysterie: Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
24. Micale, M. S. (2008). *Hysterical Men: The Hidden History of Male Nervous Illness*. London: Harvard University Press.
25. Nannini, I. (2009). *Isteria/e*. Macerata: Simple.
26. La Rosa, S. (2014). L'isteria: definizione formale e tentativo di un approccio fenomenologico. Considerazioni psicopatologiche. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (A cura di). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica* (pp. 719-731). Milano: Franco Angeli.
27. Kovel, J. (1991). *A complete guide to therapy*. London: Penguin.
28. Clarkson, P., & Mackewen, P. (2003). *Fritz Perls*. London: Sage Publications Ltd.
29. Freud, S. (1989). Studi sull'isteria e altri scritti. 1886-1895. In S. Freud, *Opere*, IV. Torino: Bollati Boringhieri. (ed. or. 1940).
30. Ugolini, P. (2012). *I percorsi dell'isteria*. Roma: Prospettiva editrice.
31. Freud, S. (2014). *Isteria e angoscia. Il caso di Dora. Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
32. Salonia G., & Sichera A. (2013). Edipo dopo Freud. *GTK-books*, 01, Ragusa.
33. Irigaray, L. (1975). *Speculum. L'altra donna*. Milano: Feltrinelli.
34. Salonia, G. (2019). Saggio introduttivo, in Lisi, R., *Isteria e Gestalt Therapy. Quando tutto è pertinente*. Trapani: Pozzo di Giacobbe.
35. Salonia, G. (2001), Tempo e relazione. *L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della psicoterapia della Gestalt*, in Spagnuolo Lobb, M. (ed.), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*, Milano: Franco Angeli.
36. Sichera, A. (1991), *Ermeneutica, Gestalt Terapia e testo letterario. Per una diversa lettura dell' "umorismo" pirandelliano*, in «Quaderni di Gestalt», 13, 63-77.
37. Salonia, G. (2011), *Sulla felicità e dintorni*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Alle radici del senso di Sé: Proposte per uno studio sull'emergere della consapevolezza corporea nella prima infanzia

Alfonso Davide Di Sarno¹, Vania Costa¹, Rita Di Gennaro¹, Giuseppina Di Leva¹,
Irene Fabbicino¹, Daniela Iennaco¹, Teresa Longobardi¹, Martina Messina¹, Enrico Moretto¹,
Lucia Luciana Mosca¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata, Torre Annunziata, Napoli



Citation

Di Sarno A. D., Costa V., Di Gennaro R.,
Di Leva G., Fabbicino I., Iennaco D.,
Longobardi T., Messina M., Moretto E.,
Mosca L. L. (2019).
Alle radici del senso di Sé:
Proposte per uno studio sull'emergere
della consapevolezza corporea
nella prima infanzia
Phenomena Journal, 1, 37-46
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.50>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Alfonso Davide Di Sarno
alfonsodavide.disarno@outlook.it

Ricevuto: 15 maggio 2019

Accettato: 31 ottobre 2019

Pubblicato: 2 novembre 2019

ABSTRACT

To define the Self is extremely complex, because the same nature of the object that we propose ourselves to study, if it is relatively difficult to say what is not, the task to explain it becomes extremely arduous if we try to define what it is. The more developed and known field of the neuroscience is in fact the one that studies the phenomenon of the conscience and the sense of himself on the pathological depositor, when as a result of cerebral lesions, degenerative diseases and/or incidents events some part of the brain, as a result of the damage, become inactive, creating a structural change of the cerebral functions, the emotional management and the identity. The study of the conscience and emerging of Self has always implied a "reduction": the identity, is reduced to an artifact semantic linguistic/or a function of self monitoring. In this article some of the most credited theories about the emerging of the self awareness in early childhood and its neurobiological basis are brought back, in order to succeed to define in which way these theories have influenced the way we conceive the psychopathogenesis and the modalities of treatment tied to psychic disorders.

KEYWORDS

Sense of Self, neuroscience, embodiment, body awareness.

ABSTRACT IN ITALIANO

Definire il Sé è estremamente complesso, per la natura stessa dell'oggetto che ci proponiamo di studiare, poiché se è relativamente difficile dire cosa *non* è, il compito diviene estremamente arduo se si prova a definire cosa è. Il settore delle neuroscienze più sviluppato e conosciuto è in effetti quello che studia il fenomeno della coscienza e del senso di sé sul versante patologico, quando a seguito di lesioni cerebrali, malattie degenerative e/o eventi incidentali alcune parti del cervello, a seguito del danno, divengono inattive, andando a configurare un cambiamento strutturale delle funzioni cerebrali, della gestione emotiva e dell'identità. Lo studio della coscienza e dell'emergere del Sé ha sempre implicato una "riduzione". Questi concetti vengono ridotti ad artefatto linguistico/semantico o ad una funzione di automonitoraggio. Per arrivare a definire questi concetti, appare necessario studiare la consapevolezza corporea, ossia la percezione di possedere il proprio corpo e tutte le parti che lo compongono, che per necessità di studio viene divisa in schema e immagine corporea: lo schema percettivo legato al processo di localizzazione spaziale compiuto dal sistema nervoso, inconsapevole, e la rappresentazione conscia delle caratteristiche percepite del proprio corpo. In questo articolo vengono riportate alcune delle più accreditate teorie concernenti l'emergere dell'autoconsapevolezza nella prima infanzia e i suoi correlati neurobiologici, per poi arrivare a definire in che modo queste teorie hanno influenzato il modo di concepire la psicopatogenesi e le modalità di trattamento legate a disturbi psichici.

PAROLE CHIAVE

Senso di Sé, neuroscienze, embodiment, consapevolezza corporea.

Introducendo la questione: alle origini del Sé

Il Sé può essere definito come un *“costrutto cognitivo e sociale, che si crea nell'interazione con le persone di riferimento importanti, quali genitori e coetanei”* [1] (Harter, 1999). Da queste relazioni si sviluppa questa istanza psicologica le cui peculiari funzioni consentono all'individuo di integrare le proprie esperienze, sia tracciando un confine tra l'individuo e ciò che appartiene alla realtà esterna e l'altro da sé, sia assicurando il continuum tra esperienze che avvengono in tempi diversi.

La definizione di questo costrutto è particolarmente ardua, poiché si pone all'interno del paradosso formulato nel 1746 da Hume, citato a sua volta da Harré per cui il Sé che è oggetto della ricerca è allo stesso tempo il Sé che cerca, per cui il contatto introspettivo con se stessi risulta impossibile. Harré [2] si pone questo problema teorizzando il sé non come un'entità psichica ma come un insieme di attributi di una persona: una finzione grammaticale che definisce la percezione di sé stessi come collocati in uno spazio, incastonati in una rete sociale, possessori di un insieme unico di attributi. Scinde, quindi, questo costrutto scomponendolo in tre parti ben distinte: il Sé1, il Sé2 e il Sé3. Il Sé1 è *“L'idea del Sé come totalità mutevole di attributi personali”* (pp.15-16), il Sé2 è la totalità degli attributi di una persona, ivi incluse anche le credenze su sé stessi, mentre il Sé3 simboleggia il tipo di persona sulla base delle *“impressioni personali che produciamo negli altri. La persona diviene matematicamente rappresentabile come: Persona {SÉ1, SÉ2, SÉ3}.*

Il Sé si compone dunque, come già James affermava alla fine dell'800, di una parte individuale (*“Io”*) e una parte sociale (il *“Me”*, così come sono visto dagli altri). Molti autori sostengono che esso sia presente già sin dalle più precoci fasi della vita. In ambito psicodinamico il concetto di sé ha attraversato diverse fasi. Heinz Hartmann [3] criticò l'impiego aspecifico del termine *“Io”* (Ich) in psicoanalisi, operando una distinzione e rendendoli in questo modo indipendenti: L'Io diviene una struttura mentale atta a gestire le relazioni con l'ambiente e il Sé diviene l'esperienza di essere una persona, un'entità indipendente. Jervis [4], sostiene che fu Winnicott il primo psicoanalista ad introdurre il concetto di *“self”*. Winnicott, infatti, riteneva che il lattante possedesse già la capacità di interagire con la madre sin dai primi giorni di vita e asserì che fosse possibile, per l'infante, sperimentare una stabilità dell'essere solo se la madre con la propria presenza fosse stata capace di sostenerlo, di gratificarlo e di predisporre il supporto necessario al corretto sviluppo del bambino: interazioni precoci buone permettono che il vero Sé emerga.

Fu il movimento Psicoanalitico dell'Infant Research che, studiando l'interazione madre-bambino attraverso metodiche sperimentali, dimostrò l'esistenza nel bambino della capacità e del bisogno di relazionarsi con le figure di attaccamento, confutando le teorie precedenti che volevano il neonato indistinto dalla madre nelle prime fasi della vita e incapace di relazionarsi, chiuso in un primordiale stato di autismo [5]. Massimo esponente di questo movimento fu senza dubbio Daniel Stern che, seguendo un'ottica interpersonale, fece riferimento ad una organizzazione psichica globale complessa e descrisse in maniera precisa 5 sensi del Sé (il senso di un Sé emergente, il senso di un Sé nucleare, il senso di un Sé soggettivo, e successivamente il senso di

un Sé verbale e narrativo), definendone i campi di esperienza soggettiva e sociale/interpersonale. La costruzione del senso di Sé si delineerebbe nella misura in cui l'individuo inizia a fare esperienza di sé come di un'entità fisica, provvista di confini. Il Sé acquisirebbe progressivamente lo status di "entità esistenziale", che si definisce attraverso azioni che partono dalla propria corporeità, in relazione alle coordinate spazio-temporali che rintraccia nel mondo esterno e nei movimenti degli altri individui – che a loro volta assumono nuove qualità – divenendo entità stabili e dotate di coesione, che si muovono in rapporto e indipendentemente da lui e, più in generale, rispetto agli altri elementi che si delineano come sfondo della propria esistenza [6, 7, 8].

La Consapevolezza corporea

Il punto di partenza appare essere dunque la consapevolezza corporea che, ricalcando il pensiero di Gallagher [9], è definibile come la percezione di possedere il proprio corpo e tutte le parti che lo compongono. Essendo questa definizione estremamente ampia e onnicomprensiva è possibile fare riferimento alla classica suddivisione concettuale tra lo schema corporeo e l'immagine corporea [10]. Il primo è un modello senso motorio dinamico che permette di operare e monitorare movimenti corporei, essendo dinamicamente plastico e caratterizzato dall'integrazione multisensoriale; viene legato alla propriocezione, fondamentale meccanismo implicato negli aggiustamenti posturali e più in generale nell'esecuzione di movimenti, pur non esaurendosi in questo. Il secondo, l'immagine corporea, è invece concettualizzato come la rappresentazione conscia delle caratteristiche percepite del corpo [11]: è il *Korper*, il corpo-oggetto, anatomico, che risponde a certe misure e che occupa un determinato spazio, così come definito da Husserl [12]. Dall'interconnessione dinamica di questi due aspetti si struttura il sentimento di possedere ed essere corpo, che interagendo nel mondo esterno, supportato dai sistemi di rappresentazione spaziale e motoria, struttura l'esperienza di sé come entità fisica che agisce.

In questo senso, dunque, il fenomeno della coscienza è da tenere distinto da quello delle funzioni mentali in senso stretto, ed è definibile come la funzione della mente umana che riceve, processa e conserva informazioni in una elaborazione gerarchico - dinamica e che può essere così descritto: i sensi permettono alla mente di ricevere informazioni, cui seguono la processazione emotiva e la significazione di questi dati, che vengono poi ritenuti o esclusi dal processo di archiviazione mnestico. La consapevolezza risulta, quindi, essere una delle componenti di cui la coscienza è composta, definibile a sua volta come contenuto della coscienza, che percepisce ciò che scaturisce dalla vita interiore – come pensieri, immaginazione ed emozioni – così come i dati sensoriali provenienti dalla realtà esterna [13]. La coscienza (consciousness), attraverserebbe dunque un processo continuo di auto-creazione che si genera dal costante processo di auto-consapevolezza, andando a configurare un atto di auto-osservazione [14], permettendo di descrivere la coscienza come "consapevolezza della consapevolezza".

Gallese rintraccia nella consapevolezza corporea di sé il probabile nucleo delle di-

verse forme di auto-coscienza: in principio vi è il corpo e il movimento. In quest'ottica stressa il concetto di propriocizione, che viene generalmente posto alla base della consapevolezza corporea, ma che tuttavia, oltre al dare informazioni concernenti lo stato e i movimenti corporei, non offre indicazioni riguardo le possibilità motorie legate all'azione, che sarebbe un livello di consapevolezza primitivo e non-riflessivo: la consapevolezza corporea non è relegabile ai confini della nostra pelle, ma dovrebbe essere considerata nei termini di "possibilità di azione". Le azioni intenzionali, divengono consapevoli attraverso il supporto e il rispecchiamento con il corpo degli altri, permettendo la prima distinzione tra azioni proprie ed altrui, come confermato dall'attivazione dei neuroni specchio che risulta maggiore quando si ripete un'azione è ripetuta oltre che osservata.

Il correlato neurale della rappresentazione corporea è stato identificato in due network cerebrali: quello del controllo senso-motorio e quello Fronto - Parietale [15]. Il network del controllo senso-motorio, la cui struttura prevede le regioni corticali motorie e somatosensoriali, i gangli della base, il talamo e il cervelletto, ha la peculiarità di essere largamente sviluppato sin dall'età di 2 anni ed è implicato nel controllo e nella correzione dei movimenti mentre questi sono in esecuzione. Il network Fronto - Parietale si estende dal Giro Frontale Inferiore alla Corteccia Parietale Posteriore che, integrando le informazioni provenienti dall'ambiente e i dati fisici provenienti dal corpo in un unico percetto, fornisce una rappresentazione del proprio corpo in relazione al proprio contesto ed all'ambiente circostante [16]. Il network Fronto - Parietale, diversamente da quello somatosensoriale, ha un processo di sviluppo sensibilmente più lungo. Attraverso fMRI è stato, infatti, possibile dimostrare che la sua strutturazione si estende oltre l'adolescenza arrivando fino all'età adulta. Un esperimento realizzato attraverso questa metodica su 432 bambini normali tra i 4,5 e i 21 anni ha permesso di confermare queste osservazioni, dimostrando che i fascicoli di materia bianca continuano a maturare oltre l'adolescenza suggerendo che, nonostante sin dalla prima infanzia le regioni sensorie e motorie siano già largamente sviluppate rispetto al network Fronto - Parietale, non siano ancora adultiformi; laddove, invece, i network cognitivi di livello superiore sono ancora immaturi durante la prima infanzia, mostrando un sensibile incremento di densità della materia grigia durante il periodo dell'adolescenza [17]. Un'ulteriore ricerca [18] che si è avvalsa dell'fMRI per analizzare le risposte cerebrali di giovani volontari bendati mentre eseguivano o immaginavano di eseguire movimenti con la mano destra, ha permesso di identificare le regioni cerebrali che si attivano durante questo tipo di compito, confermando la predominanza dell'emisfero destro e il ruolo del network fronto-parietale inferiore destro connesso al Fascicolo longitudinale superiore III nella consapevolezza corporea, permettendo di ipotizzare che questo network monitori il sistema muscolo-scheletrico, costruendo e aggiornando lo schema corporeo. Il nostro essere nello spazio in quanto esseri corporei è strettamente collegato al movimento ed alla possibilità potenziale di manipolare l'ambiente circostante motivati da un'intenzionalità motoria.

Lo studio della consapevolezza corporea è di particolare interesse per quanto con-

cerne la clinica, basti pensare a tutti quei fenomeni legati a deficit della consapevolezza corporea a seguito di lesioni cerebrali come la somatoparafrenia, il neglect o l'anosognosia, fino ad arrivare a disturbi dello spettro schizofrenico. I disturbi della consapevolezza corporea sono strettamente legati al concetto di "*Embodiment*", inteso come unione inscindibile di corpo vissuto e corpo fisico, che non è dunque semplicemente relegato all'interno della nostra pelle o del cervello, ma include elementi o oggetti dell'ambiente che vengono inseriti nella propria esperienza corporea, incarnandosi. Nel noto esperimento utilizzato per studiare il fenomeno, l' "*Illusione della mano di gomma (rubberhandillusion)*" [19], che produce un'esperienza di alterazione del sé corporeo. A dieci volontari sani venne chiesto di posizionare la propria mano sinistra frontalmente su un tavolo e fu collocato un ostacolo, in modo che i soggetti non potessero vedere la propria mano. Nella zona visibile venne invece collocata una mano di gomma, di fattezze analoghe a quelle della mano nascosta. Toccando contemporaneamente con un pennello la mano nascosta e la mano di gomma, visibile alla persona, quest'ultimo sperimenta l'illusione che la mano finta sia la sua vera mano, su cui esperisce la sensazione tattile provocata dal pennello. Alla richiesta di indicare con l'indice destro la posizione della propria mano sinistra, i soggetti indicavano la mano finta. La mano di gomma è percepita come "*incorporata*", rendendo chiaro come l'Embodiment sia collegato alla consapevolezza corporea in una duplice modalità sia percettiva che motoria, in quanto l'oggetto viene incorporato sia nell'immagine corporea dell'individuo, sia nello schema corporeo come propria estensione corporea [20]. La mano di gomma, seppure fisicamente staccata dal corpo diviene il centro dell'esperienza percettiva, entrando a far parte del corpo dell'individuo, mentre la mano reale rimane in uno stato di abbandono, esclusa dal campo della consapevolezza. Ricerche empiriche hanno permesso di strutturare un modello neurocognitivo che pone in risalto come la sensazione di possedere un corpo sorga dall'interazione tra input multisensoriali e il modello interno del corpo [21], per cui, se la mano finta viene posta in una posizione differente o viene sostituita con qualsivoglia altro oggetto, il processo di embodiment verrebbe a mancare. Questo modello presuppone un prototipo corporeo pre-esistente e una rappresentazione posturale e anatomica che moduli l'integrazione delle informazioni sensoriali, coinvolgendo il network Temporo - Parietale destro che è implicato nella valutazione dell'incorporabilità di un elemento esterno e l'Insula posteriore destra coinvolta nell'esperienza soggettiva di possesso del proprio corpo. Il fallimento di questo processo porterebbe al fenomeno di "*Disembodiment*" e di diminuita autoconsapevolezza esperita nella schizofrenia [22].

Lo studio di Ebisch et al. [23] ha permesso di evidenziare l'importanza dell'insula nel processo di "*body ownership*" (senso di appartenenza corporea). Quest'ultimo si è avvalso dell'uso dell'fMRI su una popolazione di pazienti all'esordio schizofrenico che mostravano una ridotta attivazione della corteccia premotoria ventrale a seguito dell'osservazione di esperienze tattili. In questi soggetti non si riscontrava la disattivazione dell'insula posteriore nell'osservare l'esperienza tattile altrui, permettendo di ipotizzare che nell'esperienza schizofrenica non avvenisse la differenzia-

zione dell'esperienza dell'essere toccati dall'osservazione dell'esperienza tattile altrui. I confini corporei e la percezione di possesso del proprio corpo risulterebbero instabili e indefiniti, non permettendo la discriminazione delle esperienze. Secondo Stanghellini [22] la crisi dell'Ipseità, il senso di esistere implicito, pre-riflessivo, non-concettuale, come soggetto di consapevolezza è l'evidente espressione del vissuto schizofrenico, deprivato della possibilità di vivere percezioni ed emozioni come se fossero proprie. Una perdita di presenza corporea che si generalizza e si estende al mondo circostante e che non essendo in diretta correlazione con il corpo del paziente schizofrenico è svuotato di ogni significato e praticità, per cui, gli stessi oggetti, lungi dall'essere inteso in maniera metaforica, sono privati del loro significato ordinario e quindi della possibilità di essere presi ed utilizzati. La relazione tra disturbi della consapevolezza corporea e intersoggettività è in questo senso spiegata da una strutturazione deficitaria del senso di sé. Studi di neuroimaging [24] hanno permesso di dimostrare che lo stesso avviene per quanto concerne vissuti emotivi, ossia quando si osservano emozioni espresse da altri è possibile osservare attività di rispecchiamento simili a quelle che avvengono per le azioni fisiche, per cui si assiste all'attivazione delle stesse aree cerebrali dell'individuo, come se esperisse quel determinato vissuto in prima persona. L'embodiment appare, dunque, una condizione fondamentale perché possa delinearsi una consapevolezza corporea, portando alla conclusione che la cognizione stessa si formi proprio a partire dall'esistenza corporea [25]. Secondo questo approccio che concerne l'“*incarnazione*” di processi mentali, le strutture cerebrali implicate nell'organizzazione dell'esecuzione motoria di azioni sono coinvolte anche nella comprensione semantica delle espressioni linguistiche che descrivono quella determinata azione. Infatti, è stato provato sperimentalmente come la lettura passiva di parole attivi la corteccia frontale sinistra inferiore e vi sia un'attivazione della corteccia motoria e premotoria, evidenziando che l'attivazione della corteccia motoria primaria non sia necessariamente legata alla nominazione e/o ad un compito linguistico connesso all'azione motoria, ma sia attivata dalla parola stimolo in sé, semplicemente percepita nella lettura passiva [26].

Conclusioni

Seppure i concetti di Embodiment, consapevolezza corporea e del senso di sé, siano stati ampiamente dibattuti e studiati, permangono delle zone d'ombra che non ne permettono una maggiore, completa e profonda comprensione. Approfondire la conoscenza relativa a come questi costrutti si strutturano e definiscono durante la prima infanzia potrebbe portare ad un avanzamento nella comprensione di come emergano nel bambino la consapevolezza corporea ed il senso di sé.

Studi recenti hanno utilizzato la metodologia della “rubberhandillusion” anche con bambini di età compresa tra i 4 e i 9 anni, mostrando delle notevoli differenze nella rappresentazione corporea tra bambini ed adulti. I risultati mostrano che i bambini si affidano maggiormente alla vista della mano piuttosto che alla posizione propriocettiva come gli adulti. Ripetendo lo stesso esperimento con bambini nel range di età di 10-13 anni è stato possibile definire che è orientativamente a 10 anni che i bambini

percepiscono la posizione della mano con un sistema adulti forme [27]. Una modalità efficace, seppur non priva di criticità, per comprendere i livelli di ampliamento di consapevolezza corporea di un bambino è attraverso lo studio sistematico dell'acquisizione e dell'ampliamento delle parole usate per identificare le parti del proprio corpo che compongono il vocabolario del bambino. Uno dei primi studi concernenti questo argomento investigò sistematicamente la comprensione dei vocaboli corporei chiedendo a dei bambini di età compresa tra gli 11 e i 25 mesi di indicare 20 diverse zone corporee su una bambola [28]. Per quanto importante questo studio ha permesso di porre in risalto alcune criticità legate agli esperimenti sulla consapevolezza di bambini in età prescolare: questi studi sono stati perlopiù condotti in setting laboratoriali, con esaminatori estranei, in un contesto quindi potenzialmente ansiogeno e poco familiare per il bambino, la cui performance poteva essere fortemente compromessa. Inoltre, veniva chiesto ai giovani soggetti di indicare parti del corpo di altre persone o di una bambola piuttosto che di sé stessi, non considerando che bambini al di sotto dei tre anni avrebbero potuto non ancora aver acquisito la capacità di vedere il simbolo oltre l'oggetto referente rappresentativo: la bambola non è solo un giocattolo, ma rappresenta anche una persona [29].

Proposte di Ricerca

Negli studi più recenti, qualsivoglia metodica o prova alternativa somministrata al bambino, come far applicare al soggetto un adesivo sulla parte del corpo che viene chiesta di localizzare sul proprio corpo dallo sperimentatore, è sempre accompagnata da un report del genitore sulle parole comprese dal proprio figlio, facilitando la comparazione con le conoscenze direttamente osservabili del bambino [30]. Seguendo quest'ottica, in uno studio recente, utilizzando i report dei genitori, sono state valutate 27 parti del corpo che sono comunemente comprese dai bambini [31]. I bambini in questione, venivano valutati sulla base delle parole legate a parti del corpo comprese riguardanti il proprio corpo, il corpo dell'altro e quelle che riuscivano a produrre, operando un'ulteriore distinzione tra parti visibili dalla propria prospettiva e non visibili. Seppure i bambini mostrino di essere coscientemente consapevoli delle taglie dei propri corpi nel loro terzo anno di vita in quanto ostacolo potenziale [32], questo studio dimostra che già approssimativamente intorno ai 18-20 mesi comprendono un elevato numero di parole che indicano parti del corpo, in special modo quelle che fanno riferimento al viso [33], sono facilitati nel compito se gli viene solo chiesto di comprendere piuttosto che di produrre etichette e/o parole e si rivela fondamentale l'aiuto e la presenza del genitore, che permette di creare l'ambiente adatto alla comprensione delle abilità linguistiche in via di sviluppo del bambino.

Gli studi finora riportati, pongono in luce quanto vi sia necessità di studiare approfonditamente la correlazione tra l'espansione del vocabolario linguistico-corporeo del bambino con la conseguente modificazione del proprio schema corporeo. Questo tipo di ricerca andrebbe condotto con bambini aventi differenti background culturali, in quanto bambini di classi economico sociali privilegiate potrebbero essere avvantaggiati per quanto concerne il linguaggio, non permettendo una valutazione statisti-

camente rilevante, e focalizzando ulteriormente l'attenzione sulla diade genitore-bambino, non coinvolgendo il genitore solo nel monitoraggio delle parole conosciute e comprese dal bambino, ma ponendo in luce il ruolo del tipo di interazione che intercorre e si instaura tra i due. In ragione di ciò, tenendo conto delle limitazioni e delle criticità che gli autori precedenti rilevano nei propri esperimenti, successivi studi saranno orientati ad integrare le modalità di ricerca sopracitate, con videoregistrazioni di una sessione di gioco e di interazione quotidiana, in un ambiente familiare al bambino, in modo da rispettare i canoni dell'osservazione naturalistica, che verranno poi analizzate e codificate attraverso strumenti standardizzati come l'AMIS Scale che valuta la responsività del caregiver, i comportamenti del bambino e della diade [34]. Il tipo di osservazione condotto coinvolgerà la madre previo screening clinico di ingresso, per appurare la possibile presenza di un disturbo clinico rilevante, e sarà di tipo non strutturato per ottenere dati che diano informazioni sulla diade, che includano il contesto, il processo e che tengano conto dei possibili fattori ambientali intervenienti [35]. A seguito della ripresa, alle madri verrà somministrata un'intervista semistrutturata auspicabilmente svolta attraverso la metodologia del Video-Stimulated Reflective Dialogue, per cui guardando insieme all'intervistatore parti del video della propria interazione con il bambino, potranno fornire il proprio punto di vista, arricchendo l'osservazione e mostrando una diversa angolazione e una chiave di lettura personale attraverso cui interpretare i dati rilevati dall'osservazione. Questa modalità permetterà di arrivare a definire in che modo e cosa della relazione diade incida sull'emergere della consapevolezza corporea del bambino ed in che modo la relazione con il caregiver favorisca questo processo.

Le ricerche neuroscientifiche sin ora citate pongono il movimento e l'intenzionalità alla base dell'emergere del sé per cui traslando questi concetti alla peculiare dinamica che si instaura nella diade madre-bambino, è possibile definire il loro muoversi nello spazio come un atto dinamico-relazionale che permette l'articolarsi della consapevolezza corporea. L'emergere della consapevolezza corporea del bambino è necessariamente mediata dalla consapevolezza e dal rapporto che il caregiver intrattiene con il proprio corpo, per cui concentrare l'osservazione su come la diade si muove armonicamente (o meno) risulta, seguendo quest'ottica, di cruciale importanza per definire l'emergere della consapevolezza, non come un fenomeno ascrivibile esclusivamente al bambino, ma definendolo come una costruzione relazionale emergente dalla relazione madre-bambino-ambiente.

Questo tipo di comprensione potrebbe portare ad una maggiore comprensione di come si instaurano patologie, oltre che gettare luce su fenomeni largamente discussi come la mente incarnata, l'embodiment, ma che tutt'ora permangono non chiaramente definibili.

BIBLIOGRAFIA

1. Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
2. Harré, R., & Mecacci, A. (2000). *La singolarità del sé: introduzione alla psicologia della persona*. Raffaello Cortina.
3. Hartmann, H. (1956). Evoluzione del concetto dell'Io nell'opera di Freud. Saggi sulla psicologia dell'Io.
4. Jervis, G. (1989). Significato e malintesi del concetto di «sé». M. Ammaniti (a cura di), *La nascita del sé*, 15-52.
5. Mahler, M. S., Ammaniti, M., Zambon, A., Pine, F., & Bergman, A. (1987). La nascita psicologica del bambino: simbiosi e individuazione. Boringhieri.
6. Stern D. N. (1982), "*Lo sviluppo precoce degli di Sé, dell'altro e si Sé-con-l'altro*", in Stern D.N., *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano, 1998.
7. Stern, D. N., Marghieri, L. B., & Biocca, A. (1998). Il mondo interpersonale del bambino. Bollati Boringhieri.
8. Stern, D. N. (1998). Prerequisiti evolutivi per il senso di un Sé narrativo. tr. it. in Stern DN *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, tr. it. a cura di Ammaniti e Dazzi, Cortina, Milano.
9. Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14–21. doi:10.1016/s1364-6613(99)01417-5
10. Head, H., & Holmes, G. (1912). Researches into sensory disturbances from cerebral lesions. *The Lancet*, 179(4611), 79–83. doi:10.1016/s0140-6736(01)64640-3
11. Gallese, V., & Sinigaglia, C. (2010). The bodily self as power for action. *Neuropsychologia*, 48(3), 746–755. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.038
12. Husserl, E. (1936), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore, 1961.
13. Vithoulkas, G., & Muresanu, D. F. (2014). Conscience and Consciousness: a definition. *Journal of medicine and life*, 7(1), 104.
14. Gargiulo, G. J. (2013). Some Thoughts About Consciousness: From a Quantum Mechanics Perspective. *The Psychoanalytic Review*, 100(4), 543–558. doi:10.1521/prev.2013.100.4.543
15. Fontan, A., Cignetti, F., Nazarian, B., Anton, J.-L., Vaugoyeau, M., & Assaiante, C. (2017). How does the body representation system develop in the human brain? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 24, 118–128. doi:10.1016/j.dcn.2017.02.010
16. Morita, T., Saito, D. N., Ban, M., Shimada, K., Okamoto, Y., Kosaka, H., ... Naito, E. (2017). Self-face recognition shares brain regions active during proprioceptive illusion in the right inferior fronto-parietal superior longitudinal fasciculus III network. *Neuroscience*, 348, 288–301. doi:10.1016/j.neuroscience.2017.02.031
17. Zielinski, B. A., Gennatas, E. D., Zhou, J., & Seeley, W. W. (2010). Network-level structural covariance in the developing brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(42), 18191–18196. doi:10.1073/pnas.1003109107
18. Amemiya, K., & Naito, E. (2016). Importance of human right inferior frontoparietal network connected by inferior branch of superior longitudinal fasciculus tract in corporeal awareness of kinesthetic illusory movement. *Cortex*, 78, 15–30. doi:10.1016/j.cortex.2016.01.017
19. Botvinick, M., & Cohen, J. (1998). Rubber hands “feel” touch that eyes see. *Nature*, 391(6669), 756–756. doi:10.1038/35784
20. De Vignemont, F. (2011). Embodiment, ownership and disownership. *Consciousness and Cognition*, 20(1), 82–93. doi:10.1016/j.concog.2010.09.004
21. Tsakiris, M. (2010). My body in the brain: A neurocognitive model of body-ownership. *Neuropsychologia*, 48(3), 703–712. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.034
22. Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8(1), 56–59. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00212.x
23. Ebisch, S. J. H., Salone, A., Ferri, F., De Berardis, D., Romani, G. L., Ferro, F. M., & Gallese, V.

- (2012). Out of touch with reality? Social perception in first-episode schizophrenia. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(4), 394–403. doi:10.1093/scan/nss012
24. Gallese, V., & Ferri, F. (2013). Jaspers, the Body, and Schizophrenia: The Bodily Self. *Psychopathology*, 46(5), 330–336. doi:10.1159/000353258
25. Gallagher S., Zahavi D. (2009), *La mente fenomenologica*. Raffaello Cortina Editore Milano.
26. Hauk, O., Johnsrude, I., & Pulvermüller, F. (2004). Somatotopic Representation of Action Words in Human Motor and Premotor Cortex. *Neuron*, 41(2), 301–307. doi:10.1016/s0896-6273(03)00838-9
27. Cowie, D., Sterling, S., & Bremner, A. J. (2016). The development of multisensory body representation and awareness continues to 10 years of age: Evidence from the rubber hand illusion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 142, 230–238. doi:10.1016/j.jecp.2015.10.003
28. Witt, A., Cermak, S., & Coster, W. (1990). Body Part Identification in 1- to 2-Year-Old Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(2), 147–153. doi:10.5014/ajot.44.2.147
29. DeLoache, J. S. (2000). Dual Representation and Young Children's Use of Scale Models. *Child Development*, 71: 329–338. doi:10.1111/1467-8624.00148
30. Brownell, C. A., Nichols, S. R., Svetlova, M., Zerwas, S., & Ramani, G. (2010). The Head Bone's Connected to the Neck Bone: When Do Toddlers Represent Their Own Body Topography? *Child Development*, 81(3), 797–810. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01434.x
31. Waugh, W. E., & Brownell, C. A. (2014). Development of body-part vocabulary in toddlers in relation to self-understanding. *Early Child Development and Care*, 185(7), 1166–1179. doi:10.1080/03004430.2014.983915
32. Brownell, C. A., Zerwas, S., & Ramani, G. B. (2007). “So big”: The development of body self-awareness in toddlers. *Child development*, 78(5), 1426–1440.
33. Auclair, L., & Jambaqué, I. (2014). Lexical-semantic body knowledge in 5- to 11-year-old children: How spatial body representation influences body semantics. *Child Neuropsychology*, 21(4), 451–464. doi:10.1080/09297049.2014.912623
34. Price, G.M. (1983). Sensitivity in mother-infant interactions: The AMIS scale. *Infant Behavior and Development*, 6, 353–360
35. Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306–313. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02514.x

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Personalità: Neuroscienze, Psicopatologia e Psicoterapia

Visione attuale in ottica gestaltica e presentazione di un possibile orientamento negli studi di ricerca

Daniela Iennaco¹, Lucia Luciana Mosca¹, Teresa Longobardi¹, Nicole Nascivera¹,
Alfonso Davide Di Sarno¹, Enrico Moretto¹, Yari Mirko Alfano¹, Carmen Giannetti¹,
Tilde Annunziato¹, Teresa Amato¹, Martina Messina¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata, Torre Annunziata, Napoli



Citation

Iennaco D., Mosca L. L., Longobardi T., Nascivera N., Di Sarno A. D., Moretto E., Alfano Y. M., Giannetti C., Annunziato T., Amato T., Messina M. (2019). Personalità: Neuroscienze, Psicopatologia e Psicoterapia. Visione attuale in ottica gestaltica e presentazione di un possibile orientamento negli studi di ricerca. Phenomena Journal, 1, 47-54. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.51>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Daniela Iennaco
danielaiennaco@gmail.com

Ricevuto: 15 maggio 2019

Accettato: 4 novembre 2019

Pubblicato: 6 novembre 2019

ABSTRACT

Background: This article analyzes the current conceptualization of the personality construct, in until now prevalently understood in a psychopathological key, through categorical classification systems such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Subsequently, is presented an alternative perspective to the predominant and monolithic one, such as that offered by the Gestalt phenomenological approach: it identifies the constitutive elements of the personality, biological, relational and environmental/social, in order to identify maladaptive personality functioning. In view of a "stratified medicine" system, we support the idea that the need for therapeutic treatments is based on the integration of the current diagnostic-categorical classification systems with a holistic view of the individual is supported.

Conclusions: This work aims to supports the phenomenological vision as a theoretical basis for a medium and long-term scientific study of personality, supported by the use of psychometric, biometric and neuroscience tools in the evaluation and treatment phases.

KEYWORDS

Personality, Neuroscience, Psychopathology, Psychotherapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Contesto: Questo articolo analizza l'attuale concettualizzazione del costrutto della personalità, fino ad ora prevalentemente inteso in chiave psicopatologica, attraverso sistemi di classificazione categorici come il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM). Successivamente, viene presentata una prospettiva alternativa a quella predominante e monolitica, offerta dall'approccio fenomenologico: esso identifica gli elementi costitutivi della personalità, biologici, relazionali e ambientali / sociali, al fine di identificarne il funzionamento disadattivo. In vista di un sistema di "medicina stratificata", si sostiene la necessità di trattamenti terapeutici basati sull'integrazione degli attuali sistemi di classificazione diagnostico-categoriale con una visione olistica dell'individuo.

Conclusioni: Questo lavoro mira a supportare la visione fenomenologica come base teorica per uno studio scientifico a medio e lungo termine della personalità, supportato dall'uso di strumenti psicometrici, biometrici e neuroscientifici nelle fasi di valutazione e trattamento.

PAROLE CHIAVE

Personalità, Neuroscienze, Psicopatologia, Psicoterapia.

1. Introduzione

Nei diversi campi della scienza, della medicina e della filosofia esiste una vasta letteratura che riflette il fascino che l'argomento "*personalità*" esercita diffusamente: ossia che gli essere umani, pur nella varietà dei contesti culturali, hanno modi caratteristici di affrontare gli eventi, i problemi, le relazioni, risultando ciascuno di noi unico e diverso dagli altri, e determinando ciò in cui siamo simili. Da qui il concetto di personalità normali e/o patologiche, fissate dai sistemi di classificazione diagnostici (ossessiva, narcisistica, borderline, paranoide etc.). Tale terminologia nosografica adottata dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders sembra implicare una contraddizione interna, poiché i termini scelti provengono primariamente da una tradizione teoricamente fondata, però proposti in un sistema diagnostico che si professa ateoretico, quindi i termini utilizzati sembrano cristallizzati in una sorta di terra di nessuno, svincolati da qualsiasi modello teorico coerente [1]. L'obiettivo dell'ateoreticità ha determinato la creazione di un esperanto clinico - diagnostico, lasciando però irrisolto il problema epistemologico del rapporto tra modelli teorici e categorie descrittive in tema di personalità.

Il lavoro scientifico sulla personalità a breve e/o medio termine è importante che sia guidato sempre più dalla teoria, necessaria per dare fondamenta alla consistente mole di dati e osservazioni cliniche degli ultimi anni. Ovviamente, la ricerca di un fondamento teorico o di un modello della mente nell'ambito della personalità non è nuova, ma assume forme diverse nel tempo: teoria psicodinamica, teoria cognitivo-comportamentale e teoria evolutiva dei disturbi della personalità. Teorie sistematizzate e focalizzate sia nella concettualizzazione che nel trattamento, sul disturbo della personalità, perdendo di vista spesso la persona. Nel tempo, è prevalsa un'ottica confrontativa volta all'integrazione tra le diverse aree di ricerca per consentire ai terapeuti dei diversi approcci di far fronte ad una vasta gamma di problematiche presentate dai pazienti quali, ad esempio, la compresenza di diversi tratti disfunzionali di personalità che determinano uno stile personale maladattivo, ma non un vero e proprio disturbo secondo i criteri diagnostici del DSM.

L'obiettivo di questo lavoro è presentare e proporre la teoria fenomenologica della personalità quale substrato teorico per lo studio scientifico a breve e/o medio termine.

I dati alla base dell'apprezzamento clinico sono scaturiti da una osservazione fenomenologica del "*sé in azione*" nell'ambiente soggettivamente percepito da ciascun individuo, ovvero ciò che accade al confine-contatto [2]; se per la psicoterapia della Gestalt la psicologia è ciò che accade al confine di contatto, la psicopatologia non può che essere riferita alla sofferenza di tale confine [3].

La prospettiva gestaltista affronta la psicopatologia focalizzando l'attenzione sul processo. Essa si interroga sul dove, quando e come un disturbo o una disfunzione si manifestano e come si consolidano. La diagnosi gestaltica dei vari aspetti del sé in relazione con l'ambiente percepito e delle sue funzioni permette al clinico di attuare un'osservazione concomitante e differenziale basata sia sui criteri diagnostici del DSM ateoretico che sul ciclo del contatto della Psicoterapia della Gestalt e di co-

struire un piano di trattamento soggettivo e specifico adatto alla personalità di ciascun paziente ed alla sua gravità [4].

2. Prospettiva genetica e neurosviluppo nello studio della personalità

Nell'ottica di un "*sistema di medicina stratificata*" si presentano e si prendono in esame i contributi dei più recenti studi delle neuroscienze nell'ambito dei disturbi di personalità: tali disturbi un tempo concepiti in termini psicodinamici o comportamentali, oggi sono considerati l'espressione di vulnerabilità biologiche modellate da disposizioni genetiche, unitamente ai traumi o ai vincoli provenienti dall'ambiente [5]. Tali progressi hanno aperto la strada a nuovi modelli interattivi di trattamenti sia neurobiologici sia clinici.

Negli ultimi trent'anni si è avuto un rapido sviluppo della conoscenza in merito alla neurobiologia dei substrati cerebrali dei disturbi di personalità. La psicopatologia della personalità può essere compresa soltanto alla luce dello sviluppo della personalità sana e del legame esistente fra determinanti biologico - genetiche e determinanti ambientali [6]. Le questioni dell'architettura della personalità e di quella delle cause della sua variabilità espressiva tra gli individui sono correlate: esse sono da affrontare *ad personam* in quanto le sue manifestazioni normali e patologiche non sono, né dal punto di vista dell'architettura fenotipica né degli elementi causali, uniche ed unidimensionali. La descrizione è dunque un punto di partenza determinante ed esistono alcuni metodi che aspirano a spiegare in maniera falsificabile e soddisfacente alcune questioni riguardo le differenze psicologiche tra gli esseri umani. Tali metodi si riferiscono alle discipline della Developmental Psychopathology e della Behavioral Genetics; la prima fonda una prassi di ricerca che origina dalla constatazione del fallimento di alcuni approcci tradizionali in ambito psichiatrico e psicologico, per cui i primi inquadrano la malattia come fenomeno categoriale e discreto rispetto alla normalità, conseguenza cioè di un singolo fattore etiologico agente in maniera diretta secondo uno schema di processualità a gradini successivi, mentre i secondi appaiono eccessivamente teoretici e rigidi nell'identificare in tappe obbligatorie alcuni universali che spesso restano costrutti teorici difficilmente falsificabili. La moderna Developmental Psychopathology tende invece al superamento di alcuni limiti riconosciuti, attraverso un approccio solidamente empirico che pone al centro del proprio interesse le differenze tra gli individui, il loro valore nell'influenzare le condizioni patologiche e la loro continuità e discontinuità nel corso dello sviluppo. Per quanto attiene la disciplina della Behavioral Genetics essa si occupa di analisi di fenotipi comportamentali in situazioni sperimentali naturali (campioni di gemelli) e indotte (soggetti adottati e i loro familiari biologici e adottivi). Tale disciplina ha lo scopo di generare modelli per dimostrare il contributo che effetti ascrivibili all'azione di determinanti genetici apportano nell'influenzare le differenze tra gli individui per un determinato comportamento osservabile e misurabile. Esistono due punti cardine che riguardano il metodo gemellare e la sua applicabilità ai fenotipi della psicologia clinica: il primo legato alla rappresentatività della popolazione in esame, le coppie gemellari, fonte valida da cui desumere le origini delle differenze umane in ambito psicopatologico;

il secondo è noto con il nome di Equal Environment Assumption e afferma che i gemelli monozigoti e quelli dizigoti sono egualmente correlati per il grado di esposizione alle influenze ambientali che rivestono importanza etiologica per il fenotipo in esame. Un numero di studi gemellari ben condotti e basati su campioni estesi è pervenuto alla conclusione chiara per la quale all'architettura fenotipica della personalità non corrisponde necessariamente l'architettura genetica o causale della stessa [5]. La struttura fenotipica non ha obbligo di isomorfismo con quella genetica e ciò conduce alla considerazione finale che a parità di fattori causali predisponenti genetici, gli itinerari di sviluppo adattivo o disadattivo possono essere molteplici e portare a quadri fenotipici e livello di adattamento, o disadattamento, molto diversi tra di loro, essenzialmente influenzati da componenti ambientali che agiscono nel corso dello sviluppo ed inquadrabili nella complessa interazione gene-ambiente e negli eventi epigenetici [7].

3. Concettualizzazione della Psicopatologia della Personalità

In questo ambito è possibile rilevare un *excursus* teorico variegato, tra cui si evidenziano teorie quali:

- L'approccio psicodinamico descrive il funzionamento psichico a partire dai significati consci e inconsci dell'esperienza, nonché dalle interazioni tra istanze biologiche e interpersonali. In tale prospettiva, le forze inconsce influenzano i sentimenti, i pensieri e i comportamenti dell'individuo in modi che sfuggono alla consapevolezza e il passato della persona e il processo di sviluppo assumono grande rilevanza, nel determinare l'esperienza soggettiva del presente.
- Le Teorie cognitivo-comportamentali assumono che stili di pensiero maladattivi e disfunzionali abbiano un ruolo chiave nello sviluppo dei disturbi della personalità, concettualizzati come dei pattern rigidi e disfunzionali di interpretazione e valutazione della realtà, da cui derivano comportamenti e manifestazioni emotive altrettanto disfunzionali.
- Le Teorie evolutive dei disturbi di personalità, la considerano espressione automatica di caratteristiche psicologiche profondamente radicate; una personalità "normale" utilizza modalità efficaci di adattamento all'ambiente. Nei disturbi di personalità, invece, sono presenti stili di funzionamento maladattivo riconducibili a deficit, sbilanciamenti o conflitti che l'individuo sperimenta nel rapportarsi all'ambiente.

4. Contributi della Teoria della Gestalt nello Studio della Personalità

La teoria della personalità in Gestalt presenta elementi di non immediata comprensione, dovuti al fatto di essere stata edificata nel passaggio da una concezione di linearità causale dei processi psichici ad una prospettiva più complessa, di tipo circolare, fondata originariamente sulla Teoria del Campo [8]. Secondo la Teoria del Campo della Gestalt, lo studio della psiche deve partire dall'analisi del "campo psicologico" formato dall'interazione tra l'individuo e l'ambiente. L'individuo si colloca al centro di un campo di forze ambientali che lo modificano e grazie a lui si modificano. Il comportamento dell'individuo è funzione dello spazio di vita, ossia del

campo psicologico, di cui egli ha un'esperienza soggettiva più o meno cosciente e all'interno del quale l'attività si svolge in termini di energia psichica con tendenza all'equilibrio del sistema. Quando sorge una tensione, indice di un bisogno, si attiva un processo per giungere ad un nuovo equilibrio attraverso la via più breve. L'individuo, l'ambiente e la relazione sono compresenti e coagenti nel campo, definito campo relazionale: nessun organismo può essere significativamente compreso se non all'interno delle sue relazioni interpersonali e con l'ambiente, la cui descrizione non può che coincidere con la percezione soggettiva di chi lo osserva. In Gestalt non ha significato parlare del 'sé', se non inteso nell'accezione di "sé in relazione" [3]. La psicopatologia è rappresentata dalle interruzioni o disfunzioni di contatto derivanti dall'incapacità del Sé ad orientare l'intenzionalità verso una determinata destinazione. Il contatto può essere definito spazio tra organismo e ambiente o tra due o più organismi, in cui può avvenire qualcosa. Ma è anche qualcosa che avviene all'interno dell'organismo, che è in contatto, cioè in ascolto, di ciò che avviene al suo interno, come le emozioni, i bisogni, le attività fisiologiche. Essere in contatto con sé stessi e con l'altro è fondamentale per vivere una vita sana e piena. Il contatto avviene nella linea di demarcazione organismo/ambiente, definita Sé, che Perls, Hefferline e Goodmann [9], definiscono "Ciclo del Contatto". Il Ciclo del Contatto "sano" si organizza in quattro fasi: pre-contatto, presa di contatto, contatto pieno, post-contatto o ritiro; in esso il Sé trova il suo dispiegamento più efficace e si definisce come un processo le cui caratteristiche si modificano nel corso dell'interazione tra l'organismo e l'ambiente.

Il ciclo si chiude e il soggetto ritorna in uno stato di equilibrio, definito "Vuoto Fertile", in cui l'individuo è disponibile per un'azione successiva, dando inizio ad una nuova Gestalt. Dunque, il contatto è tanto elemento centrale di qualsiasi esperienza, dal momento che senza contatto non è possibile esperire alcunché, quanto fondamento del processo di formazione sia dei meccanismi di funzionamento della personalità [10].

La totale assenza di contatto emotivo o, al contrario, la completa 'con-fusione' emotiva nelle relazioni interpersonali è causa di disagi gravi e profondi. L'entrare in contatto permette di soddisfare un gran numero di bisogni biologici, sociali e psicologici, così come la separazione consente non solo di mantenere l'autonomia e di proteggere la persona dalle intrusioni pericolose, ma permette anche ai bisogni di contatto di manifestarsi con pienezza e chiarezza. È attraverso le funzioni di contatto e di separazione che l'individuo stabilisce i suoi confini e costruisce la propria identità; nell'esperienza di contatto, l'individuo apprende a differenziare ciò che è utile per sé da ciò che è dannoso, guidato dal principio di autoregolazione [2].

Dunque, il funzionamento psichico dell'individuo è descritto dal modo in cui entra o non entra in contatto con il proprio ambiente. Nell'autoregolazione organismica sana, l'individuo è consapevole dell'alternarsi dei bisogni, di modo tale che ciò che acquista rilevanza è la figura che, di volta in volta, si presenta alla consapevolezza; se ciò non avviene, si accumulano situazioni incomplete, idee fisse e si genera una rigida struttura caratteriale [4].

5. Psicoterapia della Gestalt

Nella psicoterapia della Gestalt, il disturbo psichico viene inteso come incapacità di formare chiare figure di interesse, di identificarsi con l'esperienza per come essa si presenta, momento per momento, e/o di rispondere con pienezza ai propri bisogni. In genere, le persone i cui processi di contatto e di consapevolezza sono interrotti, hanno condotto gran parte della loro esistenza in ambienti cronicamente deficitari, che hanno compromesso le loro capacità di *adattamento creativo* [11]. Il termine 'adattamento creativo' riflette l'equilibrio creativo tra la manipolazione dell'ambiente, intesa come modificazione dello stesso, e l'adattamento alle condizioni attuali: tutti gli organismi vivono in un ambiente al quale devono necessariamente adattarsi ma, al tempo stesso, le persone hanno la necessità di plasmare l'ambiente al fine di conformarlo ai bisogni e ai valori umani. Dal momento che la relazione è l'unica possibilità di 'essere-nel-mondo' delle persone, esse devono bilanciare l'adattamento alle richieste ambientali situazionali con la creazione di qualcosa di nuovo e di coerente con i propri personali interessi, in un continuo sforzo di mutua e reciproca negoziazione tra se stessi e il contesto di riferimento [4].

Laddove ciò non si verifichi, compito della terapia è di accompagnare la persona nell'esplorare tale condizione, predisponendo le condizioni che incoraggino la piena sperimentazione della situazione di blocco.

Il terapeuta gestaltista assume una visione fenomenologica delle cose che lo dispone a descrivere i fenomeni, intesi come esperienza; egli fa delle osservazioni sul modo proprio di una persona di utilizzare le sue funzioni di contatto, riguardo alla sua modalità di modulare il contatto attraverso i meccanismi di resistenza e di adattamento creativo e riguardo al suo modo di utilizzare i sistemi di sostegno [11].

Coerentemente con i principi gestaltici della percezione, qualsiasi elemento che sia, in un dato momento, confuso nello sfondo, può emergere repentinamente in figura: ciò che era inconsapevole diviene consapevole. Da tutto ciò consegue che un disturbo della consapevolezza o del contatto consiste, principalmente, nell'impedire ad una specifica figura di emergere [9]. A volte, il miglior nome che si può dare ad una gestalt incompleta è quello di 'situazione inconclusa'. Il lavoro terapeutico consiste nel far emergere le gestalten incompiute (*unfinished businesses*) per favorirne la naturale evoluzione.

La psicoterapia della Gestalt propone un modello olistico di trattamento delle psicopatologie che unisce la diagnosi e la terapia, ciò perché ai fini di un adeguato trattamento si reputa indispensabile la formulazione di una diagnosi che osservi la persona nella sua totalità [12]. La terapia della Gestalt considera ogni sintomo parte di un tutto, includendo sia gli aspetti somatici che quelli psicologici: ogni sintomo psicologico è parte, quindi, di un sistema più ampio, criterio olistico della gestalt, includente anche l'espressione fisica di quel problema [13]. Secondo la psicoterapia della Gestalt la salute e la malattia rappresentano due polarità dell'esistenza umana che coesistono e si strutturano in primo piano e nello sfondo a seconda dell'identificazione del momento. L'individuazione del tema esistenziale, cioè la configurazione di tutto l'insieme delle esperienze della persona, consente di fare un progetto tera-

peutico, focalizzando, nel qui e ora, le polarità del paziente, potenziando quelle riconosciute e di cui il paziente è consapevole e lasciando emergere quelle ancora sullo sfondo [14]. La diagnosi in Gestalt è strumento di conoscenza del paziente, quindi, fase del trattamento stesso.

Conclusioni

In conclusione, in un'ottica gestaltica, l'attenzione è focalizzata sul "sé in azione" nell'ambiente circostante e sulla consapevolezza che l'individuo ne ha [15].

Una possibile strada di ricerca della personalità è l'impiego dell'uso integrato e sincronizzato di strumenti psicometrici e biometrici [16] allo scopo di rilevare, i primi, le caratteristiche di funzionamento dell'individuo e, i secondi, le alterazioni degli elementi presimbolici coscienti e non coscienti durante la ripetizione dell'esperienza che il soggetto è chiamato a rivivere dai singoli item del test [17]. Ci aspettiamo che un'analisi correlazionale dei dati risultanti dall'impiego di questi strumenti fornisca la misura della consapevolezza che l'individuo ha di sé stesso durante la fase di risposta ai test psicometrici.

Il DSM – 5 nella Sez. III, presenta un modello ibrido (categoriale – dimensionale) che introduce tra gli indici dei disturbi di personalità la compromissione del dominio del sé, fornendo uno strumento di valutazione specifico (PID) il quale dimostra che disfunzioni della personalità si sostanziano nella compromissione di tale dominio in misura lieve, moderata o grave.

Inoltre, sembra auspicabile l'utilizzo del Neurofeedback in fase di trattamento utile a potenziarne l'efficacia, aiutando il paziente a riconoscere i suoi stati di attivazione al fine di aumentarne la consapevolezza [18].

In un'ottica di medicina stratificata si propone quindi la collaborazione e integrazione degli studi nel campo delle neuroscienze, della psicoterapia e della psicopatologia quale strada per futuri sviluppi della ricerca e quindi della conoscenza sull'argomento personalità ad oggi ancora poco chiaro.

BIBLIOGRAFIA

1. Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Lingardi, V., & Madeddu, F. (Eds.). (1997). *I disturbi di personalità: le cinque principali teorie*. Cortina.
2. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
3. Lobb, M. S. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. FrancoAngeli
4. Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (2014). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Franco Angeli.
5. Oldham, J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (2017). *Trattato dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
6. Maffei, C., Battaglia, M., & Fossati, A. (2002). *Personalità, sviluppo e psicopatologia*. Rome, Italy: Laterza.
7. Pervin, L. A., John, O. P., & Porzionato, G. (1998). *La scienza della personalità: teorie, ricerche, applicazioni*. R. Cortina.
8. Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* (edited by dorwin cartwright.).
9. Perls, F. (1951). *Gestalt therapy*/Perls F., Hefferline RF, Goodman P.
10. Zahavi, D., & Gallagher, S. (2014). *La mente fenomenologica*. Alianza Editorial.
11. Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Edizioni Mediterranee.
12. Delisle, G. (1992). *I disturbi della personalità* (Vol. 3). Sovera Edizioni
13. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt: eccitamento e accrescimento nella personalità umana*. Astrolabio.
14. Zerbetto, R. (1998). *La Gestalt: terapia della consapevolezza*. Xenia.
15. Lingardi, V., & Muzi, L. (2018). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): un'occasione di dialogo interdisciplinare. *Giornale italiano di psicologia*, 45 (4), 781-804.
16. Steger, M. F., Hicks, B. M., Kashdan, T. B., Krueger, R. F., & Bouchard Jr, T. J. (2007). Genetic and environmental influences on the positive traits of the values in action classification, and biometric covariance with normal personality. *Journal of Research in Personality*, 41 (3), 524-539.
17. Conati, C., Chabbal, R., & Maclaren, H. (2003, June). A study on using biometric sensors for monitoring user emotions in educational games. *In Workshop on Assessing and Adapting to User Attitudes and Affect: Why, When and How*.
18. Hwang, K., Kwon, A. & Hong, C. (2017). A Preliminary Study of New Positive Psychology Interventions: Neurofeedback-Aided meditation therapy and modified positive psychotherapy. *Current Psychology* 36 (3) 683–695.

MINI REVIEW

Sintomi positivi: quali trattamenti possibili?

Letizia Cacciabauda¹, Melina Carrubba¹, Sebastiana Cipponeri¹, Angela Ciulla¹, Paola Errera¹, Lijia Genovese¹, Elena Gigante¹, Milena Mazzara¹, Isabella Oddo¹, Salvatore Renda¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata, Trapani

*“Sebbene si plasmi l’argilla per farne un vaso,
l’utilità del vaso risiede in quello che non c’è (Lao Tzu)”.*



Citation

Cacciabauda L., Carrubba M.,
Cipponeri S., Ciulla A., Errera P.,
Genovese L., Gigante E., Mazzara M.,
Oddo I., Renda S. (2019).
Sintomi positivi:
quali trattamenti possibili?
Phenomena Journal, 1, 62-61
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.59>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sabrina Bisogno
sabrinabisogno@hotmail.it

Ricevuto: 16 settembre 2019

Accettato: 12 novembre 2019

Publicato: 14 novembre 2019

ABSTRACT

In the twentieth century, Existentialism brings about a radical change in the history of thought. According to such approach the most crucial issue is not the search for Truth, but rather what each individual wants to do with one's own existence. With Husserl, Existentialism becomes Phenomenology, the theory of intentional perception according to which each organism, through perception, gives structure and meaning to the world. This perspective supports a dynamic way of being and makes space for the "I" and the "You", thus knowledge becomes intersubjective. Constructivism is consistent with existentialism as it introduces the concept of narrative truth rather than absolute truth. Narrative truth emerges in a space that in the Gestalt tradition is called void, in this instance, fertile void. This void is where things happen, where they can develop. Thus, avoiding the void interrupts the continuous and natural process of existence. Considering void a hardly definable, subjective experience, the idea of the current research arises from the desire to identify a common phenomenology to the experience of the fertile void. In this study shall use the method of phenomenological analysis to describe such experience. The group shall meet to reflect upon the way in which the fertile void is experienced how the perception of self and of the environment changes, and upon the experience of contact when void is felt and sensed. shall be organized systematically in order to build a methodological tool for a common conceptualization of the experience of the "fertile void".

KEYWORDS

emptiness, fertile emptiness, phenomena, process.

ABSTRACT IN ITALIANO

Nell'ottocento un cambiamento radicale nella storia del pensiero avviene con l'esistenzialismo. Secondo tale teoria il problema più importante non è la ricerca della verità ma cosa ognuno vuole fare della propria esistenza. Con Husserl, l'esistenzialismo diventa fenomenologia, la teoria della percezione intenzionale in cui l'organismo percependo dà struttura e senso al mondo. Questa visione supporta un modo d'essere dinamico in cui c'è spazio per l'io-Tu, pertanto la conoscenza diventa intersoggettiva. Anche il costruttivismo introduce il concetto di verità narrativa e non di verità assoluta. La verità narrativa emerge in uno spazio che nella tradizione gestaltica si chiama vuoto, nello specifico vuoto fertile, quel vuoto dove avvengono le cose, dove si possono sviluppare. Per Perls il vuoto è "un ponte tra l'evitamento e il contatto"; evitare il vuoto è quindi interrompere il continuo e naturale processo dell'esistenza. Essendo il vuoto un'esperienza soggettiva di difficile definizione, l'idea della ricerca nasce dal desiderio di individuare una fenomenologia comune all'esperienza del vuoto fertile. Questo studio si propone di utilizzare il metodo di analisi fenomenologica per descrivere tale esperienza. Il gruppo di lavoro si confronterà sul modo in cui viene esperito il vuoto fertile nel setting terapeutico e come si modificano la percezione di se stessi, dell'ambiente e l'esperienza di contatto, quando si esperisce il vuoto. Si procederà ad una sistematizzazione degli elementi comuni rilevati dalla descrizione dell'esperienza del vuoto e alla costruzione di uno strumento metodologico per una concettualizzazione comune dell'esperienza di "vuoto fertile".

PAROLE CHIAVE

vuoto, vuoto fertile, fenomenologia, processo.

INTRODUZIONE

Una descrizione dello stato dell'arte della letteratura scientifica con analisi critica

Agli inizi dell'ottocento, Kierkegaard affermò che la vita non è una domanda che deve trovare una risposta, ma un'esperienza che deve essere vissuta.

In altre parole, mentre il principale oggetto del pensiero è sempre stata la verità, qui il problema considerato più importante diventa, invece, cosa ognuno vuole fare della sua esistenza.

Da un punto di vista esistenzialista, ognuno ha il diritto di elaborare una propria teoria del mondo.

“Con Husserl, che estende il concetto di Brentano di intenzionalità della percezione verso il suo oggetto all'intenzionalità dell'atto di percepire, l'esistenzialismo diventa fenomenologia, cioè teoria della percezione intenzionale: la percezione, la base organica della conoscenza, viene riconosciuta qui come una funzione specifica dell'organismo e, quindi, proveniente e al servizio dell'organismo, che percependo dà struttura e senso al mondo” [1].

Nella fenomenologia della percezione assume particolare rilievo l'analisi dell'esperienza corporea. Secondo Merleau-Ponty occorre restituire al corpo tutte le sue caratteristiche essenziali; il corpo è, infatti, il nucleo fondamentale dell'esperienza ed il veicolo primo del nostro essere nel mondo e nel tempo [2].

Per Edmund Husserl, la fenomenologia è un approccio alla filosofia che assegna primaria rilevanza, in ambito gnoseologico, all'esperienza intuitiva, la quale guarda ai fenomeni (che si presentano a noi in un riflesso fenomenologico, ovvero da sempre indissolubilmente associati al nostro punto di vista) come punti di partenza e prove per estrarre da esso le caratteristiche essenziali delle esperienze e l'essenza di ciò che sperimentiamo.

Con la fenomenologia il concetto di realtà si applica al fenomeno. Fenomeno in greco è ciò che appare, ciò che compare alla nostra percezione: fenomeno è l'apparenza. La prospettiva fenomenologica, come espressione di una più vasta concezione filosofica, è volta all'analisi delle modalità fondamentali che ineriscono alla totalità dell'uomo nel mondo. Essa ambisce ad essere una riflessione sulla soggettività e sul suo modo peculiare di rapportarsi alle cose ed al mondo e si caratterizza per un livello di analisi in cui non si parla più di una relazione soggetto-oggetto, ma di intersoggettività.

La visione fenomenologica supporta un modo d'essere dinamico, dove l'incontro accade sulle differenze; è una teoria della conoscenza dove c'è spazio per l'io e per il tu e non è solo il riconoscimento dell'accadere del fenomeno, ma anche il gusto del fenomeno, il gusto del percepire: il piacere di vivere [1].

Un'altra teoria della conoscenza che si qualifica per un'evidente inclinazione psicologica, che pone in risalto l'importanza dell'esperienza soggettiva ed il ruolo attivo della persona nella sperimentazione del mondo, è il costruttivismo in cui si afferma che il conoscere non ha a che fare con l'assoluto e che il rapporto di conoscenza tra l'essere umano ed il mondo è qualcosa di efficace che funziona sul piano concreto

attraverso l'esperire. Questo risulta essere il derivato fondamentale dell'idea della co-costruzione, un cambiamento radicale dell'idea di verità la cui condizione è relativa alla persona che ci sta dentro attraverso il senso: significato, sensatezza narrata. Il "senso di vuoto", in realtà, è una sensazione frequente che colpisce, per la sua evanescenza e paradossale presenza, spesso paralizzante, tutti noi nell'esperienza quotidiana. Sembra essere trasversale anche ai quadri sintomatologici attuali, quasi fosse il sottofondo comune di esperienze apparentemente molto diverse tra loro.

Nella psicanalisi lo stesso Lacan parla di vuoto osservandolo da diverse angolazioni, dall'arte, all'angoscia del reale, sino al confronto con il pensiero orientale, arrivando a riconoscergli un ruolo costitutivo nella formazione di ogni soggetto [3]. Lacan fa riferimento ad un saggio di Martin Heidegger del 1950 in cui il filosofo tedesco riporta l'immagine della brocca e dove scrive: *"è il vuoto ciò che nel recipiente contiene. Il vuoto, questo nulla che è nella brocca, è ciò che la brocca è come recipiente che contiene"* [4]. È su questa scia che Lacan comincia a parlare di estetica del vuoto, intesa come bordatura del Reale, come ciò che lo sfiora, che ne circoscrive la traumaticità. Il vuoto è, secondo Lacan, ciò che, solo, è in grado di dare vita al desiderio. È proprio grazie al suo vuoto centrale, all'alternanza di presenza, assenza, di pieno e di vuoto, a produrre nel soggetto la spinta desiderativa [3].

Anche Bion richiama al "vuoto", esortando lo psicoanalista ad abbandonare memoria e desiderio, teoria e preconcetti, per essere in grado di accedere, nella seduta analitica, ad uno stato meditativo di "assenza di pensiero" [5]. Il vuoto viene in questo caso inteso nell'atteggiamento di chi si pone a porgere cura: il prendere distanza da qualsiasi intento o desiderio, riferito sia al paziente ed all'evoluzione della cura, sia rispetto a sé e alle proprie aspettative personali.

Passato (memoria) e Futuro (desiderio, aspettative) saturano il "contenitore" costituito dalla mente del terapeuta e dallo spazio-tempo della seduta analitica, non permettendo all'analista di cogliere ciò che sta accadendo nel "qui e ora" della seduta e inficiando la fondamentale funzione di rêverie dello stesso. Nel vuoto si esplica l'efficace presenza terapeutica.

Vuoto e assenza sono due concetti fondamentali in Bion e condizionano la possibilità di cogliere, all'interno della seduta analitica, ciò che definisce come "fatto prescelto". Tale termine, che egli ha mutuato da Poincaré, indica l'organizzazione, o pattern, che fornisce coerenza a elementi o fenomeni fino a quel momento disseminati [5].

Per realizzare la presenza e, quindi, divenire il più possibile consapevoli del processo che si evolve nel "qui e ora", è necessario attraversare l'assenza.

Nonostante il "sentirsi vuoti" sia così comunemente sperimentato, è difficile comprendere questa esperienza, provare a intuire di che cosa sia fatta e darle valore e spazio. A differenza di altre sensazioni quella del "vuoto" sembra più difficilmente leggibile proprio per ciò di cui è fatta: il "vuoto", appunto, qualcosa che apparentemente non c'è, qualcosa che rimanda a un'assenza e ad una mancanza, ma che fondamentalmente viene spiegata come "presenza" [6].

È proprio da questo che si muove l'intento della nostra ricerca: individuare una fe-

nomenologia comune dell'esperienza del vuoto fertile. Come terapeuti gestaltici vogliamo spingerci più in profondità rispetto al vuoto quale possibilità creativa di stare nel mondo, provando a sperimentare in termini scientifici il significato del senso di presenza intuitiva che si esplica nel processo terapeutico, quello spazio/tempo in cui si riorganizza il campo intersoggettivo in una forma più evoluta. Vorremmo, quindi, individuare una fenomenologia comune all'esperienza del vuoto fertile che, fino ad adesso, sappiamo essere esperienza soggettiva e di difficile definizione; arrivare a concettualizzare la percezione comune del che cosa significhi “sentirsi vuoti”, di che cosa sia fatta tale esperienza, dandone valore e spazio, attraverso uno strumento che ne valorizzi l'esperienza percettivo-soggettiva; trasformare la concettualizzazione di “vuoto fertile” in oggetto di studio attraverso l'epochè e l'ascolto fenomenologico dell'esperienza complessa del vuoto fertile, cercando di mantenere la “presenza” sulle sensazioni, le emozioni, le immagini, i pensieri emergenti e contemporaneamente su come ci si mobilita, si entra in contatto e ci si ritira, e ancora su come si modificano la percezione di se stessi, dello spazio, del tempo, della presenza dell'altro (cosa vedo, cosa sento, cosa odo, cosa immagino, cosa percepisco, come mi percepisco, come mi muovo e come sento si muove l'altro verso di me). Il vuoto a cui vogliamo approdare attraverso una lettura fenomenologica è “esplicativo”, vale a dire, uno spazio che si apre nel momento in cui le “vecchie” costruzioni date alla propria esperienza, grazie al percorso terapeutico, non sono più sentite come “certe”, ma contemporaneamente ancora non ce ne sono altre a cui approdare. È evidente che questa definizione vede il “vuoto” come uno spazio, territorio inedito nel quale possono germogliare nuovi significati.

PARTE CENTRALE

I possibili metodi di studio atti a colmare le carenze

Il vuoto nella tradizione gestaltica è quello spazio dove *avvengono le cose*, dove *si possono sviluppare*. Perché avvenga qualcosa questo vuoto deve essere abitato. “*La distanza va abitata*” [1]. La Gestalt, infatti, parla di vuoto che diventa risorsa, dal nulla al tutto, dal nulla all'insight, vuoto come spazio di sperimentazione e quindi di libertà, di possibilità, di vita. Il terapeuta gestaltico ridefinisce il vuoto angosciante come possibilità creativa di stare nel mondo, di sperimentare un senso di presenza piena nella propria vita, necessaria per riorganizzare il campo intersoggettivo in maniera efficace e adeguata.

Già Friedlaender, filosofo cui Fritz Perls fa spesso riferimento, aveva parlato di “vuoto fertile” come preludio all'atto creativo. Perls, facendo riferimento al “ciclo di contatto” spiega come il vuoto sia essenziale al progredire e all'evolversi dell'esperienza, in quanto esso si pone come momento transitorio di *chiusura di una gestalt e apertura di un'altra* [7], *ed è soltanto nel vuoto che può emergere il bisogno reale del sé e il sorgere di quell'azione volta al suo soddisfacimento. Evitare il vuoto è quindi interrompere il continuo e naturale processo dell'esistenza* [7]. Il “ciclo di contatto” è uno dei costrutti teorici formulati originariamente da Perls e riguarda il

processo che avviene nell'interazione tra organismo e ambiente; generalmente gli autori, in particolare Perls, descrivono il ciclo di contatto in quattro fasi: pre-contatto, contatto, contatto pieno, post-contatto [8]. Nella fase di pre-contatto in conseguenza di uno stimolo interno o esterno si manifesta nell'organismo un bisogno sotto forma di una tensione da soddisfare (fame, sete, carezze, relazione, ecc.) nella fase di contatto l'organismo divenuto cosciente del proprio bisogno si muove per soddisfarlo. Nella fase di contatto pieno vi è la totale soddisfazione del bisogno e quindi l'apice della tensione che prelude al rilassamento caratteristico della fase di post contatto. Per Perls in ognuna di queste fasi possono essere presenti meccanismi che interrompono questo processo soddisfatto, impedendo il suo naturale svolgimento [8]. Questi meccanismi sono comunemente associati a malessere e a patologie. Vivere “con presenza” il vuoto, nella visione gestaltica, si rivela quindi come *essere in contatto con la pienezza della vita, nelle diverse fasi del ciclo di contatto. Nel qui ed ora c'è tutto: passato e futuro si fondono inscindibilmente nell'attimo presente. Il presente si rivela, così il frutto del seme che era è il seme del frutto che sarà* [7].

Il concetto di “vuoto fertile” è sovrapponibile al concetto di “presenza”. Francisco Peñarrubia, infatti, nel manuale spagnolo di Gestalt, *La via del vuoto fertile*, identifica il punto 0 con il vuoto fertile e ci aiuta a definirlo: è sinonimo di nulla, di indifferenza creativa, di centro, di ciò che viene prima di ogni processo di valutazione, un nulla dove non c'è altro che la coscienza: *«Arrivando dunque al punto 0, possiamo identificarlo con quel vuoto fertile dove nulla è ancora fiorito e dove si danno le potenzialità creative. Emergerà dunque una figura o si manifesterà l'orientamento organismico o semplicemente ci incontreremo con noi stessi ad un altro livello di autenticità»* [9].

Claudio Naranjo d'altro canto parla del vuoto fertile come del luogo del ritiro e del riposo del terapeuta e in questo passo che riportiamo sottolinea l'importanza che l'esperienza del vuoto aveva per Perls: *«L'importanza di questa esperienza del nulla è che costituisce un ponte tra l'evitamento e il contatto, come diceva Perls, tra gli strati fobici ed esplosivi della personalità. Perls assegna tanta importanza a questa fase del processo terapeutico che definì persino la terapia della Gestalt come la trasformazione del vuoto sterile in vuoto fertile»* [9].

Ci si auspica di poter arrivare ad individuare una *fenomenologia comune all'esperienza del vuoto fertile* che, fino adesso, sappiamo essere esperienza soggettiva e di difficile definizione; poter arrivare a concettualizzare la *percezione comune* del che cosa significhi “sentirsi vuoti”, di che cosa sia fatta tale esperienza, dandole valore e spazio attraverso uno strumento che ne valorizzi l'esperienza percettivo-soggettiva.

Con questa ottica di lettura, vogliamo trasformare la concettualizzazione di “vuoto fertile” in oggetto di studio; attraverso l'epochè ci poniamo ad ascoltare l'esperienza complessa del vuoto, cercando di mantenere la “presenza” sulle sensazioni, le immagini, i pensieri emergenti e contemporaneamente su come ci si mobilita, si entra in contatto e ci si ritira, e ancora su come si modificano la percezione di se stessi, dello spazio, del tempo, della presenza dell'altro: *cosa vedo, cosa sento, cosa odo,*

cosa immagino, cosa percepisco, come mi percepisco, come mi muovo e come sento si muove l'altro verso di me.

Con questa prospettiva integrata di approccio alla conoscenza, vorremmo attingere alla lettura dell'esperienza del vuoto. Il vuoto inteso quale il centro, il cuore della patologia e al contempo del cambiamento e della riorganizzazione lungo il processo terapeutico [6]. L'ottica di riferimento nel procedere nella ricerca sul "vuoto fertile" è stata sviluppata sulla base di una visione che vede integrati l'orientamento fenomenologico, il punto di vista esistenzialista e l'approccio relazionale gestaltico. Della fenomenologia abbiamo preso in prestito il riconoscimento dell'accadere del fenomeno e il gusto nel percepire il fenomeno, nel trarne le strutture invarianti ed universali delle cose con un indispensabile mutamento radicale di atteggiamento, ovvero la sospensione dell'affermazione della realtà: l'epochè fenomenologica. Sospendendo l'affermazione della realtà del mondo, il mondo diventa un fenomeno di coscienza, ma non si annulla. La coscienza costituisce il residuo fenomenologico, ciò che rimane dopo l'epochè. La percezione, la base organica della conoscenza, viene riconosciuta qui come una funzione specifica dell'organismo e quindi proveniente e al servizio dell'organismo, che *percepando dà struttura e senso al mondo*. Integrando la fenomenologia con il punto di vista esistenzialista intendiamo muoverci all'interno della possibilità teorica di una relazione soggetto-oggetto, dove ognuno ha diritto alla propria esperienza e pertanto dove nell'incontro non si contempla la visione di un soggetto che conosce ed un oggetto conosciuto, ma dove la conoscenza è intesa necessariamente come intersoggettiva. La base trasversale entro cui si vuole procedere inoltre è basata su un atteggiamento gestaltico, fondato sull'autenticità e non manipolazione di se stessi e degli altri, sulla pratica di consapevolezza, momento per momento, di ciò che avviene nel "qui e ora", nel campo della nostra esperienza, abbandonando precostituzioni e aspettative. Co-costruire quindi significati comuni rispetto al "vuoto fertile" esige per noi integrazioni teoriche e pratiche di approcci ed orientamenti che si intersecano per similarità e si integrano nelle differenze, dando vita ad un approccio alla realtà dinamico, esperienziale, intersoggettivo e consapevole.

Metodologia di un programma di ricerca adatto a integrare le carenze

In tale studio, si cercherà, utilizzando il metodo di analisi fenomenologica dell'esperienza, di descrivere l'esperienza del *vuoto fertile* dal punto di vista dello psicoterapeuta. Il processo sarà articolato nelle seguenti fasi:

fase 1. il gruppo di ricercatori (Specializzati e specializzandi della terapia della Gestalt) si incontrerà per confrontarsi, fenomenologicamente, rispetto al modo attraverso cui viene esperito il vuoto fertile, concentrandosi, prevalentemente, su quali sensazioni, emozioni, immagini, pensieri siano presenti durante l'esperienza intersoggettiva del vuoto fertile, su come ci si mobilita, si entra in contatto e ci si ritira di fronte ad essa e come si modificano la percezione di se stessi e dell'ambiente e l'esperienza di contatto;

fase 2. in un secondo momento, si procederà a descrivere concettualmente l'espe-

rienza del vuoto fertile, tenendo conto della possibile presenza degli elementi comuni emersi;

fase 3. partendo da ciò che è stabile, ricorrente e comune, si formulerà uno strumento metodologico da somministrare ad un campione quanto più ampio possibile di Psicoterapeuti della Gestalt, al fine di produrre una concettualizzazione quanto più comune dell'esperienza di "vuoto fertile".

Conclusioni

La descrizione delle possibili evoluzioni e degli scenari futuri

Tale studio si propone di costruire uno strumento metodologico volto a rendere scientifica l'esperienza del vuoto fertile, considerandolo di significativo valore, in quanto centro del cambiamento e riorganizzazione del processo terapeutico, spazio-tempo intersoggettivo dove avvengono le trasformazioni, i cambiamenti e le evoluzioni. Arrivare a concettualizzare la percezione comune dell'esperienza del "vuoto fertile", potrebbe permetterci, nel tempo, di verificare l'efficacia di tale *passaggio elaborativo* nel processo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Quattrini, G. (2013). *Per una Psicoterapia Fenomenologico-Esistenziale*. Giunti.
2. Caprara, G., Gennaro A. (1999). *Psicologia della Personalità*. Il Mulino.
3. Ruina, F. (2014). Lacan e l'estetica del vuoto, *Aperture*, 30.
4. Heidegger, M. (1991). La cosa. In: Vattimo, G. (trad.it. a cura di) *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia.
5. Grotstein, J. S. (2010). *Un raggio di intensa oscurità: l'eredità di Wilfred Bion*. Raffaello Cortina.
6. Casini, C. (2017). Mi sento vuoto. Dal vuoto come mancanza al vuoto come spazio per il cambiamento, *Rivista Italiana di Costruttivismo*, n.4.
7. Castellano, L. (2011). *Come la Gestalt ci aiuta a vivere meglio. Dalla Psicoterapia alla filosofia di vita*. Napoli: Edizioni RCE Multimedia.
8. Perls, F.S. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio.
9. Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.

MINI REVIEW

Sintomi positivi: quali trattamenti possibili?Sabrina Bisogno¹⁻²⁻³, Paola Falanga¹⁻²⁻³¹ Psicologa e Psicoterapeuta cognitivo – comportamentale² Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, SPC³ Socia SITCC**Citation**

Bisogno S., Falanga P. (2019).
Sintomi positivi:
quali trattamenti possibili?
Phenomena Journal, 1, 62-68
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.59>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sabrina Bisogno
sabrinabisogno@hotmail.it

Ricevuto: 16 settembre 2019**Accettato:** 12 novembre 2019**Pubblicato:** 14 novembre 2019

ABSTRACT

When we talk about serious patients, we certainly refer to those patients who present a symptomatology of schizophrenic type. Often psychotherapy in these cases is considered marginal, aimed at catching the signs of a worsening or helping the patient and his family to live with the disorder. But the evidence in the literature tells us that patients often refuse or stop drug treatment. Is it conceivable in these cases an alternative treatment to pharmacological therapy that allows the engagement of the patient and which allows the containment of positive symptoms? The present work has a dual purpose: on the one hand to collect and report on the efficacy of non-pharmacological treatments, on the other to question the nature of psychotherapeutic interventions that are currently effective in the treatment of positive symptoms and therefore hypothetically transposable in cases of refusal or interruption of the drug. Specifically, this work focuses on the psychotherapeutic treatment of auditory hallucinations. The data collected highlight the possibility of not merely pharmacological interventions and underline that the therapeutic approaches of a psychological nature for the treatment of hallucinations have evolved over time, passing from interventions focused on behaviour and on the management of the “problem” to interventions that include application of approaches based on acceptance and mindfulness.

KEYWORDS

Cognitive Behaviour Therapy, auditory hallucinations, psychosis, mindfulness, normalization.

ABSTRACT IN ITALIANO

Quando si parla di pazienti gravi si fa sicuramente riferimento anche a quei pazienti che presentano un quadro sintomatologico riconducibile allo spettro della schizofrenia. Spesso la psicoterapia in questi casi è considerata marginale, finalizzata a cogliere le avvisaglie di un peggioramento o ad aiutare il paziente e la sua famiglia a convivere con il disturbo. Ma le evidenze della letteratura ci dicono che non di rado i pazienti rifiutano o interrompono il trattamento farmacologico. È pensabile in questi casi un trattamento alternativo alla terapia farmacologica che consenta l'aggancio del paziente e che permetta il contenimento dei sintomi positivi? Il presente lavoro ha un duplice scopo: da una parte quello di raccogliere e riportare dati riguardanti l'efficacia di trattamenti non farmacologici, dall'altra interrogarsi sulla natura degli interventi psicoterapeutici che risultano attualmente efficaci nel trattamento dei sintomi positivi e dunque ipoteticamente trasponibili nei casi di rifiuto o interruzione del farmaco. Nello specifico il presente lavoro si focalizza sul trattamento psicoterapeutico delle allucinazioni uditive. I dati raccolti evidenziano la possibilità di interventi non meramente farmacologici e sottolineano che gli approcci terapeutici di natura psicologica, per il trattamento delle allucinazioni, si sono nel tempo evoluti passando da interventi focalizzati sul comportamento e sulla gestione del “problema” ad interventi che includono l'applicazione di approcci basati sull'accettazione e sulla mindfulness.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia cognitivo comportamentale, allucinazioni uditive, psicosi, mindfulness, normalizzazione.

1. Introduzione

I farmaci antipsicotici costituiscono il trattamento di prima linea per la schizofrenia, le linee guida cliniche ne indicano chiaramente i benefici in termini di riduzione dei sintomi. Tuttavia in letteratura, così come nella pratica clinica, ci sono evidenze del fatto che spesso le persone affette da psicosi smettono, per una vasta gamma di motivi (es. effetti collaterali debilitanti o la convinzione che non li aiuteranno), di assumere i farmaci loro prescritti e questo ne rende estremamente difficile la presa in carico. Talvolta questi pazienti smettono di frequentare i Servizi per il timore di essere “sanzionati” o costretti a ricominciare il trattamento. Lo studio di Lieberman et al.[1], descritto in letteratura come uno dei trial più importanti e finalizzato al confronto (in termini di efficacia ed effetti collaterali) tra antipsicotici atipici e tipici, ha portato alla luce un aspetto significativo e cioè che i partecipanti, indipendentemente dal tipo di farmaco assunto, tendevano all'interruzione del trattamento: il 74% dei pazienti aveva interrotto il trattamento prima dei 18 mesi.

Negli ultimi vent'anni in letteratura si è molto pubblicato sull'individuazione e il trattamento delle psicosi all'esordio. Le linee guida dell'American Psychiatric Association prevedono senza ombra di dubbio l'uso degli antipsicotici di seconda generazione come prima scelta nel trattamento del paziente schizofrenico al primo episodio di malattia [2]. Tuttavia, soprattutto nel caso dei più giovani, anche quando i pazienti accettano di intraprendere il trattamento farmacologico, gli effetti collaterali alimentano le paure soggettive di non riuscire a “*tornare come prima*”, determinando, se non un'interruzione del progetto terapeutico, un aumento dei sintomi negativi secondari.

Quando si parla di giovani all'esordio psicotico sappiamo, dalle più recenti linee guida [3], che il trattamento ruota intorno alla tempestività dell'intervento. In quest'ottica risulta di notevole importanza che il clinico possa immaginare anche un trattamento alternativo alla farmacoterapia che consenta l'aggancio del paziente in un progetto di cura cooperativa e il contenimento del sintomo positivo.

La review di Nosé et al. [4] evidenzia alcuni fattori che risultano associati alla scarsa compliance, ossia: mancanza di insight, sintomi positivi, giovane età, genere maschile, storia di abuso di sostanze, disoccupazione e basso funzionamento sociale.

2. Evidenze della letteratura

Nel 2012 Hutton et al. [5] si pongono un'interessante domanda: come aiutare le persone che decidono di non assumere farmaci?

Gli autori descrivono l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale (CBT) riportando il caso di un giovane (18 anni) che presenta allucinazioni uditive e visive trattate senza farmaci. I risultati dello studio su caso singolo sottolineano una diminuzione in termini di frequenza e durata delle allucinazioni insieme ad una riduzione delle convinzioni riguardanti l'incontrollabilità e l'inaccettabilità del sintomo, dunque una variazione del vissuto.

In letteratura, fin dal 1994 è possibile ritrovare uno studio su caso singolo ad opera

di A.P. Morrison [6] in cui un paziente di 38 anni con allucinazioni uditive viene trattato con un intervento cognitivo-comportamentale senza farmaci concomitanti. Alla fine del trattamento si registra una riduzione delle allucinazioni in termini di frequenza e soprattutto il distress legato al sintomo si riduce significativamente alla fine del trattamento. I risultati sono mantenuti al follow-up di uno e tre mesi.

Nel 2014 Morrison [7] ed altri autori conducono quello che viene descritto come il primo studio randomizzato controllato su un gruppo di pazienti che avevano interrotto l'assunzione di farmaci da almeno sei mesi o che non li avevano mai assunti. Il campione di 74 pazienti, con un'età compresa tra i 16 e i 65 anni e una diagnosi riconducibile allo spettro della schizofrenia, è stato diviso in due gruppi: uno trattato secondo le modalità standard previste dal Serviziocoinvolto (ossia due centri del Regno Unito) e l'altro trattato con modalità standard e terapia cognitivo-comportamentale. Con l'espressione modalità "standard" si fa riferimento ai trattamenti solitamente proposti per questi pazienti, trattamenti che differiscono a seconda dell'organizzazione interna del Servizio e che possono spaziare da interventi psicoeducativi a incontri familiari, fino alla sola presa in carico presso il servizio senza un trattamento. I risultati sono stati valutati osservando i punteggi alla Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS [8]. Gli autori hanno osservato nel gruppo trattato anche con CBT benefici significativi alla fine del trattamento (dopo 9 mesi) e al follow-up (a 18 mesi), maggiore compliance e nessun peggioramento significativo.

Caratteristiche centrali dell'approccio utilizzato dagli autori sono: interventi di normalizzazione ed esplorazione delle valutazioni che le persone fanno dei loro sintomi, al fine di identificare e modificare le risposte cognitive e comportamentali non utili al benessere.

Aspetto rilevante dello studio è che un quinto del campione ha poi deciso di intraprendere una cura farmacologica a differenza di quanto deciso al baseline. La libertà di scelta e un approccio collaborativo sembrano aver migliorato la risposta dei pazienti al trattamento.

Questi dati ci dicono dunque che è possibile immaginare un trattamento non meramente farmacologico dei sintomi positivi.

Appare interessante chiedersi quali interventi psicoterapeutici risultano essere oggi maggiormente efficaci nel trattamento di questi pazienti e, pertanto, ipoteticamente utilizzabili anche in caso di mancata adesione alla terapia farmacologica. A questo scopo si è analizzata la letteratura fissando il focus sul trattamento psicoterapeutico delle allucinazioni uditive, sintomo che si verifica con alta frequenza (40-80%) e che è legato ad agiti rischiosi, nonché spesso resistente ai farmaci [9].

Una recente review di Pontillo et al. [9] sottolinea che la psicoterapia non si deve focalizzare sulla riduzione dell'esperienza allucinatoria ma sul ridurre il potere percepito delle voci, sul rapporto tra la voce e colui che la sente; questa la netta differenza rispetto agli interventi utilizzati nell'ambito cognitivista standard, maggiormente incentrati sull'acquisizione di strategie di fronteggiamento del sintomo [10].

A partire dagli studi di van Os e colleghi [11] molte teorie hanno cominciato a mettere

in luce il rapporto tra il ruolo dei fattori metacognitivi e la vulnerabilità allo sviluppo di allucinazioni, riconducibile ad una serie di meccanismi, come un eccesso di attenzione rivolta a se stessi, ruminazione, credenze autoriferite disfunzionali e una ipervigilanza verso stimoli percepiti come minacciosi. Sviluppare un atteggiamento di ipervigilanza nei confronti di stimoli simili, punirsi per averli, considerarli altamente pericolosi in quanto segnali di follia, non farà che renderli più probabili, generando un circolo vizioso di difficile interruzione. Gli individui, focalizzandosi sulle voci per cercare di farle smettere, concentreranno l'attenzione su di esse, rendendole più potenti e frequenti.

L'approccio ai sintomi positivi, di quella che viene chiamata “la terza ondata” [12] della Terapia Cognitiva, risulta maggiormente incentrato sull'incremento della connessione con le esperienze interne, e quindi con le voci, e meno orientato alla sola modificazione delle credenze. In questo modo i pazienti sembrano mostrare un livello inferiore di compliance al sintomo e un aumento della resistenza alle voci stesse. Gli aspetti comuni ai diversi modelli di trattamento che rientrano nella terza ondata riguardano sia i fondamenti teorici che alcune metodologie d'intervento. L'enfasi è generalmente posta su dimensioni quali l'accettazione, la defusione, l'attenzione consapevole e il cambiamento dei comportamenti.

Secondo l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ad esempio è importante imparare ad osservare, accettare e comprendere gli eventi interni. Si mira all'individuazione dei valori personali e si incoraggia l'individuo ad agire secondo questi, incrementando la flessibilità psicologica. Per una panoramica approfondita su come l'ACT possa essere applicata alla psicosi, si può far riferimento agli studi di Pankey e Hayes [13] che sottolineano la centralità del distanziamento cognitivo, dell'accettazione e dell'azione valutata.

Rientra nella “terza ondata” anche la Compassion Focused Therapy (CFT) che applicata con pazienti psicotici ha lo scopo di aiutarli a regolare il sistema di elaborazione della minaccia grazie allo sviluppo e/o rafforzamento di un sistema di emozioni di affiliazione e sicurezza (*soothing system*). Ci si propone di raggiungere tale obiettivo attraverso pratiche e insights che facilitano lo sviluppo di compassione verso se stessi, gli altri e le voci [14].

Giungere al decentramento dall'esperienza può aumentare la consapevolezza di quel che accade dentro di sé e, al contempo, permette di mantenere una certa distanza, ad esempio: sviluppare l'abilità del prestare attenzione alle voci, ai pensieri e alle sensazioni ad esse associati e considerarli eventi passeggeri [15].

Per lo psicotico, come per tutti, divenire consapevoli del proprio mondo interiore e di ciò che accade fuori da questo segna l'inizio della liberazione dalle emozioni di difficile gestione, che danno poi origine a preoccupazioni mentali [16].

Come terapie di “terza generazione” è possibile annoverare anche quelle *mindfulness-based*, ossia basate sulla meditazione [12]. La consapevolezza favorita dalla meditazione permette non solo il riconoscimento delle emozioni provate, soprattutto quelle negative, ma ancor più permette di comprenderne ed esperirne la transitorietà, l'impermanenza: le emozioni sono sì presenti in quel preciso momento, ma ciò non

vuol dire che dovranno esserci per forza anche in seguito [17]. Ancora, attraverso la *mindfulness* lo psicotico potrebbe accettare i propri sintomi e osservarli senza giudicarli: la non accettazione e i continui tentativi di combatterli rendono il paziente sempre più prigioniero.

L'impiego della *mindfulness* coi pazienti psicotici potrebbe configurarsi come pratica di supporto nel lungo percorso di acquisizione di consapevolezza dei propri pensieri, sentimenti e sensazioni; consapevolezza che negli esercizi di meditazione potrebbe esser facilitata dall'uso di frasi chiare e concise come: "*I pensieri non sono fatti*", o ancora "*Io non sono i miei pensieri*". La *mindfulness* non ha quindi l'obiettivo di modificare le idee del paziente, quanto piuttosto il suo atteggiamento verso di esse [17,18].

Nonostante in psichiatria già da oltre un decennio vi sia il ricorso alla pratica della *mindfulness*, il suo utilizzo nel processo di cura di persone con un disturbo di tipo psicotico non è stato immediato. Tale ritardo è conseguenza dei dubbi circa l'adeguatezza o meno della pratica degli esercizi di *mindfulness* per soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico. Tuttavia i risultati di più studi hanno evidenziato che, attraverso adeguate modifiche, la *mindfulness* rende anche le persone affette da patologia psicotica consapevoli delle proprie esperienze di malattia e migliora la loro accettazione, sia della malattia che della propria persona [19,20,21].

Nell'ultimo decennio diversi studi dimostrano l'assenza di esiti negativi in seguito alla pratica *mindfulness* ad opera di pazienti psicotici, tale evidenza è emersa nei diversi contesti in cui la pratica è stata applicata: situazioni acute, di nuova insorgenza o con durata di malattia superiore a 5 anni [22, 23].

La pratica della *mindfulness*, in particolare l'osservazione, permette di distogliere il paziente angosciato dal timore che qualcosa possa accadere e lo riporta a ciò che sta accadendo nel qui ed ora del flusso percettivo. Quando nella storia dei pazienti ricorrono allucinazioni uditive, paradossalmente possono essere proposti esercizi di percezione dei suoni, invitando ciascuno a percepirne il timbro, l'altezza tonale, il ritmo e la durata; ciò contrasta la tendenza che gli psicotici con allucinazioni uditive hanno di tacitare le voci.

È importante che l'utilizzo della *mindfulness* non comporti una destabilizzazione a causa dei contenuti che tali interventi possono andare a toccare. Per far fronte a questa possibilità è importante regolare gli interventi in base alle particolari esigenze della persona; occorre, inoltre, tener presente che concentrare maggiormente l'attenzione su parti del corpo a contatto con oggetti altri risulta più stabilizzante, come per esempio portare l'attenzione alla pianta dei piedi che tocca il suolo/pavimento, ai suoni presenti nell'ambiente circostante oppure al cibo che si sta consumando [24]. Dunque nel caso una persona presenti difficoltà nel sostenere pensieri e ricordi, è più indicato eseguire una meditazione incentrata su oggetti di attenzione esterni che possono apportarle stabilità e sicurezza.

La pratica meditativa non si basa sulla riduzione della sintomatologia ma sull'identificazione di risorse interiori, consentendo alla persona di divenir capace di attivarle, creando una nuova relazione con la malattia.

3. Conclusioni

«Nel trattamento delle psicosi, e in particolare dei sintomi positivi, la ricerca evidence-based in campo farmacologico è stata di gran lunga superiore a quella in campo psicoterapeutico e proprio per questo il trattamento psicofarmacologico delle psicosi rappresenta a tutt'oggi un caposaldo terapeutico imprescindibile e di provata efficacia» [25]. La presente revisione della letteratura non afferma dunque che i pazienti che traggono beneficio da un trattamento farmacologico dovrebbero interromperlo, ma che ulteriori interventi dovrebbero essere pensabili per coloro che sono ambivalenti o che rifiutano l'assunzione di farmaci, come spesso accade con i giovani all'esordio. Lo sviluppo di alternative efficaci agli antipsicotici offrirebbe ai pazienti una scelta reale e una possibilità di cura cooperativa. Un approccio collaborativo sembra migliorare le risposte dei pazienti che in tale cornice possono poi scegliere di aderire al trattamento farmacologico spontaneamente [7,15].

I dati riportati in questo lavoro evidenziano che è possibile immaginare un trattamento non meramente farmacologico dei sintomi positivi e che la terapia cognitiva risulta essere una valida e maggiormente accettabile alternativa. Il trattamento psicoterapeutico deve focalizzarsi soprattutto sulla riduzione della compliance al sintomo. Nel caso delle allucinazioni uditive focale risulta essere la riduzione del potere percepito, intervenendo sul rapporto tra la voce e colui che la sente, mediante interventi che favoriscano la normalizzazione, l'accettazione e il decentramento.

L'integrazione dei diversi protocolli cui si è fatto riferimento nel presente lavoro, unitamente al trattamento farmacologico, potrebbe rappresentare un nuovo modo di trattare questi pazienti per sollecitare in loro la ricerca del senso e del significato delle esperienze anomale, supportandoli nell'impiegare al meglio le proprie risorse per affrontare il disagio e rimanere ancorati agli scopi e agli obiettivi di vita [26].

BIBLIOGRAFIA

1. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., & the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-23.
2. Cocchi, A., Meneghelli, A. (2004). *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.
3. Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 1-117.
4. Nosé, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(7), 1149-60.
5. Hutton, P., Morrison, A.P., & Taylor, H. (2012). Brief cognitive behavioural therapy for hallucinations: can it help people who decide not to take antipsychotic medication? A case report. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 111-6.

6. Morrison, A.P. (1994). Cognitive Behaviour Therapy For Auditory Hallucinations Without Concurrent Medication: A Single Case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 259-264.
7. Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., et al. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 1395- 1403.
8. Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
9. Pontillo, M., De Crescenzo, F., Vicari, S., et al. (2016). Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry*, 6(3), 372–380.
10. Pacifico, R., Riccardi, I., Stratta, P., Rossi, A. (2008). Psicopatologia delle allucinazioni verbali uditive. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 413-424.
11. Van OS, J., & Krabbendam, L. (2002). Cognitive epidemiology as a tool to investigate psychological mechanisms of psychosis. *Paper presented at the annual meeting of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Maastricht, The Netherlands*.
12. Melli, G., & Sica, C. (2015). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Eclipsi.
13. Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
14. Mayhew, S., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138.
15. Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., Van der Gaag, M., Bentall, R.P., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I.E., Johns, L.C., Varese, F., García-Montes, J.M., Waters, F., Dodgson, G., McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 202-12.
16. Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.
17. Holas, P., Jankowski, T. (2013). A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology*, 48 (3), 232–24.
18. Pinto, A. (2009). Mindfulness and Psychosis, in *Clinical Handbook*, New York: Springer.
19. Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 333–334.
20. Brown, L.F., Davis, L.W., LaRocco, V.A., & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on Mindfulness Meditation Training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13 (3), 224–242.
21. Shonin, E., Van Gordon, W., Griffiths, D. M. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 124-127.
22. Ashcrofr, K., Barrow, F., Lee, R., & MacKinnon, K. (2011). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *The British Psychological Society*, 327–334.
23. Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodgkinson, K. (2010). Mindfulness Groups for Psychosis; Key Issues for Implementation on an Inpatient Unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, (39), 349–353.
24. Pollak, S. M., Pedulla, T., Siegel, R. D. (2015). *Mindfulness in psicoterapia. Tecniche integrate*. Edraeditore.
25. Lorenzini, R., Coratti, B. (2008). *La dimensione delirante. Psicoterapia cognitiva della follia*. Raffaello Cortina Editore.
26. Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2012). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Milano: FrancoAngeli.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La clinica *attuale* in psicoanalisi dell'infanzia e dell'adolescenza: interrogativi ed ipotesi euristiche

Daniela Cantone¹, Carmela Guerriera¹

¹ Dipartimento di Psicologia – Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli



Citation

Cantone D., Guerriera C. (2019).
La clinica attuale in psicoanalisi
dell'infanzia e dell'adolescenza:
interrogativi ed ipotesi euristiche
Phenomena Journal, 1, 69-75
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.62>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Daniela Cantone
daniela.cantone@unicampania.it

Ricevuto: 15 ottobre 2019

Accettato: 12 novembre 2019

Pubblicato: 15 novembre 2019

ABSTRACT

The authors begin their dissertation starting from an epistemological question at the center of the scientific interest of contemporary psychoanalytic research, that is to say if in the current clinic we can identify new expressions of codified psychopathologies or we must, instead, think of new categories. Through an examination of the most recent psychoanalytic literature, they propose a reading key of the “current clinic” citing authors for whom the “current neuroses” seem to recur through psychosomatic or somatopsychic manifestations; pre-symbolic or a-symbolic psychic functioning, psychic two-dimensionality, adhesiveness and some “acts”, such as attacks on the body so stigmatizing adolescence, where the subject is put in check by the impossibility to remove and to represent himself in a *après-coup*, a traumatic experience. Following these lines of research and taking up the heuristic value of the concept of an repressed unconscious, it is hypothesized that in the current clinic an invariant psychism is expressed, of not becoming, but also of the current in the Freudian sense, in which the repeated search for pleasure prevails sensual, rhythmic. The new scenarios of mental suffering describe subjects without significant “words”, a representation of themselves that springs from a true encounter with the Other by itself, with extraneous, disturbing aspects, waiting to be perceived, tolerated, thought out and perhaps integrated, but which are instead evacuated, projected together with a sense of self into a virtual dimension (via smartphone, tablet) experienced as a truer reality than tangible reality, and yet not definable as a hallucinatory delusion. Some authors detect the change in becoming a subject and the means to express it, and consequently in psychic configurations and organizations.

KEYWORDS

Actualneurosis, a-symbolic psychic functioning, psychopathology of the linking, process of subjectivation.

ABSTRACT IN ITALIANO

Le Autrici iniziano la loro dissertazione partendo da un quesito epistemologico al centro dell'interesse scientifico della ricerca psicoanalitica contemporanea, vale a dire se nella clinica attuale si possano individuare nuove espressioni delle psicopatologie codificate o si debba, invece, pensare a nuove categorie. Attraverso una disamina della letteratura psicoanalitica più recente, esse propongono una chiave di lettura della “clinica attuale” citando autori per i quali le “nevrosi attuali” sembrano ripresentarsi attraverso manifestazioni psicosomatiche o somatopsichiche; funzionamenti psichici pre-simbolici o a-simbolici, bidimensionalità psichica, adesività e alcuni “agiti”, come gli attacchi al corpo così stigmatizzanti l'adolescenza, laddove il soggetto è messo in scacco dall'impossibilità di rimuovere e di rappresentare-si in un *après-coup*, un vissuto traumatico. Seguendo queste linee di ricerca e riprendendo il valore euristico del concetto di inconscio non rimosso, viene ipotizzato che nella clinica attuale si esprima uno psichismo invariante, del non divenire, ma anche dell'attuale in senso freudiano, in cui prevale la ricerca ripetuta del piacere sensuale, ritmico. I nuovi scenari della sofferenza psichica descrivono soggetti privi di “parole” significanti, di una rappresentazione di sé che scaturisca da un vero incontro con l'Altro da sé, con gli aspetti estranei, inquietanti, in attesa di essere percepiti, tollerati, pensati e forse integrati, ma che vengono, invece, evacuati, proiettati insieme al senso di sé in una dimensione virtuale (attraverso smartphone, tablet) vissuta come realtà più vera della realtà tangibile, e tuttavia non definibile come delirio allucinatorio. Alcuni autori rilevano il cambiamento nel divenire soggetto e dei mezzi per esprimerlo, e conseguentemente nelle configurazioni e organizzazioni psichiche.

PAROLE CHIAVE

Nevrosi attuali, funzionamento psichico a-simbolico, psicopatologia del legame, soggettivazione.

Introduzione

Oggetto del presente lavoro è la “clinica attuale”, nel campo della psicoanalisi dell’infanzia e dell’adolescenza, e gli interrogativi che essa ci pone: possiamo considerarla come l’espressione nuova della sofferenza psichica, di natura psiconevrotica, psicotica o borderline, così come fu definita in macro categorie dalla psicoanalisi classica, oppure essa è segno evidente di nuove organizzazioni psicopatologiche, le quali richiederebbero una altrettanto nuova chiave di lettura in grado di de-crittografarle? Rispondere a tali interrogativi è possibile solo se poniamo la questione in termini di epistemologia psicoanalitica e, di conseguenza, di diagnostica e di metodologia.

Le Autrici, attraverso una disamina della letteratura psicoanalitica più recente, propongono una chiave di lettura della “clinica attuale” a partire da alcune prime considerazioni: l’aggettivo “attuale” ha immediatamente un doppio rimando, da un lato, all’attualità della clinica, in senso temporale, del tempo attuale, del quale rileva l’incidenza nei nuovi modi di costituzione della soggettività; dall’altro, esso rimanda all’aggettivo “attuale” posto da Freud accanto a un certo tipo di nevrosi, distinte dalle psiconevrosi, e poste al di fuori del campo di azione della psicoanalisi. Le “nevrosi attuali” sembrano individuabili, oggi, nei funzionamenti psichici pre-simbolici o a-simbolici, nella bidimensionalità psichica, nell’adesività e negli “agiti” che spesso coinvolgono anche il corpo; lo psichismo appare così impossibilitato a porre in essere la rimozione, la capacità rappresentativa, trasformativa di vissuti traumatici e in generale a consentire il passaggio dai processi primari a quelli secondari.

Evidenze della letteratura e riferimenti epistemologici del modello

Dominique Scarfone [1] ricorda le caratteristiche delle nevrosi attuali: nessun legame con la storia infantile, hanno una causalità “prossima, quasi immediata, senza elaborazione psichica”, in un tempo lineare e breve [1, p.98] «L’aspetto temporale dell’attuale - continua Scarfone - non deve tuttavia occultarne la dimensione di atto, altrettanto indicato dal termine, nella quale ugualmente si manifesta il contrasto con le psiconevrosi: atto come pura scarica di tensione per contrasto con l’acting out inscritto in una trama fantasmatica» [1, p.99]. Uno psichismo che si propone nella forma della ripetizione piuttosto che del dipanarsi in un’elaborazione e quindi nella trasformazione.

Le nevrosi attuali, a partire dai lavori di Ferenczi, sono associate anche alle manifestazioni psicosomatiche o somatopsichiche¹, alle forme del pre-simbolico o dell’a-simbolico, alla bidimensionalità psichica, all’adesività. Inoltre, esse rinviano a ciò

¹ Nei suoi sviluppi storici, si sa quanto la categoria delle nevrosi attuali e la loro differenza dall’elaborazione e dalla temporalità psichica più complessa delle psiconevrosi siano state alla base dell’elaborazione psicosomatica che si è sviluppata ormai da più di cinquant’anni. Infatti, parecchi decenni dopo, l’elaborazione psichica più o meno difettosa sarà presa in considerazione nella teorizzazione della Scuola psicosomatica di Parigi (in particolare Marty, de M’Uzan, David e Fain) che saprà mettere al lavoro la nozione di nevrosi attuale al servizio di una rinnovata comprensione del rapporto tra funzionamento psichico e malattia somatica. Ciò contrasterà con la scuola di Chicago, nella quale, per dirlo concisamente, Alexander tentava una teorizzazione psicosomatica fondata sul modello della conflittualità psiconevrotica. [1, p.99]

che comunemente sono definiti come “agiti”, ad esempio gli attacchi al corpo (atti auto lesivi di varia natura, incidenti, tentativi di suicidio) così stigmatizzanti l'adolescenza, laddove il soggetto è messo in scacco dall'impossibilità di rimuovere e di rappresentare, in un *après-coupe*, un vissuto traumatico. Sempre Scarfone [1] sottolinea la caratteristica, la funzione, di ripetizione, di ciò che non è ancora o non potrà diventare passato, iscriversi in una storia, in un flusso temporale, non lineare, ma scandito, differenziato tra un primo, un durante e un poi. Nell'attuale abbiamo il ripresentarsi dell'identico, del non accessibile, del non rimosso, del traumatico. Un tempo unico, in cui si perpetua l'azione di una forza non legata, una cosa che attende di essere messa in parola per potere essere innanzitutto percepita e poi forse “sognata”.

Luis J. Martín Cabré [2] a proposito delle funzioni del sogno, riprende la concezione freudiana del sogno come realizzazione, in forma allucinatoria, di un desiderio inconscio rimosso [3], ponendolo a confronto con la funzione traumatolitica del sogno, nella concezione di Ferenczi [4]. Sulla scia di quanto già Freud aveva anticipato in alcuni suoi scritti, Ferenczi distingue due stadi-funzioni del sogno: il primario e il secondario. Limitandoci qui al primario, Ferenczi ne descrive come caratteristica la ripetitività; esso è costituito da “impressioni sensoriali violente, non sdoganabili, inaccessibili alla memoria, alla coscienza, al ricordo perché avvenuti in momenti di non-coscienza e che pertanto non furono mai oggetto di rimozione [...] in un rapporto diretto con la scena traumatica” [2, pp. 396-397]. Ciò troverà una sua collocazione nel concetto di inconscio non rimosso e nelle scoperte delle neuroscienze sulla memoria implicita. Si potrebbero allora rintracciare, nei pazienti del nostro tempo, queste modalità di funzionamento psichico, queste forme di espressione di uno psichismo invariante, nel senso del non divenire, ma anche dell'attuale, in senso freudiano. Risulta interessante ciò che Cabré scrive a proposito della concezione dell'inconscio non rimosso, la quale ha trovato, a suo dire, in autori come Bleger [5], Aulagnier [6], Bollas [7], Mancia [8], uno sviluppo nella direzione di una visione della “vita psichica come una continua trasformazione tra la non-rappresentazione e la rappresentabilità e tra l'impronta della memoria senza ricordo e il sogno che cerca di simbolizzarla” [2, p. 398]. Assumono in quest'ottica maggiore rilievo la misura della capacità di ciascun soggetto di integrare e di elaborare le esperienze psichiche scaturite dai “passaggi”, da una fase, da uno stadio o da una posizione all'altra, dello sviluppo e anche dalle “cesure” [9] determinate da cambiamenti profondi nella vita del soggetto.

Ipotesi di studio

Riprendendo il passo in cui ci si riferisce all'atto come scarica di tensione in base al principio di costanza con finalità difensive e conservative, si propone, diversamente, di guardare alla questione del piacere in un altro senso, non come calo della tensione, quindi, e chiedersi in cosa consista il piacere, dove sia il sollievo, per gli adolescenti costantemente impegnati nell'uso del cellulare, o del tablet, che risultano essere vere protesi del corpo e fonti di continuo eccitamento.

In un suo saggio inserito nel volume *Il desiderio e il suo oggetto* [10] R. Pozzi [11]

trova che nell'apparato psichico descritto da Freud, il piacere sembra derivare dalla scarica di tensione e il dispiacere, invece, dall'incremento della tensione, ma ne *Il problema economico del masochismo* [12], sostiene R. Pozzi, Freud avrà un'intuizione, non sviluppata però, sull'associazione del piacere a una qualità ritmica dell'esperienza piuttosto che a una quantità scaricata, un ritmo che consiste nella "sequenza temporale dei cambiamenti, degli aumenti e delle diminuzioni della quantità di stimolo". [12, p.6]. Ma pensando al neonato, o comunque all'infante, nota R. Pozzi, il desiderio "va verso il piacere associato all'eccitazione, verso la stimolazione piacevole dei sensi che rappresenta la vera soddisfazione del desiderio". Egli ricercerebbe, quindi, oltre al prolungamento della "quiete" della vita intrauterina, anche "le stimolazioni sensoriali gradevoli di ogni tipo". L'Autrice conclude che il piacere, visto in questa prospettiva, è il "prolungamento piacevole di una tensione che dà origine a un godimento che è molto più complesso del puro sollievo" [11, pp. 64-65]. Si tratta di un piacere sensoriale, sensuale, differente dall'erotismo orgasmico, dove il saliscendi dell'eccitazione ha un'acme e una caduta-risoluzione. Ancora una volta il rimando è ai giovanissimi, ai loro comportamenti sessualizzati, non assimilabili però alle espressioni, al dispiegarsi, della psicosessualità; comportamenti nei quali essi indugiano, si immergono, o che subiscono e da cui dipendono, grazie anche alla fruibilità, non dei corpi, ma del virtuale cosificato nei devices; si pensi inoltre, alla frequenza del ricorso all'atto, insito, come si diceva, nelle forme dell'attuale, al prolungamento senza tempo dell'eccitamento piacevole, anche nel suo pervertimento sado-masochistico. Altri interrogativi riguardano i diversificati destini del sessuale, e lo strano diffondersi, in età sempre più precoce, della diagnosi di "disforia di genere". Tra le forme dell'attuale riscontriamo, altresì, le disorganizzazioni derivanti dalla distruttività orientata verso l'esterno, così come dalla distruttività rivolta verso l'interno, e gli esiti psicopatologici derivanti dall'intolleranza verso ciò che si discosta dall'immagine idealizzata di sé. Kaës [13;14] indica forme severe di narcisismo negativo e di masochismo primario, anche queste sempre più diffuse, nonché patologie dell'originario e della simbolizzazione primaria. «Ma - aggiunge - sono anche patologie del legame e delle loro correlazioni intersoggettive e transoggettive. La psicopatologia del legame descrive e interpreta disfunzionamenti specifici e una sofferenza che possono e devono essere rapportati alle caratteristiche psichiche del legame nei suoi soggetti costitutivi e non alle sole caratteristiche individuali. Ci troviamo così a lavorare con il paradosso di una psicopatologia del legame che non implica necessariamente una psicopatologia dei suoi soggetti costitutivi» [13, p.968]. Il discorso degli Autori finora citati, lo sguardo sempre più rivolto a gli esordi della vita psichica, alle forme patologiche dei processi di simbolizzazione e dei legami, l'aumento delle manifestazioni del disagio attraverso il somatico, spingono la ricerca psicoanalitica contemporanea nella direzione dei processi originari e primari, e richiamano quanto affermato da Bion nella sua definizione del "proto-mentale", e delle sue manifestazioni: «Dato che si tratta di un livello in cui il fisico e il mentale sono indifferenziati, si capisce perché, quando da questo prende origine un sentimento di angoscia, esso può manifestarsi tanto in forma fisica che in forma psicologica. Sono

questi livelli proto-mentali che costituiscono la matrice delle malattie di gruppo. Queste malattie si manifestano nell'individuo ma hanno delle caratteristiche che dimostrano chiaramente come sia il gruppo più che l'individuo ad esserne affetto, [...] è [...] negli individui riuniti in gruppo che si trova il terreno adatto a capire la dinamica dei fenomeni proto-mentali. Lo stadio proto-mentale nell'individuo è solo una parte del sistema proto-mentale, perché i fenomeni proto-mentali sono funzione del gruppo e perciò devono essere studiati in questa sede» [15, p.109] Dovremmo allora analizzare le forme del disagio che si esprimono al livello dei gruppi, primari, come la famiglia, ma anche secondari, gruppi dei pari, gruppi istituzionali, per cogliere gli effetti della ipermodernità sulla costruzione e sulla specificità dei legami psicopatologici. Si tratta di un cambiamento di prospettiva, di una scelta del campo d'indagine, e non di abbandonare il paradigma psicoanalitico con la centralità dell'inconscio, delle sue produzioni e del suo potere creativo.

Conclusioni

Le attuali manifestazioni della sofferenza psichica descrivono soggetti privi di "parole" significanti, di una rappresentazione di sé che scaturisca da un vero incontro con l'Altro da sé, con gli aspetti estranei, inquietanti, in attesa di essere percepiti, tollerati, pensati e forse integrati, ma che vengono, invece, evacuati, proiettati insieme al senso di sé in una dimensione virtuale vissuta come realtà più vera della realtà tangibile, e tuttavia non definibile come delirio allucinatorio. Semi [16] definisce deco-scientizzazione un fenomeno in aumento nelle nuove generazioni, rilevando un disinvestimento generalizzato, una sorta di iperrealismo, di pseudo adattamento, in cui "la realtà [...] può essere usata solo intanto e in quanto si presta alla soddisfazione momentanea o addirittura rituale di un desiderio". Anche da adulto il soggetto che si trovi in tale dimensione psichica si rifugerà "nella sfera della sensorialità e del direttamente percettibile" e riconoscerà "come area interessante della umanità quella immediatamente conoscibile" [16, p.21].

Di fronte a tali nuovi scenari, la clinica scopre inadatti o non più efficaci certi dispositivi e certi modelli costringendoci a rivederli, spingendoci a volte a modificarli o adattarli alle nuove domande di aiuto, mute o messe in parola. Non sempre questo movimento però è indice di apertura, di ricerca, di confronto; a volte è l'esito di un adattamento che, se operato in modo acritico, rischia di tradursi in una rinuncia alla ulteriore ricerca in questo campo e, quindi, allo sviluppo del pensiero psicoanalitico. Tuttavia, non possiamo non rilevare che sono cambiate, anche per ragioni antropologiche e sociali, le configurazioni dello psichismo, le organizzazioni psichiche; sono cambiate le forme espressive del divenire soggetto, e si sono moltiplicati i mezzi per esprimerlo. Ciò risulta più evidente, è naturale, in coloro che sono nel cammino della soggettivazione, i bambini e gli adolescenti. Se è indubbia l'esigenza di ridurre la complessità individuale a fenomeni costanti e generalizzabili in una dimensione sovra-individuale, come risulta dagli obiettivi della ricerca scientifica contemporanea nel campo della psicodiagnostica, essa non deve, non può, saturare il processo conoscitivo in psicoanalisi [17]. Concordiamo, quindi, con quanto sostiene Lolli [18]

quando definisce la diagnosi psicoanalitica come “pratica (credo, la più raffinata) di ascolto” della parola del soggetto analizzante, e conclude: «È nelle pieghe del suo testo, nella lettura attenta di quanto il paziente porta in seduta, che l’analista può rinvenire i dati necessari per arrivare a definire il rapporto del soggetto con la struttura e gli effetti, sul piano sintomatico, che esso ha, eventualmente, generato» [18, p.113] Il pensiero di Lolli richiama quello di altri autori contemporanei che si cimentano da tempo nel dirimere la questione della diagnosi secondo la psicoanalisi, e che in diversi modi mettono in guardia dalle seduzioni operate da nuove proposte di sistemi classificatori, che rischiano di condizionare l’osservazione e l’ascolto psicoanalitico del paziente, da considerare, invece, sempre, nella sua irriducibile unicità. Cambia, quindi, l’obiettivo dell’analisi: dal lavoro sulla storia narrata e riattualizzata da un soggetto già costituito, essa diverrebbe il predisporre le condizioni per il processo di soggettivazione, e il creare una temporalità storica lì dove invece si manifesta ciò che Scarfone chiama *impassato*, un tempo contrassegnato dall’impasse. L’analisi deve allora favorire il verificarsi di questo processo di soggettivazione così che ciò che si presenta solo come ripetizione possa essere processato dall’attività psichica e divenire passato aprendo ad un divenire [2].

BIBLIOGRAFIA

1. SCARFONE, D. (2013). L'attuale in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 59 (1):99-104.
2. CABRÉ L.J.M. (2011). La funzione traumatolitica del sogno. *Rivista Psicoanal.*, 57(2):395-399
3. FREUD S. (1900). Il sogno. *OSF*, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1967-1980.
4. FERENCZI S. (1931). Revisione dell'Interpretazione dei sogni. In *Riflessioni sul trauma. Opere*, v. 4, Cortina, Milano, 2002.
5. BLEGER J. (1967). *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico*. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1992.
6. AULAGNIER P. (1975). *La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato*. Borla, Roma, 1994.
7. BOLLAS C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Borla, Roma, 1989.
8. MANCIA M. (2004). *Sentire le parole*. Bollati Boringhieri, Torino.
9. BION W.R. (1977). Caesura. In *Cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino, 1981.
10. RUSSO R, ZONTINI G. (a cura di) (2016). *Il desiderio e il suo oggetto*. Quaderni CNP, Franco Angeli, 2016.
11. POZZI R. (2016). Desiderio, corpo, linguaggio. In Russo R, Zontini G. (a cura di) (2016). *Il desiderio e il suo oggetto*. Quaderni CNP, Franco Angeli, 2016.
12. FREUD S. (1924). Il problema economico del masochismo. *OSF*, vol. 10. Boringhieri, Torino, 1967-1980.
13. KAËS R. (2008). Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto. *Rivista di psicoanalisi*, 2008, LIV, 4.
14. KAËS R. (2012). *Il malessere*. Borla, Roma, 2013.
15. BION W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1972.
16. SEMI A. A. (2004). Trasformazioni in atto nel soggetto contemporaneo. In: Luderin P. e Boni M. (a c. di) *Foto di gruppo con autoritratto da giovane*. Cafoscarina Editrice, Venezia.
17. GUERRIERA C. & CANTONE D. (2019). Psicopatologia e Psicoanalisi tra conoscenza, diagnosi e cura. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 1 (1), 37-43. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.28>
18. LOLLI, F. (2015). Il tempo della diagnosi. In *Notes per la psicoanalisi*, n. 6-2015, Biblink editori, Roma

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Il grado zero dell'empatia: Capacità empatiche e correlati neurali nella psicopatia

Nicole Nascivera¹, Tilde Annunziato¹, Martina Messina¹, Anna Di Leva¹, Marco Letterese¹, Yari Mirko Alfano¹

¹ Sipgi - Scuola di specializzazione in psicoterapia gestaltica integrata, Torre Annunziata, Napoli Italia



Citation

Nascivera N., Annunziato T., Messina M., Di Leva A., Letterese M., Alfano Y. M. (2019).
Il grado zero dell'empatia:
Capacità empatiche e correlati
neurali nella psicopatia
Phenomena Journal, 1, 76-82
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.49>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Nicole Nascivera
nicole.nascivera@gmail.com

Ricevuto: 15 maggio 2019

Accettato: 12 novembre 2019

Pubblicato: 16 novembre 2019

ABSTRACT

Empathy is a multidimensional construct that develops on two levels: an affective level and a cognitive level. Recent studies have shown that empathic abilities are compromised in some specific cases. Psychopathy, in particular, is characterized by a total absence of affective empathy. Subjects with a diagnosis of psychopathy would seem, however, to possess the skills related to cognitive empathy. The main areas involved in empathic processes are the anterior cingulate cortex and the anterior insula. This work, starting from a careful analysis of the previous scientific literature, has made it possible to raise awareness of the impossibility, with psychopathic subjects, to develop therapeutic plans based on contact and management of emotions. Therefore, the possibility of creating a therapeutic plan aimed at strengthening empathic abilities in psychopathic subjects has been hypothesized. In conclusion, we highlight the possibility of using meditative techniques and mindfulness to increase the self-awareness of these subjects. Starting from these assumptions we hypothesize the need to investigate the effectiveness of these techniques in the treatment of subjects diagnosed with psychopathy, starting from the scientific results reported by studies in the neurobiological field.

KEYWORDS

empathy, empathic processes, psychopathy, mindfulness.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'empatia è un costrutto multidimensionale che si sviluppa su due livelli: un livello affettivo e un livello cognitivo. Studi recenti hanno dimostrato che le abilità empatiche risultano compromesse in alcuni casi specifici. La psicopatia, in particolare, è caratterizzata da una totale assenza di empatia affettiva. I soggetti con una diagnosi di psicopatia sembrerebbero, però, in possesso delle abilità relative all'empatia cognitiva. Le principali aree coinvolte nei processi empatici sono la corteccia cingolata anteriore e l'insula anteriore. Questo lavoro, a partire da una attenta analisi della letteratura scientifica pregressa, ha permesso di consapevolizzare l'impossibilità, con soggetti psicopatici, di elaborare piani terapeutici basati sul contatto e la gestione delle emozioni. Quindi, si è ipotizzata la possibilità di creare un piano terapeutico volto al potenziamento delle abilità empatiche nei soggetti psicopatici. In conclusione, si evidenzia la possibilità di servirsi di tecniche meditative e della mindfulness per l'incremento dell'autoconsapevolezza di tali soggetti. Partendo da tali assunti si ipotizza la necessità di indagare l'efficacia di tali tecniche nel trattamento dei soggetti con diagnosi di psicopatia, a partire dai risultati scientifici riportati dagli studi in ambito neurobiologico.

PAROLE CHIAVE

empatia, processi empatici, psicopatia, mindfulness.

1. Empatia: una prospettiva neurobiologica

Il costrutto di empatia non ha una definizione universalmente riconosciuta in quanto gli studi precedenti si sono concentrati su aspetti filosofici e comportamentali [1, 2]. Ultimamente la ricerca si è concentrata sull'individuare le reti neurali sottostanti tale processo. Le neuroscienze, in particolare, hanno dato un contributo importante per comprendere le basi cerebrali dell'empatia. Una definizione recente afferma che il processo empatico si verifica quando l'osservazione o l'immaginazione di stati affettivi altrui induce stati condivisi nell'osservatore [1, 3], e coinvolge diverse componenti come la condivisione affettiva, l'autoconsapevolezza e la differenziazione sé-altro [1]. Nel 2002, Preston e de Waal [4] hanno suggerito che immaginare e osservare l'altro in un determinato stato emotivo, attivi nell'osservatore automaticamente il medesimo correlato neurale, la cui risposta associata è autonoma e somatica. Inoltre, la scoperta dei neuroni specchio ha evidenziato un meccanismo neurale implicato nella rappresentazione e comprensione delle azioni condivise [1, 5]. Infatti, studi recenti hanno suggerito che la corteccia somatosensoriale potrebbe attivarsi in risposta alla percezione del dolore altrui [6, 7]. I recenti studi con fMRI hanno evidenziato che le principali strutture cerebrali coinvolte nell'empatia sono l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore/dorsale, per quanto riguarda le risposte di disgusto, di piacere, di dolore fisico/emotivo, di imbarazzo e di ammirazione. Tali aree contribuiscono a generare l'esperienza soggettiva e la risposta adattiva per agire e predire gli stati emotivi propri e altrui [1, 8].

2. Un costrutto multidimensionale: empatia affettiva ed empatia cognitiva

Dal punto di vista clinico e neurobiologico, l'empatia è distinguibile in empatia affettiva (AE) e empatia cognitiva (CE) [9]. L'empatia affettiva è definita come la capacità di comprendere e condividere le esperienze emotive altrui tramite una risposta autonoma [9], mentre l'empatia cognitiva è definita come la capacità di comprendere e condividere il punto di vista altrui consentendone inferenze sugli stati mentali o emotivi [9, 10]. AE e CE possono risultare dissociabili nelle malattie psichiatriche [9], ovvero possono manifestarsi indipendentemente l'una dall'altra. La psicopatologia, la schizofrenia, il disturbo di depersonalizzazione e il disturbo narcisistico di personalità sono caratterizzati da un deficit nella AE ma non nella CE [9, 11], mentre il disturbo dello spettro dell'autismo, il disturbo bipolare e tratti borderline di personalità sono caratterizzati da una compromissione nella CE ma non nella AE [9, 12]. Gli studi sulle lesioni cerebrali hanno fornito informazioni anatomiche sulla neurobiologia relativa alla dissociazione tra empatia affettiva ed empatia cognitiva. Nello specifico, un danno bilaterale all'amigdala [9, 13] e un danno localizzato alla corteccia frontale inferiore e all'insula anteriore possono compromettere AE [9, 10]. Al contrario, CE può essere selettivamente danneggiata non solo dal normale invecchiamento ma anche da una lesione alla corteccia prefrontale mediale [9, 14].

3. Disfunzioni neurali nella psicopatologia: un'analisi delle abilità empatiche

Nell'ambito delle psicopatologie, pochi studi hanno indagato la psicopatologia, esami-

nando la dimensione emotiva e cognitiva nei soggetti psicopatici [15]. La mancanza di empatia, considerata la caratteristica principale degli psicopatici, ha ricevuto grande attenzione in ambito clinico [16, 17]. I deficit mostrati da tali soggetti (ego-centrismo, assenza di rimorsi, superficialità degli affetti e tendenza alla manipolazione) sono associati a un'incapacità di rappresentarsi mentalmente ed emotivamente un'altra persona [18]. Gli psicopatici presentano una mancanza di empatia generalizzata sia con familiari che con estranei, che non consente loro di differenziare gli stimoli emotivi dagli impulsi. Tale meccanismo porta questi soggetti ad equiparare amore ed eccitazione sessuale, tristezza e frustrazione, rabbia e irritabilità. Mentre in soggetti sani l'empatia è sempre associata a una esperienza affettiva e autonoma (tremore delle mani, battito accelerato del cuore, bocca secca, tensione muscolare o debolezza, tremori e crampi allo stomaco), nello psicopatico questo pattern di risposte fisiologiche non è presente: la loro esperienza emotiva è incompleta e superficiale ed è di natura prevalentemente cognitiva, deprivata della sfumatura affettiva che i soggetti sani evitano o cercano di ridurre [18]. A supporto di ciò, Sandvik et al., [19] hanno dimostrato che la psicopatia è associata a un deficit di riconoscimento emotivo delle espressioni facciali: gli psicopatici non sono in grado di riconoscere paura, tristezza e felicità osservando il viso dell'altro [20, 21, 22, 23]. Esiste, inoltre, una relazione tra la psicopatia e CE [24]. Lo psicopatico sarebbe in grado di comprendere correttamente a livello cognitivo quali emozioni provano gli altri e perché, ma non risulta capace di dividerne lo stato emotivo (AE). Questa disfunzione empatica è fortemente implicata nella descrizione della psicopatia: in soggetti sani vi è la capacità di predire il risultato e le conseguenze delle proprie azioni in circostanze di pericolo, mentre tale abilità non è presente nello psicopatico [25]. In accordo con questa ipotesi, uno studio recente [26], ha dimostrato che negli psicopatici tali deficit (ego-centrismo, assenza di rimorsi, superficialità degli affetti e tendenza alla manipolazione) sono associati ad un aumento del volume della sub-regione prefrontale, in particolare della corteccia orbitofrontale mediale e della corteccia prefrontale dorso-laterale, che implica una disfunzione nella regolazione delle emozioni e nel controllo emotivo. Brook e Kosson [15] hanno indagato CE in pazienti che mostravano comportamenti criminali, utilizzando la *Perspective Takingsubscale* del Davis *Interpersonal Reactivity Index* [27], dimostrando che i soggetti psicopatici mancano di insight e risultano deficitari nelle interazioni empatiche. Inoltre, attraverso la valutazione della conduttanza cutanea e della reattività cardiaca, si è evinto che le risposte emotive agli stimoli sono di natura autonoma e principalmente connesse alla componente cognitiva [28]. Gli autori, quindi, ipotizzano una difficoltà degli psicopatici nell'elaborazione di giudizi complessi, in situazioni che presentano eccessivi stimoli emotivi [28]. Le aree disfunzionali relative ad AE comprendono le regioni coinvolte nelle risposte socio-emotive, quali l'insula ventrale anteriore, la corteccia orbitofrontale, l'amigdala e il cingolato anteriore perigenico. Invece, il deficit di CE, risulta cruciale nel mancato sviluppo delle abilità pro-sociali, come conseguenza di una scarsa sensibilità agli stimoli con valenza negativa, oltre che come indice di una mancata inibizione rispetto a comportamenti violenti [9].

4. Valutare la scarsa empatia ed elaborazione di un'ipotesi di trattamento

La *Hare Psychopathy Checklist – Revised: 2nd Edition (PCL-R)* identifica le capacità empatiche come principale criterio per la valutazione della personalità psicopatica [29]. Tale strumento diagnostico si basa sulla raccolta di informazioni tramite la somministrazione di un'intervista semi-strutturata e la consultazione di fonti collaterali, al fine di verificare che i dati non siano soggetti a manipolazione [30]. La PCL-R è composta da 20 item suddivisi in 4 componenti, che convergono in 2 fattori [29]:

1. Interpersonale/Affettivo: descrive i tratti interpersonali e affettivi relativi all'interazione sociale e indaga il comportamento egoistico, insensibile e privo di rimorso.
2. Stile di vita/Devianza sociale: indaga lo stile di vita instabile e antisociale, con una particolare attenzione agli aspetti di impulsività, irresponsabilità e mancanza di scrupoli.

Nonostante la PCL-R sia lo strumento più utilizzato e universalmente riconosciuto per la valutazione della psicopatia, studi recenti [31] hanno preso in considerazione nuovi strumenti, proposti dal DSM-5 [32], per la valutazione dimensionale della personalità, quali gli *Inventari di personalità per il DSM-5 (PID-5)*. Nello specifico, si sono serviti dei facet utilizzati per diagnosticare il Disturbo di personalità antisociale: Insensibilità, Inganno, Ostilità, Impulsività, Irresponsabilità, Manipolatorietà e Tendenza a correre rischi. Studi precedenti condotti [33] avevano già dimostrato che gli individui psicopatici adottano pattern di comportamento antisociale più cronici e violenti, come riscontrato anche in studi successivi [34]. In questa prospettiva, la personalità psicopatica potrebbe essere considerata una variazione del Disturbo di personalità antisociale, in cui i facet di Tendenza a correre rischi e Manipolatorietà presentano punteggi più alti rispetto alla media. Inoltre, i punteggi ottenuti a tali facet sono coerenti con la valutazione effettuata dalla PCL-R rispetto al Fattore 2 (Stile di vita/Devianza sociale), che indaga pattern di comportamento tipici di uno stile di vita instabile e antisociale, quali la tendenza all'irresponsabilità, all'impulsività e alla mancanza di scrupoli [31]. Entrambi gli strumenti di valutazione permettono di rilevare scarsi livelli di empatia e forniscono dati utili per la diagnosi della psicopatia. Un'ipotesi di trattamento individuata da studi recenti [35, 36] ha esplorato la possibilità di incrementare le abilità empatiche attraverso l'uso di tecniche meditative e della mindfulness. Nello specifico, studi effettuati attraverso fMRI hanno rilevato che lo stato meditativo incrementa le funzioni del cingolato anteriore, in particolare quelle deputate all'attenzione esecutiva. In particolare, tra i cambiamenti indotti dalla meditazione vi è un'alterazione dello stato di attività cerebrale anche nel caso in cui il soggetto non sia coinvolto in nessun compito e non sia sottoposto ad alcuno stimolo (*resting state*). Inoltre, studi effettuati attraverso l'*Imaging* con tensore di diffusione (DTI) hanno evidenziato che la meditazione migliora la connettività funzionale della materia bianca tra il cingolato anteriore e le altre aree del cervello [36, 37]. L'utilizzo quotidiano delle tecniche meditative ha un evidente impatto sulle risposte neurali dei partecipanti. Ciò influenza la capacità di percepire uno stato di sofferenza altrui attraverso l'attivazione di uno stato mentale che altera il funzionamento dell'insula an-

teriore. Tale processo predispone il soggetto a uno stato mentale più compassionevole, promuovendo l'attenzione non giudicante rispetto alle esperienze nel qui ed ora [38].

In particolare, considerando che la psicopatia è caratterizzata da scarsi livelli di empatia, gli studi di Tang [37] e di Tang, Posner, Rothbart [36] suggeriscono la possibilità di incrementare tale capacità attraverso il potenziamento delle funzioni attentive rispetto agli stimoli ambientali. Infatti, è stato dimostrato un aumento dell'attività del cingolato anteriore ventrale nei soggetti posti in condizione di focalizzare l'attenzione sui segnali relativi agli stati emotivi altrui. Infine, studi recenti [36, 37], hanno mostrato una minore attività della corteccia cingolata anteriore ventrale durante l'osservazione di espressioni facciali che dovrebbero comunicare un sentimento di paura. I dati osservati risultano molto rilevanti per la strutturazione di un possibile piano terapeutico.

5. Conclusioni

A partire dagli studi riportati nella letteratura precedente, si riscontra un evidente limite riguardo le capacità empatiche dei soggetti affetti da psicopatia. Il numero estremamente ridotto di studi esistenti non consente ancora di ipotizzare l'elaborazione di un piano terapeutico che possa risultare efficace nel trattamento della psicopatia. Ciononostante, è possibile effettuare una valutazione degli elementi comuni emersi dagli studi presi in considerazione in questa review. In particolare, la totale mancanza di empatia affettiva nella psicopatia lascia ipotizzare l'impossibilità di elaborare piani terapeutici basati sul contatto e la gestione delle emozioni. Invece, il possesso delle abilità di empatia cognitiva rappresenta un elemento utile al fine di impostare un'ipotesi di trattamento. Tale livello potrebbe svilupparsi a partire dall'utilizzo delle tecniche meditative e della mindfulness, come ampiamente suggerito dagli studi condotti da Tang e colleghi [35], che, sfruttando strumenti come *neuroimaging* e fMRI, hanno verificato i cambiamenti manifesti a livello neurobiologico.

In conclusione, appare evidente la necessità di condurre ulteriori ricerche su entrambe le componenti dell'empatia, al fine di ottenere risultati più precisi. Inoltre sarebbe auspicabile approfondire la possibilità di utilizzare tecniche meditative e mindfulness nell'impostazione di un piano terapeutico mirato allo sviluppo dell'autoconsapevolezza e delle funzioni attentive. Infine, si ipotizza la possibilità di elaborare piani terapeutici basati sul potenziamento della componente cognitiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Bernhardt B. C., & Singer T. (2012). The neural basis of empathy. *Annual review of neuroscience*, 35, 1-23.
2. Batson C. D. (2009). These things called empathy. In J. Decety, W. Ickes (Ed.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 16-31). Cambridge, MA: MIT Press.
3. Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156 (1), 81-96.
4. Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25 (1), 1-20.
5. Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in cognitive sciences*, 8 (9), 396-403.
6. Fox, G. R., Sobhani, M., & Aziz-Zadeh, L. (2013). Witnessing hateful people in pain modulates brain activity in regions associated with physical pain and reward. *Frontiers in psychology*, 4, 772.
7. Marsh A. A., Finger E. C., Fowler K. A., Adalio C. J., Jurkowitz I. T., Schechter, J. C., Pine D. S., Decety J., Blair, R. J. (2013). Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (8), 900-910.
8. Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*, 54 (3), 2492-2502.
9. Cox C. L., Uddin L. Q., Di Martino A., Castellanos F. X., Milham M. P., & Kelly C. (2011). The balance between feeling and knowing: affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7 (6), 727-737.
10. Shamay-Tsoory S. G. (2011). The neural bases for empathy. *Neuroscientist*, 17 (1), 18-24.
11. Ritter K., Dziobek I., Preissler S., Ruter A., Vater A., Fydrich T., Lammers C. H., Heekeren H. R. & Roepke S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 241-247.
12. Harari H., Shamay-Tsoory S. G., Ravid M., Levkovitz Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175 (3), 277-279.
13. Hurlmann R., Patin A., Onur O. A., Cohen M. X., Baumgartner T., Metzler S., Dziobek I., Gallinat J., Wagner M., Maierand W. & Kendrick K. M. (2010). Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *Journal of Neuroscience*, 30 (14), 4999-5007.
14. Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132 (3), 617-627.
15. Brook M., & Kosson D. S. (2013). Impaired cognitive empathy in criminal psychopathy: Evidence from a laboratory measure of empathic accuracy. *Journal of abnormal psychology*, 122 (1), 156-166.
16. Hare R. D. (2006). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. In C. R. Bartol & A. M. Bartol (Eds.), *Current perspectives in forensic psychology and criminal justice* (pp. 107 -117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
17. Soderstrom, H. (2003). Psychopathy as a disorder of empathy. *European child & adolescent psychiatry*, 12 (5), 249-252.
18. Hare R. D. (1993). *La psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Astrolabio Ubal dini.
19. Sandvik A. M., Hansen A. L., Johnsen B. H., & Laberg J. C. (2014). Psychopathy and the ability to read the "language of the eyes": Divergence in the psychopathy construct. *Scandinavian journal of psychology*, 55 (6), 585-592.
20. Dadds, M. R., Hawes, D. J., Frost, A. D., Vassallo, S., Bunn, P., Hunter, K., & Merz, S. (2009). Learning to 'talk the talk': The relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50 (5), 599-606.

21. Hastings, M. E., Tangney, J. P., & Stuewig, J. (2008). Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and individual differences*, 44 (7), 1474-1483.
22. Dolan, M., & Fullam, R. (2006). Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: association with psychopathy. *Psychological medicine*, 36 (11), 1563-1569.
23. Blair, R. J. R., Colledge, E., Murray, L., & Mitchell, D. G. V. (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of abnormal child psychology*, 29 (6), 491-498.
24. Díaz-Galván K. X., Ostrosky-Shejet F., & Romero-Rebollar C. (2015). Cognitive and affective empathy: The role in violent behavior and psychopathy. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 78 (1), 27-35.
25. Hare R. D. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York, NY: Guilford Press.
26. Korponay, C., Pujara, M., Deming, P., Philippi, C., Decety, J., Kosson, D. S., ... & Koenigs, M. (2017). Impulsive-antisocial psychopathic traits linked to increased volume and functional connectivity within prefrontal cortex. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12 (7), 1169-1178.
27. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44 (1), 113.
28. Brook, M., Brieman, C. L., & Kosson, D. S. (2013). Emotion processing in Psychopathy Checklist—assessed psychopathy: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 33 (8), 979-995.
29. Caretti V., Manzi G. S., Schimmenti A., & Seragusa L. (2011). *PCL-R. Hare Psychopathy Checklist Revised*. Firenze, Italy: OS Giunti.
30. Ciulla S., Caretti V., & Schimmenti A. (2012). La Psychopathy Checklist—Revised di Robert Hare. *Items. La newsletter del testing psicologico*, 23.
31. Strickland C. M., Drislane L. E., Lucy M., Krueger R. F., & Patrick C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20 (3), 327-338.
32. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.
33. Neumann, C. S., & Hare, R. D. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (5), 893.
34. Drislane L. E., Vaidyanathan U., & Patrick C. J. (2013). Reduced cortical call to arms differentiates psychopathy from antisocial personality disorder. *Psychological medicine*, 43 (4), 825-835.
35. Velotti P., Garofalo C., D'Aguanno M., Petrocchi C., Popolo R., Salvatore G., Dimaggio G. (2016). Mindfulness moderates the relationship between aggression and Antisocial Personality Disorder traits: Preliminary investigation with an offender sample. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 38-45.
36. Tang, Y. Y., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2014). Meditation improves self-regulation over the life span. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307, 104.
37. Tang YY. (2017). *The Neuroscience of Mindfulness Meditation: How the Body and Mind Work Together to Change Our Behaviour*. Springer.
38. Laneri D., Krach S., Paulus F.M., Kanske P., Schuster V., Sommer J., & Muller-Pinzler L. (2017). Mindfulness Meditation Regulates Anterior Insula Activity During Empathy for Social Pain. *Human Brain Mapping*, 38 (8), 4034 - 4046.

ARTICOLO DI OPINIONE

Sofferenza mentale e cambiamento psichico in contesti non clinici: il recupero della genitorialità critica in ambito giuridico

Marco Architravo¹, Massimiliano Troisi² e Daniela Cantone³

¹ SiPGI Scuola in Psicoterapia Gestaltica Integrata

² IGAT Istituto di Gestalt e Analisi Transazionale

³ Dipartimento di Psicologia – Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli



Citation

Architravo M., Troisi M., Cantone D. (2019).
Sofferenza mentale e cambiamento psichico in contesti non clinici: il recupero della genitorialità critica in ambito giuridico
Phenomena Journal, 1, 83-90
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.65>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Marco Architravo
marco.architravo@gmail.com

Ricevuto: 16 ottobre 2019

Accettato: 13 novembre 2019

Pubblicato: 18 novembre 2019

ABSTRACT

The authors propose a reflection on how psychic change can also occur in non-clinical contexts, when a critical event involves the intervention of institutions attentive to psychological aspects. An emblematic example is the questioning of parenting skills within juvenile court proceedings. The integrated approach, between normative needs and psychological phenomena, if on the one hand suggests a reorganization of the functions of breeding and care, but also opportunities, on the other hand allows a reformulation of parts of one's personal and parental identity. In particular it describes what happens when the intervention of the Judicial Authority, together with that of the social and social health services, takes on the function of supporting and resolving the crisis rather than the exclusive judgment and control. By reading the guideline currently applicable in force concerning psychological pathways for the strengthening of critical parenting, the salient phases that characterize the judicial procedure as a moment within which new emotional resonances and renewed awareness of processes can emerge of change.

KEYWORDS

psychic suffering, parenting skills, legal context, integrated approach.

ABSTRACT IN ITALIANO

Gli autori propongono una riflessione su come il cambiamento psichico possa avvenire anche in contesti non clinici, quando un evento critico comporta l'intervento di organi istituzionali attenti agli aspetti psicologici. Un esempio emblematico è quello della messa in discussione delle capacità genitoriali all'interno dei procedimenti giudiziari minorili. L'approccio integrato, tra esigenze normative e fenomeni psicologici, se da un lato suggerisce una riorganizzazione delle funzioni di allevamento, accudimento e cura ma anche opportunità, dall'altro consente una riformulazione di parti della propria identità personale e genitoriale. In particolare viene descritto cosa accade quando l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, unitamente a quello dei servizi sociali e socio sanitari, assume la funzione di sostegno e risoluzione della crisi anziché quella esclusiva di giudizio e controllo. Attraverso la lettura delle linee guida attualmente vigenti in materia di percorsi psicologici per il rafforzamento della genitorialità critica, saranno ripercorse le fasi salienti che caratterizzano il procedimento giudiziario come momento all'interno del quale fare emergere nei genitori nuove risonanze emotive e rinnovate consapevolezza foriere di processi di cambiamento.

PAROLE CHIAVE

sofferenza psichica, competenze genitoriali, contesto giuridico, approccio integrato.

INTRODUZIONE

La risoluzione della sofferenza psichica è subordinata alla modificazione di processi intrapsichici che riguardano principalmente l'acquisizione di apprendimenti sul proprio stile comportamentale, il raggiungimento di esperienze di insight e la modificazione di stili di pensiero e di comportamento. Questi processi sono generalmente favoriti da fattori che attengono al modello psicoterapeutico e alla sua forma; Paguni [1], sottolinea come l'individuo sia stato considerato inizialmente come il luogo del disagio di cui è portatore e pertanto l'approccio elettivo per la cura psichica è stato considerato inizialmente quello esclusivamente individuale. L'autore aggiunge che lo spostamento del focus dall'individuo ad una prospettiva relazionale allargata, ha fatto emergere altre forme di trattamento psicoterapico, che coinvolgono altri soggetti oltre il portatore del disagio. L'accento è posto sul valore attribuito alla dimensione di campo gestalticamente inteso; l'esperienza dell'individuo, quindi, è insieme esperienza di sé e del contesto entro cui essa accade e dipende profondamente dagli elementi (altri individui e altre esperienze) in esso contenuti. Ci si riferisce inoltre alla forma terapeutica intesa come insieme di regole che attengono alla epistemologia e alla tecnica di ciascun approccio, per descrivere il setting terapeutico come unico luogo fisico e mentale entro il quale taluni processi possono essere elicitati o svolgersi. Ne consegue che la sofferenza psichica trova nella forma di intervento circoscritta alla psicoterapia, e alle sue varie forme, la sua dimensione elettiva per essere accolta e affrontata. Ciò nonostante l'ottica integrata suggerisce che molti fattori comuni che determinano l'efficacia della psicoterapia possono essere riscontrati anche in altri ambiti di intervento non formalmente clinici. Questo significa che la risoluzione di alcune forme di sofferenza mentale, può avere luogo anche in contesti istituzionali e di comunità che non hanno il mandato esplicito della cura.

Aguglia e Forti [2] sottolineano l'importanza di distinguere la sofferenza come fisiologica, ovvero in risposta a eventi stressanti o di cambiamento, dalla sofferenza fisiopatologica ovvero intesa come evento clinicamente rilevante. Pertanto il rapporto tra sofferenza e sue manifestazioni sintomatologiche, è un'esperienza percepita indistintamente su un piano soggettivo. Del resto la stessa differenza che veniva sottolineata da Jaspers [3] tra una sofferenza sentita nella sua propria esistenza e sofferenza per una cosa sentita come estranea spinge gli autori a definire la *sofferenza soggettiva internalizzata* e la *sofferenza soggettiva esternalizzata*, come due esperienze di dolore mentale percepite in modo del tutto diverso a secondo se siano presenti o meno capacità di insight e coscienza critica, conferendo alla soggettività del dolore una discriminante fondamentale della prognosi. Il tema della percezione soggettiva del dolore psichico però non è così nettamente demarcato in assenza della componente sintomatologica; più spesso infatti il ricorso a meccanismi di adattamento in risposta a desideri insoddisfatti comporta che l'esperienza del dolore e quella del suo superamento possano diventare in apparenza indistinte. In questo senso il raggiungimento di un reale cambiamento psichico implica che il rapporto tra dolore e sua percezione deve progressivamente essere sempre meno confuso. Scopo di questo lavoro è quello di esaminare quali sono gli elementi che possono favorire il cambiamento psichico

in contesti non clinici attraverso l'osservazione di ciò che accade in ambito giudiziario quando ci si occupa della genitorialità carente.

Dalla crisi genitoriale alla presa in carico: il procedimento giudiziario e le forme di intervento

La genitorialità critica è una esperienza di sofferenza individuale e collettiva che spesso coinvolge l'intervento dell'Autorità Giudiziaria per essere controllata e recuperata. Il fondamento epistemologico su cui si basa il senso della verifica delle competenze genitoriali in ambito giuridico è che l'interesse del minore è prevalente. Al minore deve essere garantito il diritto di essere amato, istruito, nutrito e curato, in funzione dello sviluppo armonico della sua personalità. Ma lo sviluppo sano della personalità non può prescindere da quei fattori che attengono allo sviluppo della identità condizione che passa anche dalla narrazione della propria storia familiare e individuale. Di conseguenza sul piano psicologico anche l'interesse per il ruolo del genitore è da considerarsi prevalente. Baldassarre e Pinto [4] sottolineano come diventare genitore sia un'esperienza complessa, ricca di cambiamenti sia interni che esterni ed è fisiologicamente una fase critica dell'esistenza di un individuo che attiva intensi meccanismi di proiezione, identificazione, regressione e riformulazioni identitarie. Questa complessa multifattorialità, spinge verso esigenze trasformative, e allo stesso tempo di conservazione, ma rappresenta anche un'esperienza di riparazione di parti danneggiate di sé. La qualità della esperienza genitoriale è accompagnata dalla dimensione motivazionale che corre lungo un continuum che parte dal semplice impulso procreativo fino al bisogno di rafforzare e completare il proprio assetto identitario. La sofferenza genitoriale irrompe sulla base di competenze insufficienti o carenti che spesso provengono da condizioni in cui il livello motivazionale e gli investimenti genitoriali sono più vicini all'impulso procreativo che a quello del completamento identitario. L'intervento del Tribunale quindi, come è stato accennato in precedenza, avviene quando le forme di sofferenza che ruotano intorno alla genitorialità carente sono denunciate dai parenti o dalle istituzioni (scuola, servizi sociali ecc.). Il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria spesso rappresenta l'evento acuto della crisi in atto; esso sancisce lo svelamento non soltanto di eventi confinati fino a quel momento all'interno della intimità familiare, ma rappresenta anche un'occasione inevitabile di consapevolizzare aspetti disfunzionali o patologici che fino a quel momento erano rimasti confusi, con risposte di adattamento al dolore individuale. Ne discende l'improcrastinabile necessità, che si traduce in un obbligo, di una revisione delle competenze genitoriali da parte dei genitori per non incorrere in provvedimenti limitativi o ablativi della responsabilità genitoriale, che nei casi più gravi possono tradursi nella determinazione dello stato di abbandono dei figli e nel rischio di pronuncia di sentenze di adottabilità. All'interno di questo scenario i genitori sperimentano molteplici vissuti che nella maggioranza dei casi comprendono sgomento, vergogna, rabbia, colpa e angoscia. Ciò che è messo in discussione, sul piano manifesto, è la capacità di esercitare funzioni di accudimento e cura; ma sul piano profondo ciò riguarda il disconoscimento di un ruolo che nell'immaginario del genitore

è acquisito per diritto naturale la cui decadenza determina uno stigma di accusa e giudizio di condanna oltre che una sorta di menomazione identitaria. Pertanto l'intervento istituzionale è percepito come una espropriazione di tale diritto naturalmente acquisito - essere genitore - da cui scaturisce la percezione di essere vittime di una violenza istituzionale anziché destinatari di un intervento di riparazione da porre in essere. Questo passaggio risulta cruciale per potere determinare il superamento della crisi e favorire il cambiamento psichico; ma perché ciò possa accadere è necessario trattare su un piano multidisciplinare la vicenda giudiziaria spostando il focus dalla sanzione alla ricostruzione. Tale forma di intervento risulta spesso complessa avvenendo all'interno di un Tribunale che per sua natura evoca l'esperienza del giudizio e della prescrizione coercitiva. Pertanto l'intervento istituzionale posa uno sguardo su una sofferenza che si articola su più livelli coinvolgendo più soggetti: c'è una sofferenza esplicita che riguarda la condizione di disagio dei minori che naturalmente include le dinamiche che attengono ai conflitti di lealtà sperimentati nei confronti dei genitori; c'è la sofferenza dei genitori che, come detto in precedenza, vedono violato un diritto percepito come naturale, essa è essenzialmente legata a sentimenti di ansia e di ingiustizia; c'è poi un livello di sofferenza più profondo che precede l'intervento istituzionale che certamente in qualche modo lo determina, e che attiene ai nodi non risolti della vita dei genitori che ricadono sulla loro esperienza genitoriale, e quindi sui figli, esitando nell'evento critico. Si tratta in questo caso di individui che sono stati figli danneggiati e che quindi non hanno introiettato un modello genitoriale sano cui riferirsi e identificarsi, da riproporre nella propria esperienza di genitori. Queste forme di sofferenza psicologica si coniugano sovente con condizioni di svantaggio economico e socioculturale o problematiche psichiatriche. A ciò si aggiunge l'incapacità di riconoscere o di vedersi riconosciuta la sofferenza da cui si è in quel momento affetti. Un esempio emblematico è quello del controllo della genitorialità per quelle coppie i cui figli autori di reati sono entrati nel circuito penale. Cantone et al. [5] sottolineano come i comportamenti di devianza in adolescenza caratterizzati dal ricorso alla violenza, scaturiscano dall'esposizione a un ambiente criminale e familiare, soltanto per una percentuale ridotta, mentre nella maggior parte dei casi ciò dipende da fattori caratteriali e temperamentali che declinano l'esperienza della rabbia e della violenza in comportamenti antisociali. In questo caso può risultare complesso interpretare tali comportamenti sul solo versante delle incapacità genitoriali il che impone quindi una lettura multifattoriale che superi il solo intervento prescrittivo a carico dei genitori. Ciò nonostante perché il genitore possa approcciarsi ad una possibilità di cambiamento è inevitabile predisporre forme di intervento organizzate all'interno di un contesto normativo. Il Tribunale, quindi, procede secondo uno iter schematico caratterizzato da diverse fasi che vanno dalla contestazione, alla prescrizione di interventi volti alla presa in carico e al rafforzamento delle carenze genitoriali fino alla verifica dell'efficacia di tali interventi e dei cambiamenti maturati. Ciascuno di questi momenti attiva differenti processi emotivi che possono rappresentare l'opportunità di passare dal riconoscimento e dall'accettazione della sofferenza per giungere a esperienze di trasformazione o di vero e proprio cambiamento

psichico:

1. la segnalazione all'Autorità Giudiziaria solitamente avanzata dal Servizio Sociale che in genere ha già posto in essere misure di intervento di vario genere e che non hanno dato esito;
2. la convocazione (prima udienza) e l'ascolto delle parti (i genitori), le dichiarazioni rese in ordine alle contestazioni loro addebitate e la raccolta della loro disponibilità ad essere sostenuti e seguiti dal punto di vista psicologico per il ripristino delle loro funzioni genitoriali;
3. l'ascolto del/i minore/i in via delegata e non collegiale alla presenza di un curatore o tutore nominato, (unico legale ammesso all'udienza istruttoria);
4. l'escussione degli operatori socio sanitari che a vario titolo sono coinvolti e si occupano della vicenda (casa famiglia, servizio sociale, professionisti della salute mentale o parenti della coppia genitoriale);
5. le udienze collegiali di verifica o di conclusione del procedimento sugli esiti dei percorsi.

Ciascuno di questi momenti è determinato da una ritualità procedurale volta alla acquisizione di dati che consentano al giudice di pronunciarsi sulla decadenza o sulla reintegra della genitorialità sospesa in via provvisoria. Lo snodo critico è rappresentato dalla prima udienza, la fase della contestazione durante la quale vengono esposti "i fatti" ovvero l'insieme delle carenze dei genitori che hanno obbligato le istituzioni a intervenire. Dovere rispondere della efficacia delle proprie competenze affettive e di accudimento spesso rappresenta per i genitori sottoposti a un giudizio una esperienza traumatica: la propria integrazione identitaria risulta minacciata in quanto spesso i figli rappresentano la realizzazione di un riscatto individuale che fortifica e stabilizza la percezione di sé che, invece, l'esperienza vissuta in Tribunale rischia di fare decadere. Molti genitori inoltre sono stati a loro volta figli che hanno vissuto esperienze di istituzionalizzazione e per questo è facile comprendere come essere sottoposti a questo tipo di giudizio attivi stati emotivi che sollecitano spinte regressive rievocando uno stato mentale ormai collocato in un passato che l'esperienza della genitorialità ha riparato solo in parte. Essi rivivono quindi la complessità di essere stati figli non tenuti nella mente di propri genitori in modo sufficientemente efficace, e di conseguenza ci si confronta con l'idea di essere vittime di uno stigma identitario del quale appare impossibile liberarsi. Per questa ragione accettare di sottoporsi ad un percorso di rafforzamento delle competenze genitoriali, benché formalmente non sia un obbligo, non può che essere percepito psicologicamente se non come tale; ciò

rende difficile percepire questa proposta come una opportunità di revisione di parti di se non ancora del tutto sanate. Perché quindi tale opportunità riparativa venga colta è necessario che sin dal primo momento venga spiegata in quanto tale. Il genitore che arriva a riferire in Tribunale sulle proprie inadempienze, e che quindi nel proprio immaginario si rappresenta l'udienza come una raccolta di prove di colpevolezza a suo carico, prende contatto con una realtà che può essere rappresentata in modo differente dove la proposta di essere sostenuti sul piano psicologico è già in sé il riconoscimento di una difficoltà piuttosto che di una colpa. È già a partire da questa fase che il cambiamento psichico può avere luogo; c'è da considerare infatti che spesso per molte coppie di genitori l'escussione in Tribunale è una di quelle rare occasioni, se non la prima della loro vita da genitori, in cui qualcuno raccoglie la testimonianza della propria esperienza, mai riconosciuta come sofferenza, seppur all'interno di un contesto e di una prassi giuridica. Un altro momento di grande importanza è l'ascolto del minore. Questa fase meriterebbe un lavoro di riflessione approfondito a parte; per adesso ci limiteremo ad alcune osservazioni cercando di comprendere che cosa significhi per un genitore, ma anche che possibilità può offrire. Serra [6] sottolinea come si è passati dal domandarsi se fosse opportuno ascoltare un minore nel contesto giudiziario a come invece l'ascolto deve essere effettuato. Solitamente ascoltare i minori nelle more di un procedimento per il controllo della responsabilità genitoriale ha la funzione di raccogliere sommarie informazioni sugli eventi oggetto della contestazione ai genitori; più in particolare il componente privato delegato dal collegio cerca di sintonizzarsi sul vissuto del minore in ordine alla rievocazione delle condizioni di vita della famiglia e in particolare in che modo i genitori sono stati carenti; ciò che è maggiormente rilevante però non è l'aspetto probante della narrazione bensì potere cogliere il vissuto prevalente del minore e la sua percezione dei comportamenti genitoriali. È inoltre anche fondamentale comprendere il vissuto del minore relativo alle visite che i genitori svolgono nelle strutture di accoglienza dove essi sono eventualmente collocati. I genitori sono solitamente piuttosto in apprensione per il fatto che i loro figli dovranno "rendere una testimonianza", circostanza che tendono a immaginare come traumatica perché pensata come un interrogatorio. Il Tribunale informa i genitori che tutto avverrà in maniera protetta, il colloquio sarà condotto da uno psicologo esperto e potrà essere presente il legale del minore assegnato di ufficio che avrà il compito di assisterlo durante l'incontro. Genitori e figli sono molto preoccupati del tema del tradimento. I minori temono di danneggiare i genitori subendo gli effetti di un conflitto di lealtà; i genitori d'altro canto se non sono ancora usciti dalla idea persecutoria del giudizio tenderanno a percepire questa circostanza come un sopruso. Da un lato emerge un sentimento di ostilità verso l'istituzione giudiziaria, dall'altro la sofferenza patita dall'aver messo i figli in questa situazione diventa una spinta per impegnarsi ancora di più nel recupero delle proprie funzioni. Questi aspetti sono importanti ma sempre piuttosto a margine di quello che è l'intervento più significativo sul piano psicologico rappresentato dal percorso psicologico per il rafforzamento del ruolo genitoriale.

Le attuali linee guida redatte dal Cismai (coordinamento italiano dei servizi contro

il maltrattamento e gli abusi dell'infanzia) [7], suddividono l'intervento in cinque aree tematiche:

1. Definizione del contesto valutativo
2. Profilo anamnestico della coppia
3. Profilo di personalità dei genitori
4. Rapporto dei genitori con i figli
5. Indicatori prognostici di trattabilità terapeutica

Viene indicato come un percorso di questo tipo abbia una previsione di intervento di circa sei mesi. Questo approccio sottolinea la necessità di dare voce alla sofferenza del genitore e a quella dei figli, assumendo come elemento di portata trasformativa il riconoscimento del dolore psicologico. Altri aspetti rilevanti sono costituiti dall'esplorazione delle tematiche generazionali e di come esse si intrecciano con la scelta di avere avuto dei figli e il ruolo che essi rappresentano nella vita dei genitori. Un ruolo determinante è anche rappresentato dalla esperienza di collocamento in strutture di accoglienza o case famiglia per i minori. Ai genitori è consentito visitare i figli secondo le modalità stabilite dalla struttura. Questi momenti sono estremamente importanti ma anche difficili da superare. I genitori trovano i propri figli immersi in una nuova quotidianità che non è più la loro e inevitabilmente riaffiorano sentimenti di inadeguatezza, colpa, gelosia o di forte timore che i bambini possano stabilire legami alternativi e dimenticarsi di loro. Gli incontri in struttura sono per questo cruciali, sono l'occasione per aiutare i genitori a correggere gli errori fatti nelle interazioni con i propri figli, offrire loro rassicurazioni, e sentirsi rinforzati sul piano dell'efficacia attraverso la riscoperta di emozioni scaturite dalla esperienza genitoriale che fino a quel momento non avevano potuto trovare spazio.

CONCLUSIONI

Tutti questi aspetti mostrano come i processi di integrazione di ambiti non clinici possono produrre effetti di cambiamento sovrapponibili a quelli che possono avvicinarsi nel setting clinico. L'obiettivo è quello di sforzarsi di includere nella dimensione giuridica, concreta, quella emotiva del riconoscimento della sofferenza. La possibilità di elaborazione della sofferenza psichica genitoriale può potenziarsi se tale esperienza di dolore viene osservata da una prospettiva più ampia che tenga conto di come l'intervento giuridico sulla genitorialità sia permeato da vissuti psicologici profondi che non possono essere paragonabili a quelli di qualunque altro ambito del settore giuridico civile. La centralità del lavoro procedurale è essenzialmente legata alla necessità di bilanciare l'aspetto di controllo con quello esistenziale. Per questa ragione sebbene sia improprio tentare di codificare la carenza genitoriale come una diagnosi clinica, c'è da chiedersi se questa esperienza non debba trovare una sua dimensione descrittiva che stimoli una codifica più precisa degli interventi da porre in essere provenienti da differenti ambiti. È inevitabile che l'Autorità Giudiziaria debba

avvalersi di strumenti sanzionatori nei casi in cui non vi sia capacità o volontà da parte dei genitori di riparare alle proprie lacune genitoriali; ciò nonostante intervenire riconoscendo la sofferenza sottesa alla inadeguatezza genitoriale, seppur da parte di un contesto giudiziario, può modificare il campo dentro cui tale inadeguatezza si impone di essere sanata. Questo fattore di modifica del campo potrebbe accrescere le motivazioni al cambiamento stimolando nei genitori la predisposizione ad accogliere ed elaborare una diversa percezione di sé e, quindi, favorire il cambiamento con la medesima efficacia con cui ciò avviene in un contesto clinico.

BIBLIOGRAFIA

1. Paguni, R. (2000). *L'integrazione in psicoterapia: complessità e trasversalità della funzione psicoterapica*. Carocci.
2. Aguglia, E., Forti, B. (2001). Le dimensioni della sofferenza psichica, *Journal of Psychopathology*, Vol. 7, Settembre, n. 3.
3. Jaspers, K., (1913). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1985 (trad. it.).
4. Baldassarre, M., Daniela, M. T., Pinto, M. (2016), *Funzione genitoriale e psicopatologia*, Roma:Alpe.
5. Cantone, D., Sperandeo, R., & Maldonato, M. (2012). A dimensional approach to personality disorders in a sample of juvenile offenders. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (1), 42-57.
6. Serra, P., & Ceccarelli, E. (2006). *Il giudice onorario minorile*. F. Angeli.
7. Bollini, A. (2009). Procedure e protezione: l'utilizzo di protocolli e linee-guida sull'abuso all'infanzia in Italia. *Maltrattamento e abuso dell'infanzia*. OTTOBRE, 2009, (3), 1000-1012.

REVIEW

Perspective review sul tema della violenza contro le donne: l'esperienza di un centro antiviolenza del napoletano

Tilde Annunziato¹, Rita Di Gennaro¹, Yari Mirko Alfano¹, Genoveffa Amore¹,
Alfonso Davide Di Sarno¹, Concetta Vergati¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt Integrata, Torre Annunziata, Napoli



Citation

Annunziato T., Di Gennaro R.,
Alfano Y. M., Amore G., Di Sarno A. D.,
Vergati C. (2019).
Perspective review sul tema
della violenza contro le donne:
l'esperienza di un centro antiviolenza
del napoletano
Phenomena Journal, 1, 91-96
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.63>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Tilde Annunziato
tilde.annunziato@gmail.com

Ricevuto: 16 ottobre 2019

Accettato: 26 novembre 2019

Publicato: 27 novembre 2019

ABSTRACT

This perspective review focuses on the theme of violence against women and, in particular, on domestic violence in order to raise awareness of the issue and the transversality of the phenomenon and report the status of women victims of violence belonging to a neapolitan antiviolence Center, identifying the main risk factors / vulnerability. The embryonic study lays the foundations for a desirable research project, in collaboration with other anti-violence centers in the area, in order to identify the possible forms of primary and secondary prevention specific to the context.

KEYWORDS

domestic violence, DV, antiviolence center.

ABSTRACT IN ITALIANO

La presente perspective review pone l'attenzione sul tema della violenza contro le donne e, in particolare, su quella domestica allo scopo di sensibilizzazione sul tema e sulla trasversalità del fenomeno e rendicontare lo stato delle donne vittime di violenza appartenenti a un centro antiviolenza del napoletano, individuandone i principali fattori di rischio/vulnerabilità. Lo studio embrionale pone le basi per un auspicabile progetto di ricerca, in collaborazione con altri centri antiviolenza presenti sul territorio, al fine di individuare le possibili forme di prevenzione primaria e secondaria specifiche del contesto.

PAROLE CHIAVE

violenza domestica, VD, centro antiviolenza.

1. Introduzione

Il presente lavoro pone l'attenzione sul tema della violenza contro le donne e, in particolare, sulla violenza domestica (VD). La violenza nei confronti delle donne viene definita dalla Convenzione di Istanbul (2011) come *“una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata”*. La violenza contro le donne viene, di fatti, spesso definita violenza di genere, e ciò tende a sottolineare che tale violenza sia indirizzata verso le donne in quanto donne, o in quanto *“colpisce le donne in maniera sproporzionata”* [1], sottolineando la forte asimmetria a svantaggio delle stesse *“nelle possibilità di accesso alle risorse materiali e simboliche, anzitutto al potere”* [2]. La letteratura scientifica definisce l'Intimate Partner Violence - IPV o violenza domestica come la

forma più diffusa di violenza dell'uomo sulla donna, caratterizzata dall'aver luogo all'interno di una relazione di coppia sentimentale e dall'insieme di violenza fisiche, psicologiche, economiche o sessuali, che coesistono o si susseguono in una spirale [3].

Secondo il modello di "classificazione bimodale della violenza" [4] è possibile distinguere due principali forme di violenza: quella di tipo predatorio e quella a carattere affettivo. Seppur, secondo l'autore di tale modello le due classi di violenza sono da intendersi come variabili di tipo dimensionale piuttosto che categoriale, dal punto di vista comportamentale vi sono profonde differenze sia nella durata dell'azione violenta che nei contesti di espressione. Infatti, mentre la violenza predatoria è solitamente prolungata e generalizzata (coincide spesso con tratti dominanti e aggressivi di personalità) [5, 6, 7]; la violenza affettiva è per sua natura limitata nel tempo e rivolta a figure intime, in quanto spesso associata alla percezione di minaccia di rifiuto e di abbandono [8].

Poiché nel corso degli anni è stato dimostrato quanto la violenza sulle donne, e la violenza domestica (VD), possano generare conseguenze sulla salute devastanti e talvolta fatali [9], l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la suddetta un problema di salute pubblica che globalmente colpisce circa un terzo di tutte le donne e a cui è prioritario dare risposte veloci ed efficaci [10]. Studi hanno evidenziato il ruolo fondamentale del supporto sociale nell'aiutare le donne a liberarsi da situazioni di violenza [11, 12, 13, 14] e quanto la percezione di sostegno da parte della comunità e la presenza di fonti di aiuto permettano alla donna di vivere una vita libera da quest'ultima [15]. Dalla letteratura si evince, di fatti, che risposte positive a livello sociale sono associate e benefici in termine di salute [3].

2. Le diverse forme di violenza

La letteratura utilizza il termine "violenza domestica" per indicare ogni forma di aggressione fisica, di violenza psicologica, economica, sessuale, o di persecuzione (stalking) attuata o tentata e che ha comportato un danno o meno fisico, agita all'interno di una relazione intima [3]. In questa definizione vengono incluse, di fatti, anche quelle azioni lesive che non comportano danni fisici, bensì psicologici e che possono riguardare coppie di fatto o di fidanzati o di ex, nonché eventuali casi di violenza esercitata sugli uomini all'interno di coppie omosessuali [3]. La violenza fisica riguarda qualsiasi atto volto a far male o a spaventare la vittima e nella maggior parte dei casi procura lesioni, e in generale danno fisico provocato non accidentalmente e con mezzi differenti; la violenza economica riflette una serie di atteggiamenti volti essenzialmente a impedire che il partner sia economicamente indipendente, al fine di controllarlo; la violenza sessuale include molestie sessuali e ogni forma di aggressione sessuale agita a costrizione e minaccia; la violenza psicologica comprende atteggiamenti intimidatori, minacciosi, vessatori e denigratori da parte del partner, nonché tattiche di isolamento da amicizie, parenti, luoghi e abitudini; lo stalking è una condotta persecutoria caratterizzata da un insieme di comportamenti volti a controllare e limitare la libertà della persona [16].

3. Descrizione del contesto lavorativo

La presente indagine è stata possibile in collaborazione con un centro antiviolenza (CAV) del napoletano attivo sul territorio da ottobre 2018. L'intento del CAV è quello di offrire uno spazio di relazione e condivisione in cui le donne, con o senza figli, possono trovare ascolto e sostegno senza distinzione di nazionalità, religione, cultura e professione. I servizi svolti dal suddetto centro antiviolenza istituzionale sono ascolto telefonico attraverso un numero verde attivo h24; sostegno psicologico; consulenza legale; orientamento al lavoro; consulenza sociale; allontanamento e collocamento in strutture protette per donne e minori vittime di violenza; accompagnamento sanitario.

L'equipe è costituita da un gruppo di professioniste con competenze specifiche nel campo della violenza di genere e nella relazione di aiuto. Le figure professionali coinvolte sono: due psicologhe psicoterapeute, un'assistente sociale, un avvocato penalista, due operatrici d'accoglienza. Al fine di garantire un intervento multidisciplinare, in sinergia con le professionalità suddette, il modello interistituzionale prevede la stipula di protocolli d'intesa con le Forze dell'Ordine e l'Asl di riferimento, e la collaborazione con le Associazioni e le Istituzioni scolastiche allo scopo di promuovere attività di sensibilizzazione, informazione e prevenzione.

4. Obiettivi dello studio

- 1) sensibilizzazione sul tema della violenza di genere e sulla trasversalità del fenomeno;
- 2) rendicontare lo stato delle donne vittime di violenza appartenenti all'ambito di riferimento;
- 3) partendo da dati embrionali aprire un varco sulla ricerca nell'ambito della violenza di genere all'interno del contesto napoletano.

5. Materiali e Metodi

Il protocollo impiegato dal CAV per la raccolta delle informazioni delle utenti prevede la documentazione relativa al consenso informato, una scheda di accoglienza e una di presa in carico. La scheda di accoglienza, compilata al momento del colloquio iniziale, contiene informazioni riguardanti la vittima (es. dati anagrafici, stato lavorativo, informazioni riguardanti la violenza e il maltrattante, presenza di figli), mentre la scheda di presa in carico riporta l'intervento personalizzato per la singola utente. L'equipe ha ritenuto opportuno utilizzare il SARA- S (Versione screening del Spousal Assault Risk Assessment, valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza nelle relazioni intime) al fine di monitorare nel tempo la situazione di violenza dei singoli casi [16]. Lo scopo del SARA-S non è quello di fornire un punteggio assoluto sul rischio o sulla pericolosità del soggetto ma quello di fornire una valutazione psico-sociale del caso e delle variabili circostanti il reato e la relazione e sintetizzare i fattori rilevanti in una valutazione globale del livello di rischio [16]. Si procede a stabilire il livello di presenza o meno di 15 fattori (10 fattori di rischio del reato e 5 fattori di

vulnerabilità della vittima) allo stato attuale (ultime quattro settimane) e nel passato (prima di un mese); il valutatore individua quello che, sulla base della sua valutazione di insieme, è un rischio basso, medio o elevato di recidiva sia nell'immediato (entro due mesi) sia nel lungo termine (oltre due mesi) e se esiste un rischio di violenza letale e di escalation della violenza. Tale strumento risulta efficace in quanto consente di individuare se e quale intervento di gestione del rischio e di protezione della vittima sia opportuno [16]. Il SARA-S prendendo in considerazione variabili di tipo statico (es. precedenti penali, atteggiamenti stereotipici sui ruoli di genere) e di tipo dinamico (es. stato di disoccupazione, problemi relazionali) consente la valutazione dell'interazione, dell'evoluzione e della criticità dei fattori di rischio piuttosto che della quantità [17]. Per tale ragione, essendo la valutazione del rischio un processo dinamico la somministrazione del suddetto strumento viene ripetuta a periodi costanti (minimo ogni sei mesi), come indicato dalla letteratura scientifica [16].

6. Risultati

Nel corso del primo anno di attività, sono stati effettuati in totale presso il CAV n. 21 interventi di cui n. 13 prese in carico. Nello specifico, degli interventi effettuati nel contesto del CAV le azioni si sono articolate in n. 8 interventi di accoglienza, informazione ed orientamento senza un ulteriore intervento, n. 6 assistenze psicologiche, n. 7 assistenza legale, nessuna consulenza sociale e n. 1 allontanamento e collocamento in strutture protette per donne e minori vittime di violenza.

Su 21 utenti accolte, per la totalità di nazionalità italiana (n. 21), n. 2 hanno un'età compresa tra i 15 e i 24 anni; n. 11 hanno un'età compresa tra i 25 e i 49 anni; n. 8 hanno un'età pari o superiore ai 50 anni. Si tratta di n.8 donne coniugate, n. 4 donne divorziate/separate, n. 2 donne conviventi, n. 3 donne vedove, n. 3 donne nubili n. 1 celibe. Relativamente al titolo di studio si evince che le donne che si sono rivolte al CAV n. 2 hanno conseguito un diploma di laurea, n. 2 un diploma di scuola secondaria di secondo grado, n. 11 un diploma di scuola secondaria di primo grado, n. 2 la licenza elementare. Infine, n. 1 ha conseguito una qualifica. In n. 3 casi non è rilevato. Il campione è costituito da n.11 utenti non occupate, n. 7 donne occupate, n. 1 in pensione e n. 2 non rilevato. Tra le donne prese in carico n. 18 hanno figli. L'autore della violenza è in n. 11 dei casi il marito o il partner attuale, in n. 3 casi l'ex partner, in n. 4 casi l'autore della violenza è il/la figlio/a e nei restanti n.3 casi altro.

Si evince che in n. 21 casi il reo ha messo in atto, attualmente o in passato, un comportamento violento e/o rivolto gravi minacce nei confronti della partner attuale o passata; in n. 5 casi sono presenti, attualmente, un atteggiamento di minimizzazione nei confronti delle violenze interpersonali e intrafamiliari e precedenti penali; in n. 5 casi è presente un'elevata conflittualità nella relazione attuale o pregressa; in n. 3 casi sono presenti problemi finanziari e abuso di sostanze.

Per quanto riguarda i fattori di vulnerabilità emerge che in n. 3 casi è presente una condotta incoerente nei confronti del reo e paura estrema e in n. 4 casi sono presenti problemi di salute mentale e psicofisica.

7. Discussioni

In linea con la letteratura scientifica [16, 18, 19, 20, 21] secondo la quale il fenomeno della violenza è trasversale e non limitato a una cultura, a un paese o a determinati gruppi di donne all'interno di una società, i dati socio-anagrafici delle donne prese in carico, seppur limitati, mostrano che non è possibile delineare un profilo psicologico o culturale omogeneo della vittima. Inoltre, i dati relativi al nostro campione confermano quanto riportato in letteratura [3] ovvero che la forma più diffusa di violenza dell'uomo sulla donna avviene all'interno della relazione di coppia, per cui commessa da partner attuali o ex; questo iscrive la violenza all'interno di una relazione affettiva che ne rende ancor più difficile il riconoscimento [22, 23] a conferma dello scarto tra il numero di accessi al servizio e le effettive prese in carico.

Tra i fattori di rischio indagati dal SARA-S [3, 16] quelli maggiormente presenti nel nostro campione risultano i seguenti: presenza di gravi violenze fisiche, minacce e stalking; precedenti penali; problemi finanziari; abuso di sostanze.

Tra i fattori di vulnerabilità indagati dal SARA-S, all'interno del nostro campione sono emersi i seguenti: condotta incoerente nei confronti del reo, sostegno inadeguato alla vittima da parte della rete sociale; problemi di salute psicofisica come problemi legati all'ansia, tendenze suicidarie e problemi di salute mentale.

8. Conclusioni

Il limite dello studio risulta essere la ridotta numerosità del campione dovuta alla nascita recente del CAV sul territorio. Tuttavia, con tale lavoro è stato possibile far emergere quella che è la situazione attuale, nei Comuni che afferiscono al CAV, in merito alla violenza sulle donne, in modo da dare voce a un territorio in cui fino a un anno fa era assente un servizio istituzionale di questo tipo. Ci auspichiamo che questo studio embrionale possa essere la base per un futuro progetto di ricerca, anche in collaborazione con altri centri antiviolenza presenti sul territorio, al fine di individuare le possibili forme di prevenzione primaria e secondaria specifiche del contesto, partendo da quelli che sono i principali fattori di rischio/vulnerabilità, allo scopo di strutturare una rete sociale di sostegno efficace.

BIBLIOGRAFIA

1. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (2013). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*, 210.
2. Zanfrini, L. (2011). Sociologia delle differenze e delle disuguaglianze.
3. Baldry, A. C. (2016). *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio: La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Franco Angeli.
4. Meloy, J. R. (2006). Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 539-547.
5. Cantone, D., Sperandeo, R., & Maldonato, M. (2012). A dimensional approach to personality disorders in a sample of juvenile offenders. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 42-57. doi: 10.1590/S1415-47142012000100004
6. Sperandeo, R., Cantone, D., Perris, F., Cioffi, V., Architravo, M., Nascivera, N., & Orazio, M.

- (2009). Juvenile offenders and personality disorders: dimensions and categories. In *WPA International Congress "Treatments in Psychiatry: a new update"* (Vol. 8).
7. Sperandio, R., Cotrufo, P., Cantone, D., Cigliano, M., Buongiovanni, A., & Catapano, F. (2003). Malignant narcissism: an empirical study on 63 juvenile offenders. In *VIII INTERNATIONAL ISSPD CONGRESS "CONTROVERSIAL ISSUES IN PERSONALITY DISORDERS"*.
8. Hoffer, T., Hargreaves-Cormany, H., Muirhead, Y., & Meloy, J. R. (2018). Meloy's Bimodal Theory of Affective (Reactive) and Predatory (Instrumental) Violence. In *Violence in Animal Cruelty Offenders* (pp. 21-23). Springer, Cham.
9. Howarth, E., & Robinson, A. (2016). Responding effectively to women experiencing severe abuse: Identifying key components of a British advocacy intervention. *Violence against women*, 22(1), 41-63.doi: 10.1177/1077801215597789.
10. World Health Organization. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence.
11. Prosman G. J., Lo Fo Wong S. H., e Lagro-Janssen A. L. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 3-11.doi: 10.1111/scs.12025.
12. Reale, E. (2011). *Maltrattamenti e violenza sulle donne*. Franco Angeli.
13. Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N., & Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence against women*, 11(3), 311-336.doi: 10.1177/1077801204273297.
14. Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American journal of community psychology*, 30(1), 103-132.doi: 10.1023/A:1014376202459.
15. Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 3-21.doi: 10.1177/1524838013496335
16. Baldry, A. C., & Roia, F. (2011). *Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking. Aspetti giuridici e criminologici: Aspetti giuridici e criminologici*. Franco Angeli.
17. Kropp, P. R., Hart, S. D., & Belfrage, H. (2005). *Brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER). User manual*.
18. Salerno, A., & Merenda, A. (2013). Exposure to Violence and Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence. An excursus on the Consequences on the Development and Relationships of Children and Adolescents. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(2).
19. Baldry, A. C., & Winkel, F. W. (2008). *Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach*. Nova Publishers.
20. Dutton, D. G., & Nicholls, T. L. (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data. *Aggression and violent behavior*, 10(6), 680-714.doi: 10.1016/j.avb.2005.02.001.
21. Winkel, F. W., Blaauw, E., Sheridan, L., & Baldry, A. C. (2003). Repeat criminal victimization and vulnerability for coping failure: A prospective examination of a potential risk factor. *Psychology, Crime and Law*, 9(1), 87-95.doi: 10.1080/10683160308137.
22. Novella, L., & Tagliabue, E. (2016). Intimate partner violence e disturbi di personalità: uno studio meta-analitico. *Rassegna italiana di criminologia*, 10(1), 42-53.
23. Zurolo, A., Nunziante Cesàro, A., Coronella, F., & Ascione, O. (2012). La violenza di coppia: il racconto delle donne. In Arcidiacono, C., & Di Napoli A. *Sono caduta dalle scale. I luoghi e gli attori della violenza di genere*. Milano: Franco Angeli.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

L'integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel lavoro con lo Spettro Autistico

Lorena Vincenza Perrone¹, Elena Gigante¹

¹ SiPGI- Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt Integrata, Trapani



Citation

Perrone L. V., Gigante E. (2019).
L'integrazione delle Tecniche
Cognitivo-Comportamentali
e Gestaltiche nel lavoro
con lo Spettro Autistico
Phenomena Journal, 1, 97-104
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.68>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Lorena Vincenza Perrone
lorenaperrone@libero.it

Ricevuto: 18 ottobre 2019

Accettato: 4 dicembre 2019

Pubblicato: 5 dicembre 2019

ABSTRACT

The proposal of integration between cognitive-behavioral and gestalt techniques arises from the need to design an intervention line that respects precise criteria both in theory and in practice, for the psychotherapist in the work with the subjects with autism. The work done with the disabilities requires continuous strategies to be reinvented and sewed on the patient in the "here and now". All this seems to be essential from the integrated approach, which offers continuous ideas and confirmations, not only on a theoretical but above all practical level. The integration into the technique consists precisely in the design of a work plan that allows work on several fronts, considering the totality of the subject and his needs, framing it in a specific moment of its development, in relation to the environment and the caregivers. Cognitive-behavioral techniques referring to the applied analysis of A.B.A. they integrate with the Gestalt intervention, the levels of experience together with the contact functions allow the construction of a clear and functional intervention protocol. The application of these integrated methods allows us to carefully articulate the work of the psychotherapist and other professionals in helping relationships, providing a safe container for the family and the child, for a global management.

KEYWORDS

autism, integration, gestalt.

ABSTRACT IN ITALIANO

La proposta d'integrazione tra le tecniche cognitivo-comportamentali e gestaltiche nasce dall'esigenza di progettare una linea d'intervento che rispetti precisi criteri sia nella teoria che nella pratica, per lo psicoterapeuta nel lavoro con i soggetti con spettro autistico. Il lavoro svolto con le disabilità richiede continue strategie da reinventare e cucire addosso al paziente nel "qui e ora". Tutto ciò sembra essere imprescindibile dall'approccio integrato, che offre continui spunti e conferme, non solo sul piano teorico ma soprattutto pratico. L'integrazione nella tecnica, consiste proprio nella progettazione di un piano di lavoro che permetta di lavorare su più fronti, considerando la totalità del soggetto e dei suoi bisogni, inquadrandolo in un momento specifico del suo sviluppo, in relazione all'ambiente e alle figure di riferimento. Le tecniche cognitivo-comportamentali, riferite all'analisi applicata del comportamento A.B.A., si integrano con l'intervento gestaltico, i livelli di esperienza insieme alle funzioni di contatto permettono la costruzione di un protocollo d'intervento chiaro e funzionale. L'applicazione di queste metodologie integrate permette di articolare con cura il lavoro dello psicoterapeuta e di altri professionisti delle relazioni d'aiuto fornendo un contenitore sicuro per la famiglia e il bambino, per una presa in carico globale.

PAROLE CHIAVE

autismo, integrazione, gestalt.

1. Introduzione

La psicoterapia della Gestalt rappresenta un modello estremamente funzionale per la costruzione di progetti di intervento rivolti ai disabili, facendo da sfondo a tutte le azioni ritenute: osservazione, progettazione e azioni volte al rinforzo, svelamento e incremento delle abilità cognitive, affettive ed emozionali della persona che presenta dei deficit a carico di varie funzioni. Dall'osservazione alla stesura del progetto è, infatti, necessario un approccio in grado di cogliere la complessità della persona e le risorse e i vincoli di cui l'ambiente è portatore. Parlare di disabilità rimanda al campo relazionale e ad una presa in carico globale, dell'organismo e dell'ambiente [1].

2. Evidenze della letteratura

Sinora la letteratura ha evidenziato come prassi efficace l'analisi applicata del comportamento A.B.A. come metodologia maggiormente adeguata per il trattamento dello spettro autistico. Si tratta di una metodologia educativa personalizzata e individualizzata, di tipo intensivo, che tenta di interpretare il comportamento per poterlo modificare, agevolando i nuovi apprendimenti utili. Si tratta d'interventi strutturati e fondati sulla raccolta e registrazione dei dati, indicati anche per il trattamento dei bambini piccoli, soggetti con funzionamento intellettivo al limite e per disturbi del comportamento compulsivo [2]. Questo tipo di intervento viene attuato precocemente, così da essere maggiormente efficace, sfruttando la plasticità del cervello e dell'esperienza. Gli interventi precoci per il trattamento dell'autismo si suddividono in due categorie: la prima riguarda gli approcci comportamentali altamente strutturati, la seconda gli approcci meno strutturati incentrati sul bambino, che facilitano il suo naturale sviluppo [3]. Invece, per quanto concerne gli adulti e quindi l'evoluzione del disturbo la psichiatria si è poco occupata delle difficoltà rilevanti sul piano clinico, assistenziale e scientifico. I cambiamenti che attraversano lungo il ciclo di vita i bambini autistici sono numerosi, non sappiamo ancora quanto le terapie svolte siano influenti o le loro esperienze, le loro storie o l'evoluzione naturale del disturbo [4].

3. Ipotesi di studio

L'esigenza di integrare due approcci: cognitivo-comportamentale e gestaltico per costruire un nuovo protocollo d'intervento che preveda una procedura chiara e definita del lavoro dello psicoterapeuta e di altri operatori delle relazioni d'aiuto, con i soggetti con spettro autistico. Nel lavoro di riabilitazione, in particolar modo con l'autismo, la metodologia A.B.A. è calzante e adeguata al raggiungimento di obiettivi, ma non squisitamente esaustiva. Non si può prescindere dall'aspetto relazionale, dall'importanza delle emozioni e da ciò che scatenano nell'individuo e in tutti quelli che vivono nello stesso contesto. Non si può isolare il lavoro di riabilitazione rendendolo fine a se stesso, robotizzando il soggetto, e isolare le variabili dalle relazioni.

4. Riferimenti epistemologici dei modelli

4.1 *L'approccio cognitivo-comportamentale*

Il comportamentismo (o psicologia comportamentale) è un approccio alla psicologia, sviluppato dallo psicologo John Watson agli inizi del 900, basato sull'assunto che il comportamento esplicito è l'unica unità di analisi scientificamente studiabile della psicologia, in quanto direttamente osservabile dallo studioso. Successivamente gli approfondimenti di Pavlov e Skinner su concetti chiave come il condizionamento classico e operante hanno definito i comportamenti umani prevedibili e controllabili attraverso una opportuna gestione di stimoli dell'ambiente fisico antecedenti e conseguenti. Per Skinner è centrale il concetto di rinforzo e osserva che la risposta seguita da rinforzo tende a presentarsi con sempre maggiore frequenza.

Il primo campo di applicazione terapeutica dell'approccio cognitivo-comportamentale è stato quello delle fobie, negli anni 60' I. Lovaas, psicologo statunitense, iniziò ad applicare i principi di tale approccio all'autismo [5].

Il termine "Applied Behavior Analysis" (A.B.A.), venne coniato dai ricercatori statunitensi Baer, Wolf e Risley, per designare gli interventi della psicologia comportamentale, basati sui principi che secondo Skinner sono socialmente significativi e utili nel lavoro con le disabilità dello sviluppo. Per effettuare l'analisi funzionale del comportamento bisogna individuare l'antecedente, che includa la descrizione della situazione nella quale i comportamenti oggetto di osservazione si manifestano; descrivere il comportamento che viene messo in atto; descrivere le conseguenze prodotte dal comportamento [2].

L'analisi Comportamentale Applicata si interessa in modo specifico delle tre aree fondamentali della vita dell'individuo: la socializzazione, la comunicazione, il comportamento.

Le principali competenze da acquisire tenute in considerazione in un piano abilitativo/riabilitativo comportamentale si fondano principalmente sulle capacità d'imitazione, discriminazione, autonomia, di comunicazione e di relazione. Le tecniche di rinforzo sono peculiari dell'approccio comportamentale. Il termine "pairing", (dall'inglese to pair, che significa appaiare, accoppiare) è un processo basato sul condizionamento classico, attraverso il quale stimoli diversi vengono appaiati al fine di realizzare un condizionamento, cioè un trasferimento di funzione. La motivazione del bambino è indispensabile per un intervento efficace. È fondamentale condurre l'intervento in più contesti possibili, principalmente a casa, a scuola e presso lo studio dello psicologo.

L'acquisizione di nuovi apprendimenti può avvenire in ambiente naturale (NET) o strutturato, come nel caso del lavoro a tavolo (DTT).

Con il termine verbal behavior ci si riferisce alla comunicazione, focalizzando l'attenzione sull'analisi funzionale del linguaggio, in particolare sulle richieste; la capacità di etichettare; di conversare; ripetere ciò che viene ascoltato; sull'imitazione motoria e la capacità di rispondere a delle richieste o direttive. Procedere con l'inse-

gnamento degli operanti verbali è fondamentale per lo sviluppo del bambino con disabilità, dalla possibilità di chiedere ed esprimere verbalmente il proprio bisogno partono i comportamenti-problema, spesso difficili da estinguere. Essi sono la manifestazione del disagio verso l'impossibilità di esprimersi correttamente e di poter comunicare agli altri ciò che si vuole [6].

Attraverso la metodologia Teacch si punta a sviluppare le autonomie seguendo una modalità altamente strutturata di insegnamento, modificando l'ambiente in base agli obiettivi da raggiungere, si prevede: una zona-lavoro, un'area gioco tempo-libero, un'area di accoglienza e così via [7].

4.2 L'approccio Gestaltico

Il terapeuta è colui che facilita la comunicazione e la relazione all'interno del campo relazionale, di cui fanno parte dei soggetti coinvolti. Il terapeuta guida il processo relazionale attraverso le sue competenze professionali e personali, come l'empatia, il saper stare in silenzio, la sensibilità, l'osservazione, la consapevolezza, costruendo una buona qualità di contatto. La Gestalt sottolinea che l'attenzione del professionista va posta sull'esperienza presente e fenomenologica. I livelli d'esperienza sono una chiave di accesso per entrare costantemente e continuamente in relazione e quindi nel caso del soggetto disabile rappresentano una possibilità di sperimentare il mondo e le relazioni. Definirli "livelli" non vuole intendere che tra di essi sussista una maggiore o minore rilevanza, ma che ognuno di noi, in base a fattori personali, relazionali e sociali, li attivi in modo funzionale o disfunzionale. Sono esperienziali, compresenti, in connessione. La fenomenologia ci suggerisce che dobbiamo avere fiducia nell'esperienza che stiamo vivendo nel presente. È proprio nel flusso dell'esperienza che i livelli emergono. Noi possiamo imparare a focalizzarli, amplificando laddove è possibile la consapevolezza della persona e dei soggetti coinvolti nella relazione [9].

I livelli d'esperienza sono cinque: livello cognitivo - verbale che comprende il linguaggio, le idee, il pensiero, la cultura e la storia personale; il livello immaginativo che comprende fantasia, simboli, immaginazione e sogno; il livello emotivo che comprende le emozioni che ci mettono in relazione con gli altri e noi stessi; il livello sensoriale che comprende i cinque sensi e le modalità in cui ci mettono in contatto con l'ambiente; il livello corporeo che comprende la postura, i gesti, le sensazioni del nostro corpo e come occupa lo spazio. Lo scopo è provare ad entrare in contatto con l'altro utilizzando lo stesso livello. Un ulteriore obiettivo nel lavoro con i livelli dell'esperienza consiste nell'attivare la connessione fra i vari livelli [9]. La psicoterapia della Gestalt denomina "confine di contatto" il confine in cui il sé e l'altro si incontrano e accade qualcosa, sperimentando il me in relazione all'altro [10]. Il processo di crescita e creatività della persona si realizza attraverso l'esperienza a confine contatto. L'intervento terapeutico è centrato sull'entrare in contatto con i propri bisogni profondi e sul capire l'interruzione che blocca il soddisfacimento degli stessi durante il ciclo (resistenza al contatto) [9].

Il contatto è vita. L'esperienza di contatto implica di essere "toccati" in qualche modo.

Le funzioni del contatto sono: guardare, ascoltare, toccare, parlare, muoversi, odorare e gustare. Molti bambini classificati come bisognosi di aiuto hanno una cosa in comune: un indebolimento delle funzioni di contatto. I soggetti con autismo sono incapaci di fare buon uso di una o più funzioni di contatto nelle loro relazioni con gli adulti della loro vita o con l'ambiente in genere. Alcuni bambini si auto-proteggono trovando il modo di emergere; questi bambini attirano molta attenzione, il che spesso tende a rinforzare proprio quel comportamento che gli adulti detestano [11].

Il lavoro terapeutico con i bambini con spettro autistico deve quindi essere focalizzato sulla ricostruzione del senso di sé, rafforzare le funzioni del contatto e rinnovare il contatto con i suoi sensi, il corpo, e le emozioni. Nel frattempo, è possibile che decadano le condotte e i sintomi usati per un'espressione e una crescita impropria [12]. Secondo l'approccio della Gestalt la persona è considerata nella sua dimensione complessiva ed integrata sotto il profilo fisico, affettivo, emotivo, spirituale, sociale e cognitivo. Questa visione riconosce e valorizza il bisogno di sviluppare il proprio potenziale all'interno del proprio ambiente o, per meglio dire in termini gestaltici, campo. Questo concetto, centrale per la Gestalt, lo si deve a Kurt Lewin, il quale affermò che una persona può essere compresa solamente osservandola nella sua interdipendenza con il contesto in cui è inserita e nel quale tesse legami [13].

5. Metodologia

Il "protocollo" che si intende mettere in atto seguendo l'integrazione delle tecniche cognitivo-comportamentali e gestaltiche, prevede un intervento condotto da uno psicoterapeuta della gestalt integrata, che si occuperà del colloquio di sostegno genitoriale e parent training, per due incontri al mese, e della supervisione del lavoro degli operatori; la presenza di psicologi o operatori adeguatamente formati secondo il modello (uno o due operatori in compresenza), per tre incontri a settimana (casa- scuola-studio) della durata dai 90 ai 120 minuti. In almeno uno di questi incontri è importante che ci sia la presenza di almeno un genitore o di entrambe, non solo come osservatori inattivi ma come partecipanti al processo.

L'importanza di lavorare in diversi ambienti è correlata alla possibilità che il bambino generalizzi le modalità relazionali e gli apprendimenti acquisiti, durante le sedute, nei diversi contesti in cui è inserito nel quotidiano.

Le sedute si articolano sul piano cognitivo-comportamentale ed emotivo relazionale integrandosi.

Il lavoro con l'autismo nei diversi contesti è incentrato sulle attività svolte sia in modo altamente strutturato, a tavolo, sia in ambiente naturale, ricreando situazioni di vita quotidiana. In entrambe i casi si utilizzando le metodologie A.B.A. e quindi il rinforzo dei comportamenti positivi e l'indifferenza per i comportamenti oppositivi integrate alle tecniche gestaltiche [2].

Durante gli incontri a scuola è possibile creare momenti di gruppo con i compagni per aiutare il bambino nella relazione con i pari. Nel lavoro a casa le attività sono finalizzate ad aumentare l'autonomia, attraverso la metodologia teacch, quindi attività che migliorano la coordinazione e che aiutino nelle attività di vita quotidiana come

mangiare, lavarsi, vestirsi; attività di potenziamento cognitivo, utilizzando sempre il rinforzo come strumento cardine del lavoro. Nel lavoro a casa è fondamentale coinvolgere i genitori in alcune attività di tipo cognitivo per integrare il lavoro cognitivo a quello psico-educativo e di parent-training.

È fondamentale che gli adulti che circondano il bambino utilizzino le stesse modalità relazionali e comportamentali, per escludere la possibilità di confusione e disorientamento.

Settimanalmente è importante che i genitori partecipino agli incontri di terapia con il bambino.

Nella pratica integrativa, fondamentale è tenere in mente il ciclo del contatto, il quale si articola in macro-ciclo, in riferimento all'intervento terapeutico a lungo termine e micro - ciclo, in riferimento ai singoli incontri di terapia. Il macro-ciclo del contatto prevede un momento di pre-contatto, caratterizzato da un periodo di pairing, della durata di circa 15/20 ore, con lo scopo di creare relazione con il bambino e strutturare un piano di intervento in base alle osservazioni e alle informazioni raccolte dai colloqui con i genitori; nella fase di avvio al contatto cominceranno ad essere introdotte gradualmente le attività in apprendimento; nel contatto pieno ci si concentrerà sul raggiungimento degli obiettivi prefissati dal progetto di intervento; infine, nel post contatto ci sarà la preparazione all'evoluzione del percorso terapeutico in base ai bisogni del soggetto e all'età, si potrà preparare il soggetto alla ristrutturazione dell'intervento, in riferimento agli obiettivi raggiunti e a quelli futuri. Nel caso di un adolescente, per esempio, si potrebbe pensare ad un cambio di servizio e di percorso terapeutico orientato più all'autonomia in base ai suoi bisogni e alle sue competenze. Il micro - ciclo del contatto prevede: il pre-contatto, attività motivanti per il bambino, corrispondente al pairing, indispensabile per avviare una buona relazione e creare alleanza. In questi momenti è consigliabile proporre un setting morbido, su tappeto o libero in ambiente naturale (NET) e preferire livelli di esperienza sensoriali (giochi sonori, stimolazioni tattili e visive) per agevolare l'avvio al contatto che inizierà in questo setting poco strutturato, per proseguire in un assetto più strutturato a tavolo. Nell'avvio al contatto, con il livello d'esperienza sensoriale, attraverso un assetto libero, non strutturato (NET), le attività si concentreranno sul modelling posturale, incentivare le richieste secondo il canale prediletto del bambino (verbale o non verbale), incentivare l'imitazione con oggetto e senza oggetto, stimolare interscambio e la relazione. Avviando la relazione tra operatore e bambino si fa un passaggio graduale dal Net all'assetto strutturato a tavolo, DTT. Nel contatto pieno, con un livello d'esperienza cognitivo, si proporranno tutte le attività fondamentali per l'acquisizione di nuovi apprendimenti, riguardanti l'utilizzo del linguaggio e di competenze per l'autonomia. Gli ultimi minuti di terapia verranno dedicati al post contatto, spostando nuovamente il setting da strutturato a libero, riprendendo la fase di pairing utile per la chiusura dell'incontro e i livelli d'esperienza emotivo e sensoriale - corporeo, ascoltando i bisogni del bambino.

Per quanto riguarda la gestione di comportamenti disfunzionali nei momenti di avvio al contatto e contatto pieno si procederà con il mantenimento dell'istruzione, ignorare

i tentativi di fuga dal lavoro con atteggiamento e tono di voce calmo e impassibile, distogliere il contatto visivo e eliminare eventuali rinforzatori. Se il comportamento disfunzionale avviene nel momento di post contatto, si procede con la comprensione dei bisogni reali del bambino e con il loro soddisfacimento, contenendo e riducendo al minimo l'innescio di crisi e comportamenti problema.

Periodicamente è previsto un incontro con i genitori, senza la presenza del bambino. Lo spazio dedicato ai genitori è fondamentale per garantire un sostegno psicologico rispetto alla numerose difficoltà che quotidianamente si presentano sul piano comportamentale e sul piano emotivo. Avviare un percorso psico-educativo per comprendere il funzionamento dell'intero sistema familiare, utile eventualmente modificare gli interventi se necessario ma soprattutto a lavorare sul senso di colpa che vivono i genitori, per aiutarli a sostenere nel miglior modo possibile lo sviluppo del figlio, nel rispetto dei loro bisogni e dei bisogni del bambino. Il trattamento offerto è intensivo e adeguatamente strutturato. La terapia diventa un gioco di alternanza figura-sfondo, grazie al quale è possibile rispettare i tempi del contatto per raggiungere obiettivi specifici.

6. Risultati attesi

L'attuazione di un protocollo d'intervento integrato avrà la funzione di contenere l'intero sistema familiare, per accompagnare il bambino con spettro autistico nel suo sviluppo, riducendo il rischio di robotizzazione che l'utilizzo di protocolli rigidi e altamente strutturati comporta.

7. Conclusioni

La psicoterapia è caratterizzata da una molteplicità di paradigmi e linguaggi che diventa fondamentale integrare. Anche se con termini differenti, spesso, molti concetti fondamentali in psicoterapia costituiscono fattori comuni che naturalmente si integrano. L'attenzione alle emozioni permette all'approccio gestaltico di avvicinarsi alla visione dei sistemi emozionali e motivazionali, studiati dal cognitivo-comportamentale ma anche dal modello dinamico e umanistico [9].

Ci sono delle componenti fondamentali in una relazione terapeutica, tra le quali l'empatia, comprensione dei vissuti e delle esperienze del paziente. Infatti, il terapeuta e il paziente si incontrano in uno spazio in cui poter essere autentici, con pari valore e con le proprie differenze di ruolo.

Il lavoro svolto con le disabilità richiede impegno, costanza, attenzione ai particolari e continue strategie da reinventare e cucire addosso al paziente nel "qui e ora". L'approccio integrato può offrire spunti e indicazioni precise sul piano teorico e pratico. L'integrazione nella tecnica, consiste proprio nella progettazione di un piano di lavoro che permetta di lavorare su più fronti, considerando la totalità del soggetto e dei suoi bisogni, inquadrandolo in un momento specifico del suo sviluppo, in relazione all'ambiente circostante e in relazione alle figure di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Cartacci, F. (2002). *Bambini che chiedono aiuto: l'ascolto e la cura nella terapia dell'esperienza*. Unicopli.
2. Ligotti, C., & Roccella, M. (2005). Autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo. Metodi e strategie di intervento educativo-abilitativo.
3. Spagnuolo Lobb, M. (2015). Il sé e il campo in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 2(2), 5-8.
4. Barale, F. R. A. N. C. E. S. C. O., & Ucelli di Nemi, S. (2003). L'adulto con autismo: una introduzione. *Noos-Aggiornamenti in psichiatria*, 9, 273-284.
5. Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva*. Trento, IT: Erickson.
6. Ricci, C., Magaudo, C., Carradori, G., Bellifemine, D., & Romeo, A. (2014). *Il manuale ABA-VB-Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior: Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
7. Micheli, E., & Zacchini, M. (2009). *Verso l'autonomia: la metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*. Vannini.
8. Evolufiva, C. A. E., & Marche, R. (2016). *Applied Behavior Analysis e Verbal Behavior: insegnare la comunicazione funzionale*. Falconara.
9. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
10. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
11. Oaklander, V. (1999). *Il gioco che guarisce: la psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. EPC.
12. Iacono D., Maltese G. (2012). *Come l'acqua. Per un'esperienza gestaltica con bambini tra rabbia e paura*. Il Pozzo di Giacobbe.
13. Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Edizioni Mediterranee.